



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

LETÍCIA SABOIA DA SILVA

**PLANEJAMENTO DE UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL ORIENTADO POR  
RECOVERY PARA O SERVIÇO ESCOLA DO CURSO DE TERAPIA  
OCUPACIONAL DA UFPEL**

Florianópolis  
2022

Letícia Saboia da Silva

**PLANEJAMENTO DE UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL ORIENTADO POR  
RECOVERY PARA O SERVIÇO ESCOLA DO CURSO DE TERAPIA  
OCUPACIONAL DA UFPEL**

Dissertação submetida ao Programa de mestrado profissional em saúde mental e atenção psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de mestre em saúde mental e atenção psicossocial.

Orientador: Prof. Walter Ferreira de Oliveira

Florianópolis

2022

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

Silva, Leticia Saboia  
PLANEJAMENTO DE UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL ORIENTADO POR  
RECOVERY PARA O SERVIÇO ESCOLA DO CURSO DE TERAPIA  
OCUPACIONAL DA UFPel / Leticia Saboia Silva ; orientador,  
Walter Ferreira de Oliveira Oliveira, 2022.  
59 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, 2022.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Recovery. 3.  
serviços de saúde mental. 4. superação dos transtornos  
mentais. 5. saúde mental e atenção psicossocial. I.  
Oliveira, Walter Ferreira de Oliveira. II. Universidade  
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em  
Saúde Mental e Atenção Psicossocial. III. Título.

Leticia Saboia da Silva

Planejamento de um serviço de saúde mental orientado por recovery para implantação no serviço escola de terapia ocupacional da UFPEL.

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

Prof. Walter Ferreira de Oliveira  
UFSC

Prof. Charles Dalcanale Tesser  
UFSC

Prof. Mário Cezar Rezende Andrade  
UFSJ

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em saúde mental e atenção psicossocial.

---

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

---

Prof. Walter Ferreira de Oliveira  
Orientador

Florianópolis, 2022.

Este trabalho é dedicado as pessoas com experiência  
vivida em transtorno mental e suas famílias.

## AGRADECIMENTOS

A vida é mesmo surpreendente, o mestrado veio como uma alternativa para fugir de um esgotamento, uma fase difícil e uma vontade intensa de recomeçar e foi assim se realizou, uma mudança de cidade, uma pausa na vida e um reencontro com os propósitos abalados.

Não saiu bem como o planejado, mas quem iria imaginar que uma pandemia estaria no caminho. É bem verdade que planejei e sonhei diferente, mas em nenhum dos meus sonhos estava o Recovery e ele foi determinante para fazer tudo valer a pena, o mestrado trouxe a oportunidade de ressignificar a minha história de vida pessoal e transformar os caminhos da minha vida profissional.

Sou grata ao universo e a espiritualidade por guiar meus passos até a pessoa que me apresentou esse mundo de possibilidades que é o Recovery, Professor Walter foi mais que um orientador, e quero aqui expressar muito mais que minha gratidão, mas a minha admiração e carinho por ele. Essa etapa que se encerra é o começo de uma história e tenho certeza que vamos comemorar juntos os frutos desse trabalho.

Agradeço a minha família pelo apoio incondicional, por estarem do meu lado independente das circunstâncias. Eu tenho o privilégio de ter o carinho da minha mãe em forma de bolo quentinho para o café. De ter meus irmãos que embarcam em qualquer loucura comigo, e ter um companheiro que não mediu esforços para tornar esse momento mais leve, apesar da distância.

Óbvio que não posso deixar de falar da minha vó Jaci e do meu pai que hoje estão em outro plano, mas sempre foram os meus maiores impulsionadores. Hoje tenho certeza que comemoram comigo essa etapa concluída. Eu ainda sinto a energia de vocês e morro de saudades dos abraços e da cara de orgulho que vocês faziam. Vocês me queriam doutora e vão ter, agora falta só um degrau.

E esse percurso apesar da distância imposta pela pandemia, não foi solitário, conheci virtualmente tantas pessoas maravilhosas que me apoiaram e me auxiliaram na construção do conhecimento sobre o Recovery e acreditaram nesse projeto: Joel Bueno, Tiago Ribeiro, Éllen Ricci, toda equipe da Rede Recovery Brasil e do GPPS e em especial ao José Orsi, o qual eu virei fã. Levo vocês com todo carinho para vida, e espero que sigamos juntos construindo um mundo melhor na saúde mental.

Eu não acredito em acasos...

Não há despertar de consciências sem dor. As pessoas farão de tudo, chegando aos limites do absurdo para evitar enfrentar sua própria alma. Ninguém se torna iluminado por imaginar figuras de luz, mas sim por tornar consciente a escuridão. (Jung, 1954)

## RESUMO

Como uma direção essencial da reforma dos cuidados de saúde mental e o movimento em direção à melhoria contínua da qualidade do serviço, o conceito de cuidados orientados por recovery foram incorporados às políticas nacionais, padrões de serviço, e princípios orientadores para a transformação do sistema de saúde mental em muitos países. Diante dessa realidade esse trabalho teve como objetivo planejar um serviço de saúde mental orientado por recovery para implantação no serviço escola de terapia ocupacional da Universidade Federal de Pelotas. Com base no planejamento estratégico e embasado pelas teorias de Marianne Farkas, o planejamento se deu em duas dimensões: dimensão administrativa e dimensão profissional ambas pautadas nos quatro valores fundamentais de recovery que são: orientação para a pessoa, o envolvimento da pessoa, autogestão e potencial de crescimento. Na dimensão administrativa foram estabelecidos, objetivos, missão, valores, políticas, procedimentos, registros, critérios de qualidade, espaço físico e redes de serviços. Na dimensão profissional foram estabelecidos os processos de seleção, formação e supervisão. Ainda foram apontados os aspectos legais do serviço e os primeiros passos para implantação.

**Palavras-chave:** Recovery; Serviços de saúde mental; Superação dos transtornos mentais



## **ABSTRACT**

As an essential direction of mental health care reform and the movement towards continuous improvement of service quality, the concept of recovery-oriented care has been incorporated into national policies, service standards, and guiding principles for system transformation. mental health in many countries. In view of this reality, this work aimed to plan a recovery-oriented mental health service to be implemented in the occupational therapy school service at the Federal University of Pelotas. Based on strategic planning and based on the theories of Marianne Farkas, planning took place in two dimensions: administrative dimension and professional dimension, both based on the four fundamental values of recovery which are: person orientation, person involvement, self-management and potential of growth. In the administrative dimension, objectives, mission, values, policies, procedures, records, quality criteria, physical space and service networks were established. In the professional dimension, selection, training and supervision processes were established. The legal aspects of the service and the first steps for implementation were also pointed out.

Keywords: Recovery; mental health services; Overcoming mental disorders

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 Planta baixa do espaço físico do SETO

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 Dez componentes fundamentais do recovery

Quadro 2 Componentes da abordagem dimensional

Quadro 3 Quadro resumo do planejamento

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AUSSMPE	Associação dos usuários dos serviços de saúde mental de Pelotas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SETO	Serviço Escola de Terapia Ocupacional
TO	Terapia Ocupacional ou Terapeuta Ocupacional
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	18
<b>3 QUESTÃO NORTEADORA</b> .....	19
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	19
4.1 GERAL .....	19
4.2 ESPECÍFICOS .....	19
<b>5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	20
5.1 RECOVERY .....	20
5.2 PRÁTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL ORIENTADOS POR RECOVERY .....	25
5.3 TERAPIA OCUPACIONAL NA UFPEL E A RAPS DO MUNICÍPIO DE PELOTAS .....	28
<b>6 METODOLOGIA</b> .....	31
<b>7 RESULTADOS: O SERVIÇO ESCOLA DE TERAPIA OCUPACIONAL NA UFPEL</b> .....	32
7.1 DIMENSÃO ADMINISTRATIVA - OBJETIVO .....	32
7.2 MISSÃO, VALORES E POLÍTICAS .....	33
7.3 PROCEDIMENTOS BASEADOS NOS PRINCÍPIOS NORTEADORES .....	34
7.3.1 ACOLHIMENTO .....	34
7.3.2 APOIO DE PARES .....	35
7.3.3 ATIVIDADES .....	36
7.3.4 CONSTRUÇÃO DO PROJETO DE VIDA .....	37
7.3.5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE .....	38
7.3.6 ENSINO .....	38
7.3.7 ESPIRITUALIDADE .....	39

7.3.8 FAMÍLIA.....	40
7.3.9 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES .....	40
7.4 REGISTROS.....	41
7.5 CRITÉRIOS DE QUALIDADE.....	41
<b>8 RECURSOS NECESSÁRIOS .....</b>	<b>42</b>
8.1 ESPAÇOS FÍSICOS .....	42
8.2 RECURSOS COMUNITÁRIOS: REDES DE SERVIÇOS .....	43
<b>9 PLANEJAMENTO DIMENSÃO PROFISSIONAL.....</b>	<b>44</b>
9.1 SELEÇÃO .....	44
9.2 FORMAÇÃO: METODOLOGIAS ATIVAS.....	44
9.3 SUPERVISÃO DA EQUIPE .....	45
<b>10 OPERACIONALIZAÇÃO: ASPECTOS LEGAIS E PRIMEIROS PASSOS.....</b>	<b>45</b>
<b>11 QUADRO RESUMO DO PLANEJAMENTO .....</b>	<b>46</b>
<b>12 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>51</b>
<b>12 CRONOGRAMA .....</b>	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>55</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O termo recovery passou a denominar uma forma de abordagem no campo da saúde mental, nos Estados Unidos, a partir do movimento dos ex-pacientes ou vítimas da psiquiatria nos anos 1970. Na década de 1980 o movimento de usuários dos serviços de saúde mental dos EUA criticou o modelo psiquiátrico kraepeliano, no qual o transtorno mental é considerado como um quadro irreversível, lutando em prol do empoderamento pessoal e político das pessoas com transtorno mental (COSTA, 2017).

O construto recovery não remete ao conceito de cura nem consiste na remissão completa de sintomas, o enfoque é na superação de empecilhos que vêm com a identidade de paciente psiquiátrico, a mudança para uma identidade de “doente” - o estigma, a destituição de papéis sociais, a exclusão social, o desemprego, o empobrecimento social e econômico, e a perda do sentido da vida. A experiência de “estar em recovery” refere-se a condições internas de ganho, à persistência da esperança, à compreensão de habilidades e desabilidades, ao desenvolvimento da autonomia pessoal e à construção de protagonismo frente à vida. Trata-se de um processo aberto, não linear, de trajetórias singulares (ANASTÁCIO; FURTADO, 2012).

A abordagem recovery promove reconhecimento do direito à plena e efetiva participação social dos usuários de sistemas de saúde mental, não pretendendo ser uma forma de terapêutica, mas resultando em novos instrumentos úteis para o tratamento e cuidado de pacientes psiquiátricos. A busca é pela renovação da esperança e do compromisso com a reinvenção da vida, pelo exercício de atividades que promovam a atuação social funcional e normal, pela superação dos estigmas e preconceitos (DAVIDSON, 2016).

Recovery pode ser concebido como um movimento ancorado sob dois princípios basilares: que as pessoas com transtorno mental podem ter uma vida de qualidade e produtiva, independente do grau de severidade de sua condição psiquiátrica; e que, embora continuem manifestando os sintomas de transtorno mental, muitos pacientes psiquiátricos podem se recuperar. Com base nesses princípios os ex-pacientes psiquiátricos, militantes dos movimentos da saúde mental na década de 70, passaram a compartilhar suas experiências negativas com o sistema

psiquiátrico, visto como desumanizador, e se envolveram na discussão acerca da implementação de programas que permitam uma experiência de vida digna, independente e segura pelas pessoas com transtorno mental. (COSTA, 2017)

A aplicação prática do recovery, sustentam Baccari, Campos e Stefanello (2015), deve considerar alguns aspectos: a pessoa pode se desenvolver de forma natural, independente de tratamento; o recovery também pode ocorrer com o auxílio interventivo correto; e deve possibilitar a recuperação da esperança. Essa forma de abordagem altera, assim, a percepção e as representações sobre os transtornos mentais.

