

RECOVERY COMO ESTRATÉGIA PARA AVANÇAR A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Recovery as a Strategy to Advance the Psychiatric Reform in Brazil

Mark Napoli Costa¹

Artigo encaminhado: 20/11/2016
Aceito para publicação: 20/02/2017

RESUMO: O movimento *recovery* tem dois princípios fundamentais: que pessoas com um transtorno mental (independente da severidade) podem viver uma vida produtiva, mesmo enquanto manifestando sintomas, e que muitos vão recuperar do seu transtorno mental. O conceito de estar em *recovery* que passou a ser utilizado largamente pelas pessoas com um transtorno mental (presente ou passado) mais recentemente, foi introduzido, de fato, pelo movimento dos ex-pacientes na década de 70, interessados na discussão de estratégias para permitir que pessoas com uma experiência de vida pessoal de um transtorno mental pudessem viver uma vida digna, autônoma, e em segurança, independente da intensidade e recorrência destas experiências. A Organização Mundial de Saúde adotou o conceito de *recovery* como uma estratégia para o avanço da saúde mental no mundo. A visão do Plano de Ação em Saúde Mental 2013 – 2020 da Organização Mundial de Saúde é um mundo em que a “(...) saúde mental é valorizada, promovida e protegida, (...) e que pessoas afetadas com estes transtornos são capazes de exercitar a plenitude dos direitos humanos e de acessar (...) cuidado social e de saúde de maneira oportuna para promover *recovery*, para atingir o nível mais alto de saúde possível e participar plenamente na sociedade e no trabalho, livre de estigma e discriminação” Uma das práticas do *recovery* é a incorporação de pessoas com história de transtorno mental para trabalhar junto aos usuários – o suporte de pares. Esta é uma prática sustentada pela OMS e poderia ajudar a avançar a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Palavras-chave: Recovery. Movimento Recovery. Reforma Psiquiátrica. Transtorno Mental. Reabilitação Psicossocial.

ABSTRACT: The *recovery* movement has two fundamental principles: that people with a mental disorder (regardless of severity) can live a productive life, even while manifesting

¹ Mark Napoli Costa é médico psiquiatra com mais de 20 anos de trabalho e militância no campo da saúde mental no Brasil. Mark é mestre em saúde pública e atualmente é pós-doutorando junto ao Yale Program for Recovery and Community Health do Departamento de Psiquiatria da Yale School of Medicine, Estados Unidos.

symptoms, and that many will recover from their mental disorder. The concept of being in *recovery* that came to be widely used by people with a mental disorder (present or past) more recently was introduced, in fact, by the movement of ex-patients in the 70's, interested in discussing strategies to allow people with a personal life experience of a mental disorder to live a dignified, autonomous, and safe life, regardless of the intensity and recurrence of these experiences. The World Health Organization (WHO) has adopted the concept of *recovery* as a strategy to advance mental health in the world. The vision of the World Health Organization's Plan of Action on Mental Health 2013-2020 is a world in which "...mental health is valued, promoted and protected ... and that people affected by these disorders are capable of exercising the fullness of human rights and of accessing (...) social and health care in a timely manner to promote *recovery*, to achieve the highest possible level of health and to participate fully in society and at work, free of stigma and discrimination." One of the recovery practices is the inclusion of people with a history of mental disorder to work with users of mental health services as peer support. This is a practice reinforced by the WHO and could help advance the Psychiatric Reform in Brazil.

Keywords: Recovery. Recovery Movement. Psychiatric Reform. Mental Disorder. Psychosocial Rehabilitation.

1 INTRODUÇÃO

O movimento *recovery* reconhece, de uma maneira bem ampla, o direito de pessoas diagnosticadas ou manifestando sintomas de um transtorno mental (mesmo que um transtorno mental severo) de participar plenamente da sociedade (DAVIDSON, 2016). Nos Estados Unidos este movimento pode ser interpretado como o resultado da confluência de dois movimentos independentes: o movimento de ex-pacientes psiquiátricos (também chamado de sobreviventes da psiquiatria), mais interessado em produzir mudanças na sociedade para acomodar pessoas vivendo com sintomas de transtornos mentais, e um movimento dentro do campo da pesquisa científica muito interessado, ao constatar que pessoas diagnosticadas com um transtorno mental severo poderiam apresentar uma melhora significativa e retomar a vida mesmo depois de anos, em entender este fenômeno (DAVIDSON, *et al*, 2005).

A possibilidade de diálogo entre estes dois movimentos resultou no desenvolvimento de novos instrumentos para o cuidado de pessoas diagnosticadas com um transtorno mental (p. ex. uporte de pares e planejamento de cuidado centrado na pessoa) e na validação de estratégias e ou serviços concebidos e tradicionalmente gerenciados por pessoas com história de transtorno mental (p. ex. centro de convivência). Este diálogo também tem permitido um

questionamento do modelo médico biológico de cuidado em saúde mental, centrado na resolução e ou no controle da manifestação de sintomas.