É presente na literatura a discussão da relação entre os modelos recovery e reabilitação psicossocial, ora entendidos como diferentes, ora como idênticos. Contudo, a reabilitação psicossocial manteve o enfoque na doença, destacando as incapacidades e limitações dos pacientes psiquiátricos e fomentando uma relação vertical entre profissional e paciente, onde os profissionais estabelecem o tipo de tratamento para que o usuário possa ser reabilitado. Já o recovery impulsiona os serviços de atenção à saúde mental a se focalizarem no empoderamento e participação ativa dos usuários, sem incidir apenas sobre os serviços de saúde, mas aplicando-se a todos os setores da sociedade, estabelecendo uma relação horizontal entre usuário e profissional, onde o usuário é protagonista, compartilhando a construção do planejamento de intervenções mais adequadas para seu caso (ANASTÁCIO; FURTADO, 2012; OLIVEIRA, 2017).

A Organização Mundial de Saúde – OMS, em seu plano de ação para saúde mental 2013 – 2020, menciona a reabilitação psicossocial, mas propõe recovery como um de seus objetivos gerais e ao longo de todo o documento evidencia a necessidade de construir políticas e programas que possibilitem a plenitude dos direitos humanos e condições oportunas para o desenvolvimento do recovery (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Essa orientação é reforçada no plano de ação integral de saúde mental 2020 – 2030. Em 2021 a OMS publicou o Guia de orientações sobre serviços em saúde mental que traz como foco principal a promoção de abordagens centradas nas pessoas e baseadas nos direitos humanos. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Uma atividade profissional chave para implementação deste tipo de programa é a terapia ocupacional (TO), a qual tem na saúde mental um dos pilares da constituição de sua história. No século XVIII Pinel teorizou o uso das ocupações como



terapêutica, subsidiando o tratamento moral, que tinha como premissas disciplina e organização do comportamento por meio da laborterapia. Muito diferente do que se entende hoje por terapia ocupacional, o uso das atividades com pacientes psiquiátricos visava à disciplina do doente mental, cura de sintomas e manutenção econômica das instituições, através da geração de renda obtida, por exemplo, com a venda de produtos de oficinas (REIS; LOPES, 2018).

A terapia ocupacional passou por um processo de ampliação do conceito de ocupação e de ressignificação de suas práticas, baseando-as nas necessidades cotidianas dos indivíduos, ligadas a um contexto sociocultural e coletivo, possibilitando a identificação de potencialidades com vistas à autonomia e independência (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017).

Um importante marco no Brasil foi o setor de terapia ocupacional do Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro, coordenado pela psiquiatra Nise da Silveira. Para Nise as atividades desenvolvidas serviam como meio de expressão e tinham o objetivo de ampliar o relacionamento com o meio social. Dessa forma, a terapia ocupacional contribuiu para uma visão mais humanista no campo psiquiátrico brasileiro (REIS; LOPES, 2018).

A abordagem recovery, no prisma das orientações da OMS, contribui para uma importante abertura de espaço para a área de TO uma vez que esta profissão, conforme Anastácio e Furtado (2012), coaduna-se com uma forma de reabilitação psicossocial, promovendo a autonomia dos indivíduos, independentemente de suas limitações. Além disso, em seu discurso profissional contemporâneo professa, como essenciais à produção do bem-estar individual e coletivo, o pleno exercício de cidadania e a ressignificação da contratualidade realizada entre atores sociais diversos e em diferentes esferas da experiência de existência social, como da habitação, círculo de interações e trabalho.

Tendo em vista as orientações da OMS, os objetivos da prática da TO no campo da saúde mental estão entrelaçados com as premissas da abordagem recovery. A formação profissional nesta área depende, portanto, da implementação de serviços de saúde mental orientados por essa abordagem dentro de espaços acadêmicos, potencializando a formação de futuros profissionais com um olhar mais voltado às individualidades, aos processos emancipadores e às políticas públicas de garantia de direitos e cidadania. Este tipo de serviço poderá trazer contribuições significativas para a comunidade e, sendo realizado em caráter público, no contexto

do Sistema Único de Saúde – SUS haverá acesso a um dispositivo de atendimento gratuito e de qualidade em saúde mental.

Este trabalho volta-se para o planejamento e para a implantação e funcionamento de um serviço de saúde mental orientado por recovery para o Serviço Escola de Terapia Ocupacional (SETO) da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).

## **2 JUSTIFICATIVA**

A terapia ocupacional tem uma importância enorme na saúde mental, por ser uma profissão que, tradicionalmente, trabalha focando as potencialidades do sujeito e sua vida cotidiana e não sua doença. Ainda que no Brasil sua consolidação tenha acontecido no contexto da reabilitação física, a reforma psiquiátrica trouxe a terapia ocupacional a um lugar de destaque, como uma das disciplinas fundamentais da abordagem psicossocial.

Há uma relevância pessoal desta dissertação para a autora, que atua, desde 2015, como terapeuta ocupacional na Universidade Federal de Pelotas. Na falta de um serviço escola de saúde mental, a autora desenvolve sua prática na rede de atenção psicossocial do município, onde recebe alunos da graduação para estágios obrigatórios e projetos de extensão.

O projeto apresenta, também, relevância acadêmica, tendo em vista que traz a abordagem recovery como inovação para a formação de novos terapeutas ocupacionais, os quais terão, em sua base de construção profissional, contato com as novas abordagens em saúde mental que vêm sendo praticadas em todo o mundo, mas ainda não estão sendo praticadas amplamente no Brasil.

Finalmente, a relevância social desta dissertação se encontra na disponibilização de mais uma opção de serviço e na agregação de qualidade ao atendimento de usuários da rede de serviços de saúde mental de Pelotas, que hoje conta com vários dispositivos da rede de atenção psicossocial – RAPS.

### **3 QUESTÃO NORTEADORA**

Quais os principais elementos presentes na abordagem recovery que são fundamentais nos processos administrativos e procedimentos adotados em um serviço de saúde mental orientado ao recovery?

### **4 OBJETIVOS**

#### **4.1 GERAL**

- Planejar um serviço de saúde mental orientado por recovery para implantação no serviço escola de terapia ocupacional da UFPEL.

#### **4.2 ESPECÍFICOS**

- Delinear o funcionamento de um serviço de saúde mental orientado por recovery;
- Estabelecer critérios técnicos do processo de trabalho como estrutura, equipe e organização necessárias para o funcionamento do serviço;
- Traçar metodologias de ensino-aprendizagem que deem suporte à formação de profissionais terapeutas ocupacionais para atuação orientada por recovery.

## 5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 5.1 RECOVERY

A abordagem recovery se originou no contexto da defesa dos direitos das pessoas com deficiência na década de 1970, principalmente nos Estados Unidos, quando usuários do sistema de saúde mental, inspirados nesse movimento e no lema “Nada sobre nós sem nós”, passaram a se dedicar à luta contra o sistema de psiquiatria, visto como opressor das individualidades e que negligenciava os direitos dos indivíduos (STANHOPE; SOLOMON, 2008).

Em um contexto de redução das internações psiquiátricas, de necessidade de construir novas formas de assegurar a reinserção social dos pacientes egressos de internações de longa duração, de ampliação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e de progressos em pesquisas no campo da psiquiatria acerca da heterogeneidade das psicoses, a reabilitação psicossocial surge dentre diferentes abordagens de atenção psicossocial, no intuito de fomentar um novo modo de atenção à saúde (ANASTÁCIO; FURTADO, 2012). Nesse sentido, Duarte (2007) entende recovery como um processo essencialmente individual, mas com implicações para o coletivo. Envolve a redescoberta de um sentimento de pertencimento social, contribuindo na construção da identidade pessoal e coletiva da pessoa com transtorno mental, fomentando a autodeterminação e fortalecimento pessoal que possibilitam a vivência e a participação desses indivíduos em sua comunidade.

Costa (2017) ressalta que, embora o termo recovery, venha do idioma inglês, com significado de recuperação, no campo da saúde mental, “estar em recovery” ocorre mesmo que o quadro mental do paciente continue o mesmo. Não é critério obrigatório que a pessoa sob cuidados psiquiátricos esteja assintomática para que possa ser reinserido na sociedade.

Duarte (2007) ressalta que o recovery não representa um retorno a um estado anterior ao transtorno, uma vez que a discriminação, rotulação da sociedade, internações, vivências de tratamento, além do fortalecimento pessoal relacionado ao processo de recovery são aspectos imprescindíveis para a constituição existencial da pessoa em recovery.

Davidson e Rowe (2007) apresentam duas categorias no que tange ao entendimento de recovery, sem levar em consideração a pessoa em si, mas a relação

dessa pessoa com seu transtorno mental: uma associa o recovery à melhoria da sintomatologia, demonstrando a heterogeneidade entre os indivíduos e dos inúmeros domínios de função, uma vez que algumas pessoas mostraram melhorias em um determinado domínio enquanto mantinham dificuldades em outro. A outra categoria consiste na flexibilização das concepções acerca de saúde e doença, de normal e anormal, com enfoque na construção de estratégias que possibilitem uma experiência de vida com qualidade, digna e autônoma das pessoas com transtorno mental, independentemente do grau de severidade de sua patologia.

Baccari, Campos e Stefanello (2015) destacam a origem do termo “recovery”, que surgiu a partir das impressões dos próprios pacientes de transtornos mentais graves, os quais elencaram um conjunto de características que lhes possibilitou a sensação de retomada da vida social. Desse modo, este modelo é conceitual, considerando aspectos internos e externos, superando as concepções acerca de cura e remissão de sintomas enquanto finalidade do tratamento, mas se baseia na retomada de esperança, em um processo de recuperar algo que possa ter sido perdido a partir da doença, trazendo melhoria para a qualidade de vida.

No início da década de 90, Anthony (1993) propôs a aplicação do recovery à organização e funcionamento dos centros estadunidenses de atenção à saúde mental, contribuindo para a desconstrução de valores e práticas desumanizadoras no tratamento de pacientes psiquiátricos. Havia nesta aplicação também o intuito de potencializar o recovery, sua participação e integração social.

Nesse sentido, a Substance Abuse and Mental Health Services Administration – SAMHSA, em conferência que promoveu em 2006, definiu 10 elementos prioritários do recovery, conforme mostra o quadro 1 abaixo:

Quadro 1 – Dez componentes fundamentais do recovery

	<b>Componente</b>	<b>Característica</b>
<b>1.</b>	Auto direção	O indivíduo exerce, controla e lidera a escolha sobre e determina seu próprio caminho de recovery ao otimizar autonomia, independência e controle sobre os recursos para atingir uma vida autodeterminada.
<b>2.</b>	Individualizado e centrado na pessoa	Existem múltiplos caminhos para o recovery baseado na força única e resiliência do indivíduo assim como nas suas necessidades, preferências, experiências (inclusive trauma passado) e na plenitude de todas representações do contexto cultural.

3.	Empoderamento	Os indivíduos têm a autoridade de escolha dentro de uma gama de opções e de participar de todas as decisões – incluindo a alocação de recursos – que vão afetar as suas vidas, (e são capacitados e recebem suporte para fazer estas escolhas).
4.	Holístico	Recovery engloba a vida toda do indivíduo, incluindo mente, corpo, espírito e comunidade, e todos os aspectos da vida, incluindo moradia, emprego, educação, serviços de saúde mental e de cuidado de saúde, serviços complementares e naturalísticos, tratamento para dependência, espiritualidade, criatividade, redes sociais, participação comunitária e suportes familiares determinados pela pessoa.
5.	Não-linear	Recovery não é um processo passo a passo, mas baseado em crescimento contínuo, contratempos ocasionais, e aprendizado por experiência.
6.	Baseado em empoderamento	Recovery focaliza em valorizar e construir em cima das múltiplas capacidades, resiliências, talentos, habilidades de enfrentamento e valor inerente ao indivíduo.
7.	Suporte de pares	Suporte mútuo, incluindo o compartilhamento de conhecimento baseado em experiência e habilidades e aprendizado social, que exerce um papel inestimável no recovery.
8.	Respeito	Comunidade, sistemas, aceitação social e apreciação dos usuários, incluindo proteção aos seus direitos e eliminando estigma e discriminação, são cruciais para alcançar recovery.
9.	Responsabilidade	As pessoas têm a responsabilidade pelo seu próprio autocuidado e pela jornada do recovery.
10.	Esperança	Recovery provê uma mensagem essencial que motiva para um futuro melhor, onde pessoas podem e conseguem superar as barreiras e obstáculos que lhes confrontam.

Fonte: Baseado em Costa (2017, p. 5).

Dentre as estratégias do recovery, podem-se encontrar a formação e o envolvimento dos indivíduos e suas famílias, a prevenção, a inovação dos instrumentos de contratação e financiamento das instituições psiquiátricas; bem como o estabelecimento de mecanismos de avaliação de resultados e o fomento a iniciativas em prol da redução de estereótipos acerca das pessoas com transtorno mental. Assim, a abordagem recovery promove inúmeras linhas de serviços como de assistência jurídica, programas de suporte coletivo e ajuda colaborativa, alternativas de apoio em períodos de crise, disponibilização de canais de atendimento telefônico, atendimentos de aconselhamento (mentorado) e formação de liderança (DUARTE, 2007).

Logo, conforme Duarte (2007) o paradigma do recovery suscita transformações importantes nos sistemas e serviços de saúde mental, considerando que seus processos contemplam oportunidades, características e aspectos culturais da realidade de cada paciente, tornando-se, assim, um desafio aos serviços de saúde mental, constatando a viabilidade de recovery, alcançando também indivíduos com maiores vulnerabilidades, fomentando uma retomada de equilíbrio de poder entre usuários e profissionais.

Dessa forma, o recovery se assenta no princípio basilar da reabilitação psicossocial que promoveria a restituição do poder contratual do paciente psiquiátrico, de maneira a ampliar sua independência e autonomia. Vale ressaltar, que este processo tem o objetivo fundamental de reduzir o estigma e preconceito sobre as pessoas com doença mental, com vistas à igualdade e inserção social efetiva dos usuários de programas de atenção à saúde mental (ANASTÁCIO; FURTADO, 2012).

O movimento recovery possibilita que a pessoa com transtorno mental assuma o controle de sua própria vida, exercendo sua cidadania e facilitando a equidade de oportunidades e direitos, além de oportunizar o suporte mútuo, sendo, portanto, uma trajetória de reestruturação que permite ao paciente psiquiátrico que tenha uma vida de qualidade e com significado enquanto busca seu pleno potencial mental (ANTHONY, 1993).

Recovery não representa a cura, mas possibilita a base para viver, trabalhar, aprender e participar efetivamente da sociedade, permitindo o uso de medicamento, sendo possível ocorrerem mudanças, por meio de uma trajetória não linear e um processo contínuo, dependendo das seguintes condições: conhecer sobre a patologia, alterar a auto percepção, reconciliar-se com o sistema e desenvolver relações interpessoais (BACCARI; CAMPOS; STEFANELLO, 2015).

Duarte (2007) concebe que os serviços de atenção à saúde mental precisam contribuir para a reinserção social da pessoa com experiência de doença mental de modo efetivo, participando ativamente em seus contextos naturais e tendo acesso aos recursos que todos os cidadãos têm, como emprego, educação, moradia e outros, no intuito de assegurar concretas melhorias nas condições de vida, ampliação e fortalecimento das redes de suporte social natural.

Costa (2017) aponta acerca da sobrevalorização do diagnóstico e dos sintomas que acabam trazendo estigmas e desmoralização para os indivíduos com doença mental, o que pode desencadear efeitos devastadores. A ausência de políticas

públicas que efetivem o acesso à habitação, geração de renda, que busquem a independência e a valorização dos indivíduos, contribuem para a exclusão social da pessoa com doença mental, sujeitando-a em condições subumanas, nas quais recebe benefício por invalidez, que não supre suas necessidades para uma vida digna e autônoma. Portanto, os entraves de acesso aos serviços como dificuldade de acesso ao transporte, habitação estável, escassez de recursos financeiros e o receio acerca dos efeitos colaterais do tratamento, também devem ser levadas em consideração no planejamento estratégico para garantir a acessibilidade.

O recovery impulsiona os serviços de atenção à saúde mental a se focalizarem no empoderamento e participação ativa das pessoas, sem restringir-se apenas nos serviços de saúde, mas em aplicando-se em todos os setores da sociedade, estabelecendo uma relação horizontal entre paciente e profissional, onde o indivíduo contribui no protagonismo compartilhado na construção do planejamento da intervenção mais adequada para seu caso (ANASTÁCIO; FURTADO, 2012).

O processo de recovery envolve complexidade e dinamismo que abrange elementos individuais e sofre influência das características e possibilidades dos contextos e da qualidade das relações e interações entre as pessoas e o meio em que vive, assentando-se na concepção de que os indivíduos podem recovery no transtorno mental e que os programas de atenção à saúde mental devem ter como eixo norteador essa abordagem (DUARTE, 2007).

Na literatura encontramos alguns modelos teóricos que buscam orientar os processos da abordagem recovery.

A abordagem dimensional elaborada por Whitley e Drake (2010) conta com cinco dimensões que se inter-relacionam. O quadro dois trás o resumo dos fatores abrangidos em cada uma das dimensões.

Quadro 2 – Componentes da abordagem dimensional

	<b>Dimensão</b>	<b>Fatores abrangidos</b>
<b>1.</b>	Clínico	Sintomas Cuidados médicos Medicação Psicoterapia e terapias comportamentais
<b>2.</b>	Existencial	Religião e espiritualidade Empoderamento pessoal
<b>3.</b>	Funcional	Emprego Educação Habitação
<b>4.</b>	Social	Família Amigos Pares



		Comunidade Atividades sociais
5.	Física	Dieta Exercícios Uso de substâncias

Fonte: Baseado em Whitley e Drake (2010, p. 1249).

Outro modelo elaborado com essa mesma finalidade é o CHIME: conectividade (connectedness), esperança e otimismo quanto ao futuro (hope and optimism about the future), identidade (identity), significado da vida (meaning in life) e empoderamento (empowerment) essas categoriais são colocadas como potenciais pontos para o recovery clínico, como redução de sintomatologia e baixa nas taxas de hospitalização e propõe que profissionais de saúde mental que tem por objetivo apoiar o recovery e pesquisadores, avaliem a relação e o impacto nesses processos. (LEAMY et al, 2011)

Já o modelo proposto por Rowe e Davidson (2016), o modelo de cidadania, evidência a importância das pessoas com transtornos mentais terem seus direitos de cidadania como base do recovery, nesse modelo os autores destacam os 5R's de direitos que são: direitos (rights), responsabilidades (responsibilities), papéis (roles), recursos (resources) e relacionamentos (relationships), definem cidadania como uma forte conexão com os 5R's de direitos e pertencimento e defendem que a recuperação individual pode ser alcançada com base nesses direitos.

Diante das evidências presentes na literatura atual sobre os benefícios dos cuidados em saúde mental pautados na abordagem recovery, fica evidente que o sistema psiquiátrico brasileiro precisa cada vez mais fomentar a humanização no tratamento da pessoa com transtorno mental, promovendo um atendimento que não focalize as desabilidades e limitações do usuário, mas que potencialize suas habilidades para que mesmo com sintomas, os indivíduos consigam viver e participarem plenamente de sua comunidade. Portanto recovery se torna um instrumento primordial para a atenção à saúde mental no Brasil.

## 5.2 PRÁTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL ORIENTADOS POR RECOVERY

Como uma direção essencial da reforma dos cuidados de saúde mental e o movimento em direção à melhoria contínua da qualidade do serviço, o conceito de cuidados orientados por recovery foram incorporados às políticas nacionais, padrões de serviço, e princípios orientadores para a transformação do sistema de saúde

mental em muitos países, incluindo Austrália, Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Nova Zelândia.

Segundo Duarte (2007), a perspectiva de recovery entra em conflito com um sistema de serviços essencialmente controlado por profissionais e dominado por uma visão redutora e paternalista das pessoas com experiência de transtorno mental, esta nova visão convoca os serviços para uma mudança em termos dos seus valores, objetivos e práticas no sentido de maximizarem as oportunidades de recovery, de participação e integração comunitária das pessoas com experiência de transtorno mental.

O acesso a tratamentos eficazes e administrados de forma adequada é um contributo essencial para a recuperação de muitas pessoas, mas fornecer tratamentos não é o objetivo prioritário dos serviços de saúde mental orientados para o recovery. Um serviço orientado para o recovery apoia as pessoas na utilização dos medicamentos, de outros tratamentos e serviços como um recurso na sua recuperação. O desafio é trabalhar com a pessoa: prestar serviços à medida das necessidades e não predefinidos.

Existem quatro valores fundamentais que devem nortear a estrutura administrativa, equipe técnica e os procedimentos de um serviço orientado para o recovery: orientação para a pessoa, autogestão, envolvimento da pessoa e potencial de crescimento.

Quando um serviço é orientado para a pessoa ele busca compreender as potencialidades e fragilidades do indivíduo, valorizando os seus papéis ocupacionais para além da experiência com a doença. A autogestão garante que o indivíduo faça escolhas sobre os aspectos do seu processo individual, mas o envolvimento da pessoa no serviço deve transcender o seu próprio processo de recovery, o indivíduo participa ativamente na gestão do serviço incluindo planeamento e prestação de serviços. E por último o serviço precisa ter políticas e procedimentos que assegurem a manutenção da esperança no futuro de todos os seus participantes, incluindo os profissionais, o progresso precisa ser notado e reconhecido garantindo assim a subsistência do potencial de crescimento. (FARKAS et al, 2005)

O empoderamento é a base fundamental, visto que na perspectiva do recovery a pessoa com transtorno mental deve assumir o controle sobre a sua vida e sobre os serviços e suportes que ela considera útil. O empoderamento aflora das crenças sobre a capacidade de agir e implica comportamentos que têm benefícios

positivos na vida dos indivíduos. A função do profissional não é resolver os problemas da pessoa, mas auxiliá-la a desenvolver e usar competências de autogestão nas suas próprias vidas, um tipo importante de competência de autogestão é a capacidade de reconhecer e reagir aos sintomas de doença mental. (SLADE, 2012)

Segundo Farkas et al. (2005) um serviço orientado para o recovery deve ter claro e bem desenvolvido a estrutura de duas dimensões organizacionais: administrativa e profissional, ambas com base nos quatro valores fundamentais de recovery.

A dimensão administrativa inclui componentes como: missão, política, procedimentos, registros, critérios de qualidade, espaços físicos e redes de serviços.