Vários outros países como Inglaterra, Escócia, Suécia, Dinamarca, Noruega, Austrália, Nova Zelândia, Canadá, Itália, entre outros, têm adotado políticas e estratégias orientadas pelo *recovery*. De fato, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu plano de ação em Saúde Mental 2013 – 2020 (World Health Organization 2013) propõe *recovery* como um de seus objetivos gerais e recorre ao *recovery* ao longo de todo o documento. Nesse sentido, possibilidade de se construir novas políticas e, também, de transformar a prática dos trabalhadores em saúde mental baseado na perspectiva das pessoas com transtorno mental faz do movimento *recovery* uma interessante estratégia para ajudar avançar a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

2 O CONCEITO DE RECOVERY

O movimento *recovery* tem dois princípios fundamentais: que pessoas com um transtorno mental (independente da severidade) podem viver uma vida produtiva, mesmo enquanto manifestando sintomas, e que muitos vão recuperar do seu transtorno mental (DAVIDSON, 2016).

Para a OMS, em seu plano de ação 2013 – 2020, *recovery*, na perspectiva da pessoa com um transtorno mental, significa: “ganhar e reter esperança, compreender suas habilidades e desabilidades, engajar em uma vida ativa, autonomia pessoal, identidade social, significado e propósito na vida e um senso positivo de self. *Recovery* não é sinônimo de cura. *Recovery* refere a condições internas experimentadas pela pessoa que se descreve como estando em *recovery* – esperança, reestabelecimento, empoderamento e conexão – e condições externas que facilitam *recovery* – implementação de direitos humanos, uma cultura positiva de reestabelecimento e serviços orientados em *recovery*. ” (World Health Organization, 2013).

Davidson, *et al*, 2005, reconhecem vários elementos em comum entre os diversos conceitos de *recovery* estabelecidos tanto no campo científico quanto nos movimentos sociais, entre eles: renovar esperança e compromisso – ter um senso de esperança e acreditar na possibilidade de ser, acompanhado por desejo e motivação; envolver em atividades significativas, expandindo e ocupando um papel social funcional e normal e fazendo contribuições sociais; superando o estigma e a discriminação através de luta contra o

preconceito; assumindo controle da própria vida; tornando-se empoderado e exercitando cidadania, através da luta por direitos e responsabilidades iguais; e o suporte mútuo.

Em 2004, a agência nacional para serviços de saúde mental e dependência química (Substance Abuse and Mental Health Services Administration – SAMHSA) dos Estados Unidos, realizou uma conferência nacional em saúde mental e *recovery* (“National Consensus Conference on Mental Health Recovery and Mental Health Systems Transformation”) para estabelecer um consenso em torno de uma definição clara de *recovery*. Participaram dessa conferência os diversos atores envolvidos nesta discussão em todo o país como usuários dos serviços de saúde mental, familiares, provedores de serviços, trabalhadores, cientistas e acadêmicos, movimentos de defesa dos usuários e representantes do governo, entre outros. Nesse consenso ficou estabelecido que “*recovery* é uma jornada de restauração e transformação que possibilita à pessoa com um transtorno mental viver uma vida de significado na comunidade de sua escolha enquanto luta para atingir seu potencial pleno” (SAMHSA, 2006).

Nesse consenso, foram estabelecidos os 10 componentes fundamentais do *recovery*:

- 1) auto direção – o usuário 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;
- 2) 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 usuários 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 – usuários 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.

O conceito de estar em *recovery* que passou a ser utilizado largamente pelas pessoas com um transtorno mental (presente ou passado) mais recentemente, foi introduzido, de fato, pelo movimento dos ex-pacientes na década de 70. Apesar de um paralelo possível com o conceito de recuperação (*recovery* em inglês) utilizado pelo campo da dependência ao álcool e ou outras drogas, neste campo, estar em recuperação (ou ser um recuperando) significa que a pessoa está abstinente ou, ao menos, o problema de dependência está sob controle. No campo da saúde mental, entretanto, e mais especificamente junto ao movimento dos ex-pacientes, que de fato tomou emprestado o termo *recovery* do movimento de pessoas com deficiências físicas chamado “Independent Living Movement” (Movimento Viver Independente), *recovery* continua possível mesmo que a condição de base não mude. Não faz sentido insistir que primeiro é preciso que uma pessoa pare de manifestar sintomas para depois retomar a sua vida (DAVIDSON, *et al*, 2005).

3 O MOVIMENTO SOCIAL DOS EX-PACIENTES (OU VÍTIMAS DA PSIQUIATRIA) NOS ESTADOS UNIDOS

“Nós visualizamos um sistema em que essa dor não seria rotulada “doença”, mas seria vista como uma consequência natural de um sistema que coloca riqueza, propriedade e poder acima das necessidades básicas dos seres humanos” (CHAMBERLAIN, 1978).