A missão do serviço que deve guiar o desenvolvimento do serviço, identificando resultados esperados. A missão deve ser reconhecida, discutida e compreendida por todos, e não simplesmente burocrática. Já as políticas devem oferecer os princípios orientadores, são estabelecidas sobre todos os aspectos do serviço, refletindo os quatro valores fundamentais. Outro componente muito importante nessa dimensão são os procedimentos, que é o detalhamento passo a passo de cada uma das políticas, são os norteadores das ações profissionais. O sistema de registro é importante não só para o acompanhamento do profissional, e devem refletir tanto o que são os aspectos fortes da pessoa, bem como os domínios em que a pessoa possa ter dificuldades, apresentar escritas legíveis e com linguagens acessíveis, e o indivíduo deve ter assegurado o acesso, incluindo cópia de seus registros sempre que precisar. Também é preciso desenvolver com a participação de todos envolvidos no serviço critérios de qualidade, que são mecanismos que garantam a avaliação dos serviços prestados, de modo que os progressos possam ser acompanhados, garantindo que o serviço prestado esteja sempre fundamentado nos quatro valores fundamentais. Por fim o espaço físico onde o programa é implementado deve garantir que todos sintam-se bem-vindos, banheiros e refeitórios, por exemplo não devem ser separados para profissionais, a decoração e estrutura devem ser definida por todos, tornando o ambiente acolhedor e dando suporte a todos. E não menos importante é estabelecer uma rede de serviços de suporte, incluindo serviços de saúde, religiosos e comunitários de forma geral (FARKAS et al., 2005)

Na dimensão profissional a preocupação deve ser garantir que os profissionais que cheguem ao serviço estejam em consonância com os valores

fundamentais de recovery. Dessa forma três componentes são destacados: a seleção, a formação e a supervisão.

Na seleção deve se priorizar profissionais que venham com conhecimento básico sobre atitudes e competências necessárias para facilitar recovery, priorizando aqueles que tenham experiência vivida de transtorno mental. O processo de seleção deve incluir os participantes do serviço, tanto dando ideias sobre os critérios e etapas de seleção, como também nas entrevistas e currículos dos candidatos. No componente de formação devem refletir os valores do recovery de modo a aumentar os conhecimentos dos profissionais, as atitudes positivas e as competências, mas devem ir além de proporcionar formação contínua, deve se incentivar os profissionais a produzir conteúdo para jornais e periódicos, participar de conferências, congressos e encontros. A supervisão é importante para manter o clima organizacional positivo e também deve ser consistente com os quatro valores fundamentais, é o momento onde os supervisores reforçam o debate dos profissionais acerca dos aspectos fortes e positivos dos participantes e as possibilidades são discutidas em termos de planejamento nas reuniões de equipe. Os supervisores reveem as formas pelas quais os profissionais facilitam que os participantes tomem decisões bem informadas no seu percurso junto dos serviços, mesmo quando os profissionais discordam com as decisões (FARKAS et al., 2005).

É importante salientar, conforme Slade (2012), que um serviço de recovery tem a finalidade de minimizar as decisões dos profissionais em relação aos pacientes, mas construir um processo de recuperação no qual o poder de decisões esteja o máximo possível nas mãos do próprio usuário. Desse modo, no momento em que os indivíduos perdem momentaneamente essa capacidade, faz-se necessário rememorar suas perspectivas anteriores ou as decisões são tomadas por seus representantes. Contudo, se todas estas alternativas forem esgotadas, é o momento que o profissional assume a tomada de decisões em prol dos melhores interesses de seu paciente.

O recovery acontece quando os serviços de saúde mental permitem que as pessoas encontrem a ajuda certa e na hora certa, pelo tempo que eles precisarem.

### 5.3 TERAPIA OCUPACIONAL NA UFPEL E A RAPS DO MUNICÍPIO DE PELOTAS

O curso de terapia ocupacional da UFPEL é fruto do Programa de Apoio ao Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais –REUNI, fundado em 2010 por meio da Portaria nº 1.560 de 06 de outubro. Provisoriamente deu início as suas atividades no campus da escola superior de educação física- ESEF, e em seguida transferido para o campus Anglo, onde teve construído o primeiro, dos quatro laboratórios previstos no projeto inicial do curso e a promessa de um espaço em outro local onde pudessem ser desenvolvidas as atividades de prestação de serviços à comunidade, o serviço escola de terapia ocupacional.

Em 2015 após uma série de reivindicações dos alunos para melhorias e ampliação na estrutura do curso, visto que essas não atendiam as necessidades acadêmicas de ensino, pesquisa e extensão, o curso passou por uma nova mudança de campus, sendo alocado no campus da faculdade de medicina, onde havia espaço físico para montar os quatro laboratórios de práticas, mas ainda sem o espaço do serviço escola, que só foi destinado ao curso em 2019, necessitando reforma e uma série de adequações.

De sua fundação até os dias atuais a formação prática em saúde mental dos acadêmicos de terapia ocupacional ocorrem na RAPS do município, que conta com apenas uma profissional de terapia ocupacional com carga horária de trinta horas, a falta de profissionais na rede obriga professores e terapeutas ocupacionais da UFPEL a se deslocarem até os serviços e permanecem no local junto aos alunos por todo período de práticas, afim de cumprir a legislação que impede que estudantes atuem sem a supervisão de um profissional terapeuta ocupacional responsável. Essa estrutura prejudica a formação dos discentes, e prejudica os serviços, pois as práticas acontecem deslocadas da equipe, com a supervisão de um profissional externo que não tem vínculo com os usuários e a comunidade.

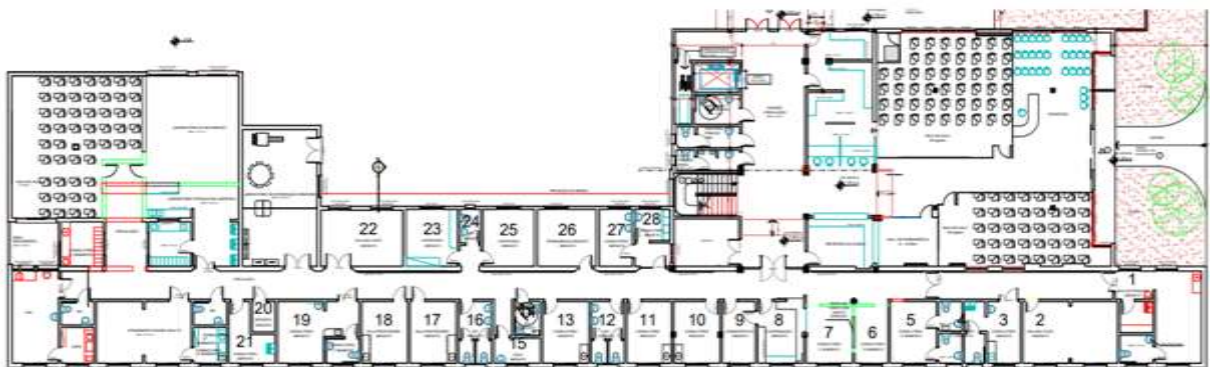
A RAPS de Pelotas é composta por seis CAPS II, um CAPS AD III com dez leitos para acolhimento noturno e quatro leitos de observação, um CAPS Infantil, um ambulatório de saúde mental, um oficina de geração de trabalho e renda, um Unidade de acolhimento infanto juvenil (UAI) com dez leitos, um unidade de acolhimento adulto (UAA) com quinze leitos, um serviço residencial terapêutico tipo II com dez leitos, uma equipe de consultório na rua, programa de redução de danos, com seis composições territoriais; cento e sessenta leitos SUS no hospital espírita (manicômio), dez leitos SUS em hospital geral, além de contar com cinquenta e duas Unidades Básicas de saúde. Ainda que tenham inúmeros serviços as fragilidades são inúmeras, o trabalho

em rede praticamente não acontece, fazendo com que os serviços trabalhem de forma individualizada, com equipes insuficientes, muitas vezes pouco qualificada, estruturas precárias e pouco investimento. Os tratamentos são médicos centrados, o usuário não participa ativamente da construção do projeto terapêutico, e tem uma “obrigação” de participar de oficinas sob pena de ser desligado do serviço, usuários em crise e risco de suicídio são encaminhados para o hospital psiquiátrico (manicômio).

Diante desse cenário é complexa a formação acadêmica de novos profissionais com olhares as novas abordagens emancipatórias, como recovery, os discentes vivem o conflito diante das teorias de sala de aula e as práticas reais do sistema de saúde mental, e não tem a oportunidade de vivenciar a atuação em outras formas de cuidado. Da mesma forma os terapeutas ocupacionais da UFPEL encontram barreiras de atuação pois precisam atuar sob orientação da gestão municipal perdendo a autonomia universitária dentro da RAPS. O serviço de saúde mental dentro do serviço escola não tem o objetivo de excluir a formação e a vivência dos alunos na RAPS, pois entende esses espaços como principais atores da luta antimanicomial e a realidade onde os futuros profissionais desenvolverão suas atividades, portanto o serviço escola é entendido como complementar a formação e um agente de mudanças inclusive para a RAPS.

Abaixo é possível visualizar a planta baixa do espaço físico destinado ao serviço escola de terapia ocupacional, onde funcionará o serviço de saúde mental proposto.

Figura 1: planta baixa do espaço físico do SETO



Fonte: UFPEL, 2022.

## 6 METODOLOGIA

O trabalho foi construído com base nas teorias do Planejamento Estratégico, cujo objetivo, segundo Born e Cavalieri (2012) é a geração de um direcionamento adequado para a organização, de modo a prever necessidades e demandas para possibilitar respostas com rapidez, considerando o enfrentamento de problemas e necessidade de controlar os riscos e incertezas.

Desse modo, pode-se compreender que o planejamento estratégico não se limita simplesmente a apresentar uma estratégia, mas os referidos autores revelam que este planejamento busca organizá-la de maneira que ela se torne operacional, contribuindo no gerenciamento organizacional pautando-se em um eixo previamente determinado.

É importante, primeiramente, traçar a expectativa organizacional em relação a este planejamento estratégico, no intuito de consolidar a validação dos procedimentos metodológicos de todo o processo, tendo em vista que as finalidades da organização geralmente pautam-se na potencialização de seus pontos fortes, no gerenciamento estratégico de seus pontos fracos, no aproveitamento das oportunidades, no controle de riscos e na construção de um plano de trabalho (BORN; CAVALIERI, 2012).

Neste plano de trabalho, os autores supracitados esclarecem que precisa conter os princípios nucleares considerados no processo, as expectativas em relação a este processo organizacional, os percursos a serem percorridos, alocação de recursos, alvo, metodologia, período para aplicação, justificativa.

Born e Cavalieri (2012) destacam que o planejamento estratégico se caracteriza como um processo permanente, contínuo e cíclico, fomentando a necessidade de uma racionalidade na tomada de decisões organizacionais que devem estar presentes em todas as etapas, desde a sua construção até sua aplicação, processo avaliatório e controle, contemplando empreendimentos que incidem ou deveriam incidir sobre toda a organização em longos períodos temporais.

Logo, na detecção desta necessidade, pode-se observar a responsabilidade deste processo, que contempla do estabelecimento de objetivos à seleção dos cursos de ação que orientarão os processos a serem seguidos, que precisam ser supervisionados pela gestão organizacional para garantir a coerência e a sustentação

na tomada de decisões relacionadas ao planejamento estratégico (BORN E CAVALIERI, 2012).

O embasamento teórico do planejamento se darão pautados no direcionamento oferecido por Marianne Farkas et al (2005) que trabalha em dois domínios cruciais para um serviço orientado para o recovery: dimensão administrativa e dimensão profissional. Ambos pautados nos quatro valores fundamentais que segundo a autora são: orientação para a pessoa, autogestão, envolvimento da pessoa e potencial de crescimento.

O planejamento foi construído após leitura e compreensão da literatura disponível sobre recovery e serviços orientados por recovery, através das discussões e construções feitas ao longo do curso no Grupo de pesquisas e políticas públicas de saúde e saúde mental (GPPS/UFSC), do conhecimento adquirido pela participação em eventos, lives, palestras, congressos e conversas com experts profissionais e pessoas com experiência vivida.

## **7 RESULTADOS: O SERVIÇO ESCOLA DE TERAPIA OCUPACIONAL NA UFPEL**

### **7.1 DIMENSÃO ADMINISTRATIVA - OBJETIVO**

O serviço a ser implementado tem como objetivo oferecer suporte ao processo de recovery de pessoas com transtorno mental e suas famílias. Um dos pilares, neste sentido, será a realização de atividades cotidianas, materializando-se o Serviço como um espaço aberto de acolhimento das demandas individuais, de promoção da autogestão e de potencialização do crescimento pessoal.

O serviço alinha-se a quatro valores fundamentais do recovery, mencionados por Farkas et al. (2005): (1) orientação para a pessoa; (2) envolvimento da pessoa; (3) autodeterminação/escolha; e (4) potencial de crescimento. A orientação para a pessoa sublinha a necessidade de compreensão das potencialidades e fragilidades dos usuários, para além da sua doença. Esta é uma atitude de libertação de estigma, ecoando o preceito de Basaglia (1985) de “colocar a doença entre parênteses”. O papel dos profissionais é essencial, afirmando seu interesse pelos indivíduos como um todo e não somente por seus transtornos mentais. O envolvimento da pessoa é um elemento-chave no processo de recuperação. Neste sentido, os usuários devem



participar ativamente do planejamento de ações e de prestação de serviços. Quanto à autodeterminação/escolha, os resultados são bem mais eficientes, segundo Farkas et al (2005), quando os usuários têm fortalecidas sua autonomia e emancipação. O potencial de crescimento é um aspecto essencial no serviço e privilegia a inspiração de esperança, alimentando pensamentos mais otimistas em relação ao futuro.

## 7.2 MISSÃO, VALORES E POLÍTICAS

A missão desse serviço é facilitar ao usuário a ampliação da consciência de si e do mundo e desenvolver seu empoderamento, com vistas a maior liberdade e autonomia nas suas escolhas. Os valores fundamentais, que dão suporte a esta missão, são a valorização da vida, a liberdade, a justiça social, os direitos humanos a ética, o respeito às individualidades e à diversidade, a inclusão, a autonomia, a responsabilidade, a solidariedade, a acessibilidade, a transparência.

As políticas praticadas no âmbito do serviço devem refletir seus valores, estipulando princípios orientadores que os corroborem. Estes princípios devem incidir sobre todos os aspectos do serviço e sua natureza e abrangência pode ser assim resumida:

1. Acolhimento: Ouvir as pessoas atendidas com atenção e interesse, em resposta a sua demanda.
2. Apoio de pares: Conectar usuários com experiências semelhantes, em ambiente de apoio mútuo, estimulando o compartilhamento de vivências, conhecimentos e habilidades.
3. Atividades: Oferecer atividades, em formatos de oficinas e outros, que promovam aptidões e habilidades, facilitem a expressão de sentimentos e emoções e potencializem a socialização.
4. Construção de projeto de vida: Incentivar e apoiar as pessoas a traçar planos e metas para o presente e futuro.
5. Educação em saúde: Difundir conhecimentos sobre saúde, visando despertar o senso de responsabilidade e empoderar os indivíduos para que possam fazer as melhores escolhas para si.

6. Ensino: Produzir e manter atualizados os conhecimentos acerca de temas pertinentes ao campo da saúde mental, fomentando pesquisas e construção de novos saberes.
7. Espiritualidade: Proporcionar reflexões a respeito do significado e transcendência da vida, respeitando as crenças individuais.
8. Família: Encorajar a participação familiar no processo de recuperação do usuário, auxiliando na comunicação intrafamiliar quando solicitado ou percebida uma especial necessidade no contexto do cuidado.
9. Práticas integrativas e complementares: Disponibilizar formas alternativas para tratamento, alívio de sintomas e em prol de uma vida saudável.

A missão, os valores e as políticas estão interconectados e os princípios acima expostos norteiam os procedimentos que deverão se realizar no âmbito do cotidiano do serviço, no contexto dos seus processos de trabalho. Esta maneira de funcionamento é detalhada a seguir.

### 7.3 PROCEDIMENTOS BASEADOS NOS PRINCÍPIOS NORTEADORES

#### 7.3.1 ACOLHIMENTO

É essencial a construção de um espaço físico acolhedor, em salas ambientadas para conversas, com privacidade e pactuado o sigilo sobre os assuntos abordados por indivíduos ou pelo grupo, onde possam ser ouvidos adequadamente os participantes, onde estes possam acolher histórias de seus pares. Faz parte do acolhimento o encaminhamento das demandas apresentadas nestes e em outros ambientes do serviço.

A equipe que atuará no programa será incentivada à adoção de uma postura de interesse sobre os usuários e suas falas, no intuito de compreendê-las, bem como de perceber os sentidos das vivências relatadas, buscando fomentar novas alternativas de relacionamento com estes discursos (Rufato et al, 2021). A instauração de um ambiente confortável e a adoção de uma atitude de acolhimento implica na disponibilização de condições e recursos compatíveis, inclusive treinamentos periódicos da equipe (FARKAS et al, 2005). O acolhimento funciona também como um elemento contributivo para ampliação de redes de apoio para o estabelecimento e

fortalecimento de vínculos que podem estimular o compartilhamento de histórias de superação e sucesso, incentivando autoavaliações dos usuários durante sua participação no serviço (Rufato et al., 2021).

A abordagem mais apropriada para maior efetividade do acolhimento é a de ajuda mútua a qual promove o compartilhamento de experiências, firmado na ação voluntária, na parceria e no suporte continuado e permanente de pares (FARKAS et al, 2005). As reuniões consistem na apresentação dos participantes, boas-vindas aos novos membros, encorajamento à socialização de suas vivências, inclusive com o transtorno mental, esclarecimentos sobre os princípios da abordagem recovery, entre outros.

O acolhimento, entretanto, não se limita à ambiência e a um conjunto de atividades. Trata-se de uma atitude a ser cultivada entre todos os participantes do serviço, profissionais e usuários. É, portanto, um elemento permeante, contínuo, cuja função inclui a instalação de um sentimento compartilhado de “ser acolhido” durante todo o período de permanência no serviço, uma percepção de que as falas e demandas são objeto de interesse, validadas e devidamente processadas e encaminhadas.

### 7.3.2 APOIO DE PARES

Para além de ser um elemento estruturante do acolhimento, o apoio de pares é um dos pilares no processo de recovery e, portanto, em um serviço orientado por recovery. É uma ferramenta que permite às pessoas com experiências em transtorno mental ajudarem-se e fortalecerem-se mutuamente ao compartilharem suas vivências (SLADE, 2012).

A Comunidade de Fala (CDF) é um projeto que vem sendo desenvolvido no Brasil desde a década de 2000, e uma das estratégias a serem utilizadas na abordagem de apoio de pares. No contexto da CDF, pessoas ministram palestras, compartilhando suas experiências vividas de transtornos mentais com públicos diversos. É um processo de aprendizado e construção mútua, que tem demonstrado sucesso na superação de estigmas, construção de autoconfiança e melhoria da autoestima (WEINGARTEN et al., 2021)

Outra estratégia para contribuir com o apoio de pares será a participação no movimento de ouvintes de vozes, cuja finalidade é a apreensão de novos

significados no que se refere ao fenômeno de ouvir vozes, sem privilegiar um diagnóstico psicopatológico, mas considerando o fenômeno como elemento de diversidade (CORRADI-WEBSTER, LEÃO E RUFATO, 2018). Para várias pessoas que participam deste movimento certas experiências de ouvir vozes podem ser vistas como respostas a situações emocionais, relacionais e sociais e nem todas são essencialmente patológicas. Neste sentido, o movimento busca a desmistificação do fenômeno, questionando sua classificação absoluta como aberração ou defeito.

A participação do serviço junto ao movimento de ouvidores de vozes pode se dar também através da capacitação de líderes para conduzir grupos de apoio de pares formados por pessoas com experiência de ouvir vozes. Estes grupos de ajuda mútua visam ampliar a discussão sobre o tema e possibilitar o acesso dos participantes a outros grupos de ouvidores de vozes já constituídos.

Estas estratégias (CDF e Ouvidores de vozes) são exemplos de como podem ser efetivados grupos de apoio de pares com objetivos concretos. É essencial a formação de uma equipe para desenvolver programas dirigidos por pares, organizando a formação para conduzir atividades típicas destes programas, tais como os compartilhamentos de vivências, de histórias de vida e de experiências de recuperação.

### 7.3.3 ATIVIDADES

O Laboratório de Criação Casa Azul – LACCA, dispositivo de um serviço orientado por recovery, oferta costumeiramente oficinas e workshops de diversas modalidades como filosofia, inglês, escrita, teatro, música e tai chi chuan, lideradas por usuários, familiares ou voluntários qualificados (ORSI; SILVA; SAN JUAN; OLIVEIRA, 2021). Esta metodologia favorece o desenvolvimento de aptidões e habilidades individuais tanto para os que participam quanto para os ministrantes, o que atende ao preconizado na orientação recovery: apoio de pares, empoderamento, restabelecimento de papéis sociais, formação de redes de apoio, estímulo à socialização, além do próprio desenvolvimento de habilidades e aptidões.

As oficinas deverão ser parte integrante do serviço e construídas a partir da demanda e interesse dos participantes e da disponibilidade de pessoas com aptidão para ministrá-las.

### 7.3.4 CONSTRUÇÃO DO PROJETO DE VIDA

Processos de recovery, em uma perspectiva emancipatória e humanizadora, envolvem a desconstrução de práticas que objetificam a pessoa diagnosticada com transtorno mental, que priorizam a medicalização ou que endossam a dependência (PALMEIRA et al., 2021). O processo de recuperação é uma jornada individual, o papel do profissional é facilitar esta jornada, através do acolhimento, da atenção individualizada e da oferta de programas de apoio de pares, entre outras. O cumprimento eficaz deste papel inclui a contribuição para que as pessoas construam projetos de vida com base na reflexão sobre seus desejos e sonhos e nas visões de curto, médio e longo prazo para seu futuro, considerando os contextos e as condições da existência de cada indivíduo.

Nessa perspectiva, os usuários podem traçar, no contexto de sua participação nos programas oferecidos no serviço, objetivos que queiram consolidar como parte de seu processo de recuperação, bem como acompanhar, através de autoavaliações, o que foi alcançado. Desta forma, a construção destes projetos de vida torna-se uma maneira de inspirar esperança e desvelar novos horizontes.

O autoconhecimento permite a pessoa utilizar sua história para assumir o protagonismo da sua vida, assumir responsabilidade por conduzir seus passos, identificar objetivos e barreiras a superar e quais auxílios ela precisará para superá-las. Facilita o reconhecimento de habilidades, papéis sociais, sinais e sintomas do adoecimento, ferramentas que auxiliam a vencer desafios e traçar projetos para a vida.

Uma das estratégias utilizadas nesse processo será o Plano de crise, um plano que apresenta dados relevantes sobre a vida da pessoa, e será utilizado caso a mesma fique impossibilitada de responder por si (Bessa e Souza, 2021). Trata-se de reunir informações como pagamento de contas, a responsável pelo cuidado da casa, dos filhos e animais domésticos, lugares nos quais a pessoa gostaria de ser cuidada, medicações que deseja e pode ou não tomar, dentre outras. Funciona como um termo assinado pelos sujeitos mencionados no plano. Um resumo dos dados contidos no plano é colocado em um 'cartão de crise' que acompanhará a pessoa.

### 7.3.5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

É um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde. O conhecimento propicia o aumento da autonomia no autocuidado e no cuidado do outro, podendo transformar hábitos de vida, colocando o indivíduo como co-responsável por sua saúde.

A autoaceitação, inclusive das experiências do adoecimento, podem impulsionar a implementação de novos sentidos para estas vivências, bem como o pleno exercício da cidadania, da superação de estigmas e da responsabilização pela própria vida. Acreditamos ser primordial que as pessoas tenham consciência acerca de si, de seus processos de adoecimento, seu tratamento e dos cuidados com sua saúde. A autodeterminação, o empoderamento e o cuidado centrado na pessoa são componentes fundamentais do processo de recovery (COSTA, 2017), o que torna imprescindível o papel ativo do usuário, informando e orientando acerca dos aspectos que incidem sobre seu processo saúde-doença e sua opção por tratamentos.

Com base no acima exposto, o serviço aqui planejado deverá realizar ações educativas diversas, em formatos de palestras, rodas de conversa e outros, promovendo discussões sobre temas variados da vida cotidiana como alimentação, atividade física, autocuidado, alternativas terapêuticas, sono, lazer e relacionamento interpessoal. Também será estimulada a participação em campanhas preventivas, quando estas forem fundamentadas e norteadas por evidências científicas atualizadas.

A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é outra estratégia a ser utilizada no serviço. Fundamenta-se em cuidar do uso dos medicamentos, considerando seus efeitos na vida do que os usam. A GAM parte do reconhecimento de que cada pessoa tem uma experiência singular ao usar uma medicação e de que importa aumentar o poder de negociação dessas pessoas com os que prescrevem as medicações (ONOCKO-CAMPOS et al, 2013). Um guia foi construído para nortear a estratégia dialogada e compartilhada a ser utilizada por grupos e deverá nortear o trabalho educativo sobre GAM no serviço.

### 7.3.6 ENSINO

Em outra ação educativa, um grupo de estudos com foco em políticas públicas, em transtornos mentais e em abordagens utilizadas no campo da saúde mental estará associado ao serviço, incentivando a participação de pessoas com experiência vivida em transtorno mental, discentes e profissionais na construção de conhecimentos, pesquisas, produção de artigos científicos e relatos de experiência.

Além de seu papel informativo e educativo, o desenvolvimento deste grupo de estudo poderá ajudar a expansão de redes de apoio e facilitar o relacionamento entre os diferentes participantes do serviço (Orsi et al, 2021). Discentes, profissionais e pessoas com experiência vivida terão a oportunidade de dedicar-se à leitura e compreensão de publicações científicas, materiais audiovisuais, como filmes, documentários e palestras, sobre temas relacionados à saúde mental, e ainda poderão dedicar-se à produção e ao compartilhamento de seus próprios materiais educativos.

### 7.3.7 ESPIRITUALIDADE

O processo de recovery caracteriza-se pela busca da consolidação de identidade individual e pela construção de novos sentidos para a vida. O tema da espiritualidade é presente na vida de muitas pessoas, demandando ações que reconheçam crenças presentes na vida de cada usuário.

A abordagem da espiritualidade, em um serviço de saúde mental, não deve necessariamente basear-se na religiosidade. A questão espiritual pode ser reconhecida no desvelar de uma significação transcendental do processo de vida e das crenças de cada pessoa. O profissional, trabalhando na perspectiva recovery, é menos diretivo um facilitador que busca contribuir ao fortalecimento da autonomia dos usuários e inspirar sentimentos de esperança, contemplando a vontade e as necessidades individuais (CIDADE; AQUINO, BESSA; OLIVEIRA, 2021). Neste sentido, a espiritualidade surge como um componente estruturante da vida de muitos usuários e coloca-se como elemento a ser incorporado na perspectiva do conhecimento sobre as pessoas e de seu autoconhecimento.

Para desenvolver o trabalho voltado à espiritualidade, nos apoiaremos em Slade (2012), o qual afirma que a recuperação não deve ser limitada ao transtorno mental propriamente dito, mas precisa abarcar seus impactos sobre a vida emocional, física, intelectual, social e espiritual da pessoa. No âmbito do serviço isso pode ser

trabalhado através de reflexões sobre os significados atribuídos à vida e a transcendência, quando o assunto emergir. Faz-se, assim, o acolhimento de um tema que pode ser caro ao indivíduo e que não encontra acolhida em outras instâncias que o façam de forma reflexiva, mas apenas no contexto de atividades religiosas.

### 7.3.8 FAMÍLIA

A família é o primeiro espaço social de um indivíduo. Antes mesmo de frequentar uma escola ou conhecer seu papel de cidadão a criança, por meio da família, entra em contato com outras pessoas que compõem seu ambiente de crescimento, além de conhecer regras e aspectos da sua cultura.

A família pode protagonizar a promoção de fatores de proteção e redução dos fatores de risco às condições psicológicas de seus membros. O universo familiar é uma base importante no empoderamento da pessoa com transtorno mental, podendo tecer redes de afetos, proteção e gerenciando um ambiente de vivências e discordâncias.

Portanto, incluir a família no serviço orientado por recovery é primordial e nesta direção o Serviço Escola deverá promover encontros de familiares onde estes possam partilhar experiências, aprender novas estratégias com seus pares e se envolverem ativamente no processo de recovery de seus entes queridos. O serviço deverá se colocar à disposição dos familiares, incentivando-os ao protagonismo inclusive nos próprios serviços lá oferecidos, e deverá oferecer, ainda, formações diversas, como para compreensão de fatores de proteção e de redução de riscos, manejo de grupos, e outras atividades.

### 7.3.9 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

As práticas integrativas e complementares (PICs) consistem em tratamentos com base em recursos terapêuticos a partir de conhecimentos milenares, com fins de prevenção de diferentes doenças, inclusive mentais. A Política Nacional de Práticas Integrativas e complementares (PNPIC) foi aprovada através da Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006 e alterada pela Portaria nº 702 de 21 de março de 2018 que incluiu novas práticas a PNPIC que passou a oferecer gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde – SUS 29 tipos de procedimentos identificados como PICs: apiterapia,



aromaterapia, arteterapia, ayurveda, biodança, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, dança circular, geoterapia, hipnoterapia, homeopatia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, medicina tradicional chinesa (acupuntura, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, ozonioterapia, fitoterapia (plantas medicinais), quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, terapia de florais, termalismo social/crenoterapia e yoga.

As PICS podem servir como um dispositivo de acolhimento, considerando as especificidades de cada usuário e sua história de vida, no intuito de contemplar suas múltiplas identidades e necessidades subjetivas. Podem contemplar uma ressignificação na concepção acerca das vivências psíquicas e emocionais, de modo a ultrapassar perspectivas que se baseiem exclusivamente em leituras biomédicas e psiquiátricas (Muniz et al, 2021).

As práticas ofertadas no serviço, inclusive formações para usuários voltadas à compreensão do tema, deverão ser oferecidas à medida que forem firmadas parcerias qualificadas para a oferta.

#### 7.4 REGISTROS

A institucionalização de registros permite que as pessoas tenham clareza sobre sua trajetória dentro do serviço, podendo observar avanços e retrocessos do seu processo de recovery.

O registro dos participantes do serviço será feito através de prontuários individuais onde serão colocados dados sobre as diversas características que interessem aos processos de cuidado e de trabalho. Os registros serão arquivados em local apropriado, onde possa ser garantida a privacidade e deverão ser escritos preferencialmente junto com a pessoa, que é, legalmente, proprietária do seu prontuário. A pessoa terá acesso irrestrito aos seus prontuários, estando livre para fazer correções e anotações quando julgá-las pertinente.

#### 7.5 CRITÉRIOS DE QUALIDADE

A busca por qualidade na prestação de serviços à saúde é uma necessidade técnica e social. A avaliação de desempenho e de resultados deve basear-se em um

enquadramento teórico e mensurar ações com base em indicadores previamente estabelecidos.

A Recovery Assessment Scale (RAS), desenvolvida por Corrigan et al. (1999) apresenta desfechos claros e passíveis de serem utilizados em programas de intervenções. É autoaplicável, com 41 itens em sua versão completa e 24 em sua versão reduzida e abrange cinco diferentes dimensões: 1) autoconfiança e esperança; 2) vontade de pedir ajuda; 3) objetivos pessoais perspectiva de melhora; 4) confiança nos outros e 5) não se deixar dominar pelos sintomas.

O RSA-R (Recovery Assessment Scale – Revised) foi adaptado, revisado e está em processo de validação no Brasil através da pesquisa “Recovery: Instrumentos para sua aferição na realidade brasileira”, desenvolvida pelo grupo de pesquisa Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces, da Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP e está disponível para aplicação com pessoas em processo de recovery, familiares, trabalhadores e gestores na página eletrônica da Faculdade de ciências médicas da Unicamp.

Além dessas escalas, a avaliação qualitativa deve ser considerada com o mesmo rigor e grau de importância que os dados quantitativos. Avaliações qualitativas inserem outros critérios de qualidade com base, por exemplo, em percepções das pessoas envolvidas (MINHAYO, 2014).

## **8 RECURSOS NECESSÁRIOS**

### **8.1 ESPAÇOS FÍSICOS**

O espaço físico destinado ao SETO da UFPEL foi reformado e pintado ao longo do período pandêmico em 2020 e 2021, e liberado para os atendimentos presenciais no início de 2022, considerando os protocolos sanitários da covid-19.

O serviço escola de terapia ocupacional conta com um laboratório de atividades de vida diária (AVD), o qual simula uma casa em 2 ambientes e é equipado com todos utensílios domésticos. Na cozinha: geladeira, fogão, pia, micro-ondas, mesa e cadeiras, armários e máquina de lavar roupa. No outro ambiente uma sala com sofás e um quarto com cama, mesa de cabeceira e guarda-roupas. Esse ambiente é usado no trabalho para independência e autonomia nas AVD's, simulando em ambiente real atividades em que os usuários apresentem dificuldades. Há também salas de atendimento neurológico infantil e adulto, oficina de tecnologia assistiva, sala de

estimulação sensorial, integrada a uma ampla área externa com gramado, árvores e bancos. Uma sala de grupos, três salas de aulas, sala de convivência, duas salas de supervisão, uma copa, quatro banheiros unissex, uma sala de serviços gerais, almoxarifado, cinco consultórios, um auditório, sala de arquivos, secretária e recepção.

O programa realizará uma ambientação, com salas preparadas especificamente de acordo com sua destinação, por exemplo, oferta e disposição de cadeiras, planejamento das formas de iluminação e planejamento com vistas a segurança e acessibilidade. A busca será sempre por ambientes seguros, confortáveis e acolhedores. A ambiência deverá levar em conta também a possibilidade de planejamentos participativos, onde possível, no que concerne, por exemplo, a decoração.

## 8.2 RECURSOS COMUNITÁRIOS: REDES DE SERVIÇOS

O serviço se comprometerá em buscar parceiros na comunidade para apoiar o processo de recovery de seus participantes. Além disso, procurará favorecer a inclusão e o retorno dos papéis sociais. Dessa forma, incentivará o convívio social através do mapeamento e participação em locais que ofereçam lazer como teatros, cinemas, parques, biblioteca, bares e restaurantes; locais onde se ofereçam serviços diversos, como cursos de extensão, profissionalizantes, de capacitação e aperfeiçoamento. Poderá auxiliar a busca de bolsas de estudo para participação nestes cursos. Todas estas ações podem facilitar o desenvolvimento de competências e do processo de recovery.

Parcerias com empresas para que ofereçam vagas de emprego as pessoas com experiência vivida de transtorno mental constituem outra estratégia importante de recovery, favorecendo a volta à atividade produtiva, interrompida pelo adoecimento. Estas parcerias com as empresas podem constituir um importante avanço na diminuição de estigmas e barreiras sociais. Em contrapartida, o serviço assumirá responsabilidade por oferecer capacitações e treinamentos às equipes das empresas parceiras temas relacionados à saúde mental e, particularmente, à abordagem recovery.

A RAPS municipal é a rede mais importante de apoio e suporte aos usuários do serviço. Todos os esforços serão envidados para estabelecer parcerias com a

Prefeitura Municipal de Pelotas, através da Coordenação de Saúde Mental do município, para que os recursos comunitários possam ser efetivamente aproveitados pelas pessoas atendidas.

## **9 PLANEJAMENTO DIMENSÃO PROFISSIONAL**

Os profissionais que atuarão no serviço serão terapeutas ocupacionais, docentes, alunos da graduação em terapia ocupacional da UFPEL e alunos de graduação e pós-graduação da UFPEL com experiência vivida e diagnóstico de transtorno mental, uma vez que, conforme Farkas et al. (2005), deve-se ter a compreensão de que a seleção, formação continuada e supervisão da equipe técnica precisam estar orientadas sob a égide dos fundamentos de recovery.

### **9.1 SELEÇÃO**

A seleção para alunos se dará em duas etapas: prova dissertativa de conhecimentos sobre recovery construído a partir do referencial indicado no edital e entrevista online.

Para as pessoas com experiência vivida sejam elas alunos, servidores ou pessoas da comunidade, será apenas via entrevista online.

### **9.2 FORMAÇÃO: METODOLOGIAS ATIVAS**

Nesse projeto as metodologias ativas se constituem como estratégias de ensino que valorizam a participação plena dos alunos na construção do processo de aprendizagem. São privilegiadas formas flexíveis e relacionadas. As metodologias ativas se apropriam dos modelos de ensino híbridos, com diversas possibilidades de combinações. Neste modelo a aprendizagem é um processo complexo e equilibrado no qual a construção propicia o aprendizado através de alguns elementos ativos principais: a socialização, a interação com seus pares e o compartilhamento de saberes, atividades e produções coletivas, valorizando o trabalho em equipe (BACICH; MORAN, 2018).

O modelo de metodologias ativas torna os alunos protagonistas do próprio aprendizado, encoraja os trabalhos com projetos em um movimento de encontro das necessidades e interesses dos alunos. Busca-se assim envolvê-los em diferentes

projetos significativos, contribuindo no aprofundar de seus conhecimentos e potencializar suas competências, possibilitando que ganhem confiança para lidar com situações e problemas reais.

### 9.3 SUPERVISÃO DA EQUIPE

A supervisão da equipe será oferecida continuamente, levando em consideração que a equipe é formada principalmente por estudantes que atuam sempre sob a supervisão de um profissional.

Haverá reuniões semanais com a equipe para discussão sobre o funcionamento do serviço em todas as esferas e construção de novas estratégias e melhorias para os entraves que por ventura surjam.

## 10 OPERACIONALIZAÇÃO: ASPECTOS LEGAIS E PRIMEIROS PASSOS

De acordo com as orientações legais da UFPEL, do município de Pelotas e do Estado do Rio Grande do Sul e em consonância com as normas estabelecidas pelos Conselhos regionais e Nacional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, o Serviço de Ensino de Terapia Ocupacional da UFPEL funcionará como um programa com ênfase nos três eixos: ensino, pesquisa e extensão, devidamente cadastrado na Pró reitoria de extensão e cultura - PREC da UFPEL. Após cadastrado no sistema Cobalto (sistema administrativo da UFPEL) o programa deverá ser aprovado pelas quatro instâncias de validação, conforme a Resolução do Conselho Coordenador do Ensino da Pesquisa e da Extensão - COCEPE nº 10/2015: a Comissão Interdisciplinar de Projetos – CIP, a Unidade de origem, a Comissão de Extensão e o pleno do COCEPE. Após aprovação em todas as instâncias, dar-se-á início as práticas no serviço com a seleção da equipe inicial.

Para eventuais pesquisas que possam ser conduzidas no âmbito do serviço serão seguidas todas as orientações e resoluções vigentes junto aos respectivos conselhos de ética em pesquisa com seres humanos.

Após tramitação legal em todas as instâncias da UFPEL e outras eventualmente necessárias, o segundo passo para operacionalização do serviço será a organização de um evento em modalidade remota e com livre acesso onde serão convidados alunos do curso de terapia ocupacional, servidores e alunos da UFPEL

que tenham experiência vivida de transtorno mental e participantes da Associação dos usuários dos serviços de saúde mental de Pelotas (AUSSMPE). Entendendo que para a maioria dos participantes do evento será o primeiro contato com a abordagem recovery, pretende-se como objetivos deste evento apresentá-la e discuti-la e proporcionar uma dinâmica sobre algum aspecto vivencial de recovery, tal como uma sessão de grupo de apoio de pares conduzido por um líder com experiência nas práticas. Entretanto, respeitando os próprios princípios da abordagem, o planejamento do evento levará em consideração sugestões advindas dos participantes inscritos.

Neste evento também será apresentado o projeto do serviço e edital de inscrições para os interessados em compor a parte voluntária do grupo de trabalho para implantação efetiva do serviço. Após a seleção do GT de implantação, será realizada a capacitação e treinamento do mesmo, tendo como pano de fundo a construção de conhecimento sobre a abordagem recovery e como objetivo principal efetivar a abertura do serviço para a população.

A capacitação da equipe será feita em parceria com a Rede Recovery Brasil e outros parceiros.

## 11 QUADRO RESUMO DO PLANEJAMENTO

<b>DIMENSÃO ADMINISTRATIVA</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Oferecer suporte ao processo de recovery de pessoas com transtorno mental e suas famílias.
<b>MISSÃO</b>	Facilitar ao usuário a ampliação da consciência de si e do mundo e desenvolver seu empoderamento, com vistas a maior liberdade e autonomia nas suas escolhas.
<b>VALORES</b>	A valorização da vida, a liberdade, a justiça social, os direitos humanos, a ética, o respeito às individualidades e à diversidade, a inclusão, a autonomia, a responsabilidade, a solidariedade, a acessibilidade, a transparência.

POLÍTICAS	<p><b>Acolhimento:</b> Ouvir as pessoas atendidas com atenção e interesse, em resposta a sua demanda.</p> <p><b>Apoio de pares:</b> Conectar usuários com experiências semelhantes, em ambiente de apoio mútuo, estimulando o compartilhamento de vivências, conhecimentos e habilidades.</p> <p><b>Atividades:</b> Oferecer atividades, em formatos de oficinas e outros, que promovam aptidões e habilidades, facilitem a expressão de sentimentos e emoções e potencializem a socialização.</p> <p><b>Construção de projeto de vida:</b> Incentivar e apoiar as pessoas a traçar planos e metas para o futuro.</p> <p><b>Educação em saúde:</b> Difundir conhecimentos sobre saúde, visando despertar o senso de responsabilidade e empoderar os indivíduos para que possam fazer as melhores escolhas para si.</p> <p><b>Ensino:</b> Produzir e manter atualizados os conhecimentos acerca de temas pertinentes ao campo da saúde mental, fomentando pesquisas e construção de novos saberes.</p> <p><b>Espiritualidade:</b> Proporcionar reflexões a respeito do significado e transcendência da vida, respeitando as crenças individuais.</p> <p><b>Família:</b> Encorajar a participação familiar no processo de recuperação do usuário, auxiliando na comunicação intrafamiliar quando solicitado ou percebida uma especial necessidade no contexto do cuidado.</p> <p><b>Práticas integrativas e complementares:</b> Disponibilizar formas alternativas para tratamento, alívio de sintomas e em prol de uma dieta saudável.</p>
PROCEDIMENTOS	<b>Acolhimento:</b>

	<p>Espaço físico acolhedor e com garantia de privacidade para a conversa.</p> <p>Pacto de sigilo sobre os assuntos abordados em grupos e escutas individuais.</p> <p>Equipe treinada para adotar postura de interesse e compreensão das histórias relatadas, garantindo que as demandas sejam validadas e devidamente processadas e encaminhadas.</p> <p><b>Apoio de Pares:</b></p> <p>Formação de líderes capacitados para conduzir grupos através de parcerias com grupos já existentes.</p> <p>Grupos de apoio mútuo</p> <p>Grupo de ouvidores de vozes</p> <p><b>Atividades:</b></p> <p>Construídas a partir da demanda e interesse dos participantes e da disponibilidade de pessoas com aptidão para ministrá-las.</p> <p><b>Construção de projeto de vida:</b></p> <p>Feito com base na reflexão sobre desejos, sonhos e nas visões de curto, médio e longo prazo para o futuro, considerando os contextos e as condições da existência de cada indivíduo.</p> <p>Será ofertado atenção individualizada, com apoio profissional e de pares.</p> <p>Construção de planos de crise.</p> <p><b>Educação em saúde:</b></p> <p>Estratégias como palestras, rodas de conversas, conferências e outros sobre: alimentação, atividade física, autocuidado, alternativas terapêuticas, sono, lazer e relacionamento interpessoal.</p> <p>Distribuição de folders e cartazes de campanhas.</p> <p>Grupo gestão autônoma de medicação (GAM)</p> <p><b>Ensino:</b></p>
--	---



	<p>Grupo de estudos com foco nos transtornos mentais e abordagens no campo da saúde mental e Políticas públicas de saúde mental.</p> <p>Leitura e compreensão de artigos científicos, capítulos, livros.</p> <p>Assistir e discutir a respeito de filmes, documentários, palestras.</p> <p>Pesquisas e produção de artigos científicos.</p> <p><b>Espiritualidade:</b></p> <p>Abordagens grupais e individuais</p> <p>Fortalecimento das crenças individuais</p> <p>Estimulo ao autoconhecimento</p> <p>Reflexões sobre o sentido da vida e transcendência ao físico.</p> <p><b>Família:</b></p> <p>Grupo de familiares.</p> <p>Incentivar a família a participação de ações dentro do serviço.</p> <p>Capacitações.</p> <p><b>Práticas Integrativas e complementares:</b></p> <p>Ofertas através de parcerias e voluntariados</p> <p>Grupo de meditação</p> <p>Formação de Reiki, nível I, II e III.</p> <p>Aplicação de Reiki</p> <p>Tratamento com auriculoterapia</p> <p>Aulas de yoga</p> <p>Grupos de musicoterapia</p> <p>Aromaterapia</p> <p>Arteterapia</p>
REGISTROS	<p>Prontuários individuais em folha A4</p> <p>Arquivados em local apropriado</p>

	<p>Registros de todas as participações no serviço, podendo ser feito inclusive pela pessoa quando esta preferir.</p> <p>Acesso livre aos seus registros sempre que o indivíduo desejar, ficando livre para fazer correções e anotações quando julgá-las pertinente.</p>
CRITÉRIOS DE QUALIDADE	<p>Recovery Assessment Scale (RSA)</p> <p>Avaliações qualitativas</p>
ESPAÇO FÍSICO	<p>O programa realizará uma ambientação, com salas preparadas especificamente de acordo com sua destinação, por exemplo, oferta e disposição de cadeiras, planejamento das formas de iluminação e planejamento com vistas a segurança e acessibilidade. A busca será sempre por ambientes seguros, confortáveis e acolhedores. A ambiência deverá levar em conta também a possibilidade de planejamentos participativos, onde possível, no que concerne, por exemplo, a decoração.</p>
REDE DE SERVIÇOS	<p>Parcerias com empresas e espaços de lazer e entretenimento na comunidade.</p> <p>Rede de saúde municipal.</p> <p>Convênio com empresas para fomentar inclusão no mercado de trabalho.</p> <p>Convênio com locais de formação técnicas para bolsas de estudos.</p>
<b>DIMENSÃO PROFISSIONAL</b>	
SELEÇÃO	<p>Alunos: prova dissertativa de conhecimentos sobre recovery construído a partir do referencial</p>

	<p>indicado no edital e entrevista (online ou presencial).</p> <p>Pessoas com experiência vivida: entrevista online ou presencial.</p>
FORMAÇÃO	<p>Através de metodologias ativas.</p> <p>Problematização da realidade</p> <p>Trabalho em equipe</p> <p>Troca de experiências entre pares</p> <p>Participação em projetos</p>
SUPERVISÃO	<p>Diariamente por demanda</p> <p>Semanalmente em reunião com toda equipe.</p>

## 12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como autora deste trabalho entendo a importância de contar a trajetória que me trouxe até aqui. Não escolhi minha profissão, aliás eu nem sabia da sua existência até decidir cursá-la, sempre quis estudar psicologia, mas na época a UFPEL não oferecia o curso e não era viável uma universidade privada. Terminei o ensino médio em 2004 e entrei no mercado de trabalho. Desejava estudar, mas as opções disponíveis na UFPEL não eram as minhas opções. Em 2010 através do REUNI, a UFPEL passou a oferecer uma gama de novos cursos. Uma amiga me falou sobre o curso de TO, fiz uma busca rápida no Google e percebi que desejava estudar TO e não psicologia. Havia feito o ENEM daquele ano, aliás o primeiro que abriu as portas das universidades públicas nacionalmente e fui aprovada para o curso de TO. Ingressei e cursei os 4 anos do curso, me graduando em 2014. De julho de 2010, da primeira aula inaugural do curso, até o dia de hoje, vivo a história do curso de TO, acompanho todas as dificuldades e conquistas, não só do curso na UFPEL mas da TO como profissão no município de Pelotas.

Despertada pelas minhas experiências familiares, a saúde mental sempre me interessou, mas foi durante a graduação que esse interesse se fortaleceu. Ao final da

graduação passei pela infeliz experiência de estagiar dentro do manicômio por 2 dias. Junto aos meus colegas e apoiados pela única professora do campo da saúde mental, e militante da luta antimanicomial, iniciamos um movimento contrário aquela prática imposta pelo colegiado do curso. Apesar das represarias, sustentamos nossos valores e negamos a nossa permanência naquele local, mesmo sob ameaça de não conseguirmos realizar a formatura, visto que o acontecido se deu no último semestre. Para dar conta da carga horária de estágio, a tempo da formatura, construímos um projeto que batizamos de “Acantonamento” onde a proposta era passar 24h com os usuários dentro do CAPS, a programação contava com diversas atividades, desde a alimentação, jogos, músicas e dormir. Lembrando que Pelotas não tem CAPS III, até hoje me pergunto como a coordenação de saúde mental do município apoiou a ideia. Convidamos os usuários do serviço e iniciamos as atividades com eles numa sexta-feira às 18 horas e finalizamos no sábado às 18 horas. Durante as 24h os usuários se inseriram nas atividades de interesse, tudo feito com eles e por eles. O quartel do exército emprestou colchões, conseguimos doação de carnes e encerramos com um grande churrasco assado pelos usuários. Foi uma experiência única que virou notícia na cidade e até hoje é comentada nos serviços de saúde mental.

Fui nomeada no concurso para técnico administrativo em educação (TAE), no cargo de terapeuta ocupacional em 2015, um ano após a formatura. Voltar ao curso de TO como profissional, foi um desafio imenso já que não tinha como objetivo a vida acadêmica, sempre desejei a assistência, e precocemente assumi a responsabilidade de um grupo de alunos, estagiários na rede municipal. Não foi fácil, me sentia insegura e questionava se era apta aquela função. A convivência com os colegas que antes eram meus professores não era tranquila, o estresse ocorrido enquanto ainda era aluna deixou estranhamentos naquele grupo que já era complexo nas suas relações. O colegiado era dividido, não se encontrava meio termo nas relações. Lutei muito para conseguir exercer minhas atividades na saúde mental. Até 2018 fui distribuída em qualquer área onde precisasse TO para supervisionar estagiários, dessa forma trabalhei nas APAES e escolas especiais, CRAS, hospitais, CEREST e outros serviços municipais. Em seguida me dividi por um ano entre 2 CAPS e em 2019 fui cedida ao município onde passei a integrar a equipe do CAPS Porto. Hoje são 7 terapeutas ocupacionais servidoras municipais, uma conquista da inserção do curso na rede. Ainda em 2019 solicitei afastamento da UFPEL para ingressar no mestrado, no mesmo período ganhamos o espaço físico para funcionar nosso serviço escola.

O recovery foi um presente do mestrado, não conhecia a abordagem, inicialmente desenvolvi um projeto voltado a espiritualidade e as PICS até a pandemia da covid-19 ser decretada. No retorno as aulas, em uma disciplina do Professor Walter, que teve como convidado Mark Costa, nasceu a ideia desse projeto, mergulhei fundo nos estudos sobre recovery, li e participei de diversas atividades sobre o tema, passei a fazer parte dos projetos da Rede Recovery Brasil, e nesse caminho conheci a Ellen, professora do curso de TO que assumiu quando eu já estava afastada, ela que teve como objeto de pesquisa de mestrado e doutorado o Recovery hoje é minha parceira para implantação desse projeto.

Retornei ao trabalho em março de 2022, o Serviço Escola já está reformado e os atendimentos iniciaram com projetos e estágios, sou a única TAE e única TO do serviço, tenho total apoio da coordenação do curso para esse projeto. Assim que as formalidades exigidas no programa, a defesa e a entrega da dissertação forem concluídas, o projeto será cadastrado como Programa Recovery na UFPEL. Em projetos paralelos já conseguimos 3 bolsistas para auxiliar na implantação desse projeto. Hoje percebo que estou exatamente no lugar onde eu gostaria de estar, fazendo o que eu sempre desejei fazer. A abordagem recovery validou os meus valores profissionais e tudo que acredito para o campo da saúde mental. Esse projeto é mais que um projeto de mestrado, é um projeto de vida, que ressignificou meu trabalho e também uma parte da minha história familiar.



## REFERÊNCIAS

ANASTÁCIO, C. C.; FURTADO, J. P. **Reabilitação psicossocial e recovery: conceitos e influências nos serviços oferecidos pelo sistema de saúde mental.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v. 4, n. 9, p. 72–83, 2012.

ANTHONY, W. A. **Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s.** *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23, 1993.

BACCARI, I. O. P.; CAMPOS, R. T. O.; STEFANELLO, S. **Recovery: Revisão sistemática de um conceito.** *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 20, n. 1, p. 125–136, 2015.

BACICH, L.; MORAN, J. **Metodologias ativas para uma educação inovadora: uma abordagem prática.** Porto Alegre: Penso, 2018.

BESSA, S. L.; SOUZA, C. R. S. **Plano de ação pessoal, cartão de crise/SOS e recovery: uma experiência brasileira.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v.13, n.36, p.143-155, 2021.

BORN, J. C.; CAVALIERI, M. A. R. **Recuperação da teoria do planejamento estratégico.** Monografia (Especialização em desenvolvimento econômico). Departamento de economia, UFPR, Curitiba: 2012.

BRASIL. **Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006.** Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.crbm1.gov.br/Portaria%20MS%20971%202006.pdf>> Acesso em: 13 de abril de 2022

BRASIL. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2018.** Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702\\_22\\_03\\_2018.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html)>

Acesso em 13 de abril de 2022.

CIDADE, A.L.; AQUINO, P.R.P.; BESSA, S.L.; OLIVEIRA, W.F. **O papel do profissional de saúde mental no processo de recovery: uma revisão integrativa.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v.13, n.35, p.108-131, 2021.

CORRADI-WEBSTER, C.M.; LEÃO, E. A.; RUFATO, L. S. **Colaborando na trajetória de superação em saúde mental: grupo de ouvidores de vozes.** Nova Perspectiva Sistêmica. v.27 n.61, p. 100-109, São Paulo, 2018.

CORRIGAN PW, GIFFORTTD, RASHID F, LEARY M, OKEKE I. **Recovery as a psychological construct.** Community Ment Health J. 35(3):231-9, 1999;

COSTA, M. N. **Recovery como estratégia para avançar a Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. v. 9, n. 21, p. 01–16, 2017.

DAVIDSON L. **The Recovery movement: implications for mental health care and enabling people to participate fully in life.** *Health Affairs.* V. 35 n. 6, p. 1091-7, 2016.

DAVIDSON, L.; ROWE , D. **Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery.** Journal of Mental Health, v.16, n. 4, p. 459-470, 2007.

DUARTE, T. **Recovery da doença mental: uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental.** Análise Psicológica, v. 25, n. 1, p. 127–133, 2007.

FARKAS, M., GAGNE, C.,ANTONNY, W.,CHAMBERLYN, J. **A implementação de programas orientados para o recovery: Domínios cruciais.** Participação e Empowerment das pessoas com doença mental e seus familiares, p. 19-43, 2005.



LEAMY M, BIRD V, LE BOUTILLIER C, WILLIAMS J, SLADE M. **Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis**. The British Journal of Psychiatry. 2011

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. S. Paulo: Hucitec, 2014.

MUNIZ, M. P. G.; DA SILVA, C. F.; MALHEIROS, N. C. C.; DE OLIVEIRA CAMPOS, M. A.; OLIVEIRA, V. C.; PERRI, S. S.; FERREIRA, M. M.. **Vozes-espelho: o encontro com o comum e a alteridade no projeto de extensão universitária de grupos de recovery e empowerment em saúde mental**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. v. 13, n. 35, p. 95-107, 2021.

OLIVEIRA, W.F. **Recovery: o desvelar da práxis e a construção de propostas para aplicação no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147. Florianópolis, v. 9, n. 21, p. 321-30, 2017.

ONOCKO-CAMPOS, R. T., PASSOS, E., PALOMBINI, A.L., SANTOS, D.V.D., STEFANELLO, S., GONÇALVES, L.L.M., ANDRADE, P.M., BORGES, L.R. **A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental**. Ciência & Saúde Coletiva, 18(10): 2889-99. 2013.

ORSI, J. A.; SILVA, T.R.; SAN JUAN, N.; OLIVEIRA, W.F. **Percepções de pessoas com transtornos mentais sobre o processo de recovery: relato de um grupo focal**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v.13, n.36, p.175-200, 2021.

PALMEIRA, L. F. et al. **O papel do suporte de pares no processo de recovery: a experiência do Programa Entrelaços**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v.13, n.36, p.117-142, 2021.

Recovery Self-Assesment (RSA-R). **Faculdade de ciências médicas – UNICAMP, 2022**. Disponível em: <<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude->

[coletiva-e-saude-mental-interfaces/publicacoes/recovery-self-assesment-rsa-r>](#)

Acesso em: 12 de abril de 2022.

REIS, S. C. C. A. G.; LOPES, R. E. **O início da trajetória de institucionalização acadêmica da terapia ocupacional no Brasil: o que contam os(as) docentes pioneiros(as) sobre a criação dos primeiros cursos.** Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, v. 26, n. 2, p. 255–270, 2018.

ROWE M, DAVIDSON L. **Recovering Citizenship.** Isr J Psychiatry Relat Sci, v. 53. n. 1, p.14-20, 2016.

RUFATO, L. S. **Suporte de Pares em Saúde Mental: grupo de ouvidores de vozes.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v.13, n.36, p.156-174,2021.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; DA COSTA-ROSA, A. **Do tratamento moral à atenção psicossocial: A terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica Brasileira.** Interface: Comunicação, Saúde, Educação, v. 21, n. 63, p. 845–856, 2017

SLADE, M. **100 formas de ajudar a recuperação: guia para profissionais de saúde mental.** Coordenação da edição Portuguesa F. Palha. Encontrar+se. Porto, 2012.

STANHOPE, V.; SOLOMON, P. **Getting to the Heart of Recovery: Methods for Studying Recovery and the irImplications for Evidence-Based Practice.** British Journal of Social Work, 38, 885–899, 2008.

WEINGARTEN, R. et al. **O programa Comunidade de Fala (CdF) nos seus cinco anos de implementação no Brasil.** Cadernos Brasileiros de Saúde mental, Florianópolis, v.13, n.36, p.228-249, 2021.

WHITLEY R, DRAKE RE. **Recovery: a dimensional approach.** Psychiatr Serv, v.61, n. 12, p.1248-1250, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020**. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: < <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>> Acesso em: 13 de abril de 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidance and technical packages on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches: executive summary**. World Health Organization, 2021. Disponível em: < <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341638>.> Acesso em: 10/05/2022