Uma outra possível maneira de interpretar o termo *recovery* é justamente a sinalização de que pessoas com um transtorno mental são vítimas de serviços de saúde mental opressivos, dos quais elas deveriam se libertar (FRESE, 2009). Influenciados pelos movimentos de libertação dos negros, das mulheres e dos gays, diversos grupos, já nos seus primórdios, constataram que eles trabalhavam melhor quando excluíam os trabalhadores da saúde mental (e outros não pacientes) das suas organizações. Tendo a auto definição e a

autodeterminação como princípio organizacional, assim como os negros que sentiam que uma pessoa branca não poderia verdadeiramente entender suas experiências (ou as mulheres que sentiam da mesma forma em relação aos homens), as experiências e percepções pessoais dos participantes destes grupos de ex-pacientes eram percebidas como diametricamente opostas àquelas do público em geral e, também, daquela dos trabalhadores da saúde mental (CHAMBERLAIN, 1990). Houve, também grupos de usuários e trabalhadores juntos. A autora afirma, ainda, que estes grupos logo abandonaram suas características libertárias e se transformaram em reformistas, e passaram a ser liderados pelos chamados “não pacientes”.

É importante registrar que a grande reforma psiquiátrica norte americana dos anos 60, em que diversos hospitais psiquiátricos estaduais de longa permanência foram fechados através de uma lei nacional que criou uma rede de serviços comunitários substitutivos aos hospitais fechados, não foi consequência da reivindicação de movimentos sociais antimanicomiais, mas uma decisão do governo federal, com o apoio do congresso. No final dos anos 60, já na administração do presidente republicano Nixon, houve um desinvestimento significativo de recursos para os serviços comunitários e muitos foram substituídos por serviços psiquiátricos ambulatoriais privados, com uma prática psiquiátrica biológica tradicional. Foi neste contexto que os movimentos de ex-pacientes começaram a surgir e organizar. A crítica à prática psiquiátrica como um todo foi o caminho adotado pelos movimentos de ex-pacientes (DUMONT & DUMONT, 2008).

A primeira conferência sobre Direitos Humanos e Opressão Psiquiátrica foi realizada na universidade de Detroit, em 1973. Estas conferências aconteceram anualmente até 1985. Em 1976 elas foram restritas a pacientes e ex-pacientes. O jornal Madness Network News (Notícias da Rede Loucura) passou a circular em 1972 e foi por muitos anos a voz do movimento americano de ex-pacientes. Dentre as muitas atividades destes diversos grupos é possível destacar as diferentes atividades políticas como manifestações públicas, confronto, discussão de leis junto ao legislativo, participação em conselhos, conferências, etc., mas também suporte mútuo. A luta pelos direitos individuais, principalmente pelo direito de não ser um paciente, foi travada, também, senão principalmente, nos tribunais, mais do que tentar garantir procedimentos de salvaguarda antes do tratamento involuntário. Importantes vitórias foram alcançadas nos tribunais, mas o movimento pode constatar que estas vitórias pouco fizeram para transformar a relação de poder entre o paciente e o psiquiatra (CHAMBERLAIN, 1990).

No final dos anos 80, o movimento dos ex-pacientes psiquiátricos decidiu aliar-se ao movimento das pessoas com habilidades físicas na luta a favor da lei chamada “The Americans with Disability Act” (ADA), que foi aprovada pelo congresso americano e sancionada em 1990. Esta lei tinha como propósito prover um mandato nacional claro e compreensivo para a eliminação da discriminação contra pessoas com habilidades, assegurar que o governo federal exercesse um papel central para fazer cumprir as determinações da lei a favor das pessoas com habilidade e, mais especificamente, endereçar as principais áreas de discriminação enfrentadas por pessoas com habilidades, no dia a dia (American with Disabilities Act, 1990). O princípio geral desta lei gira em torno da ideia de se estabelecer estratégias para que a sociedade possa fazer as acomodações necessárias para que pessoas com habilidades possam viver uma vida plena (trabalho, moradia, lazer, família, etc.). Considerada por muitos como um marco histórico e um divisor de águas, esta lei acabou por redefinir o transtorno mental como uma habilidade (DAVIDSON, 2016).

Importante destacar aqui este divisor de águas: de um lado, a rejeição histórica, por parte de diversos movimentos de ex-pacientes nos Estados Unidos, da definição das suas vivências de transtorno mental como doença e, na motivação desta incisiva rejeição, o intenso questionamento de diversos instrumentos e técnicas desenvolvidas pela psiquiatria para cuidar desta doença, principalmente quando este cuidado envolve tratamento involuntário, e da lógica médico-moralista em que é esperado primeiro tratar da doença para depois pensar em retomar a vida; do outro lado, a identificação com a luta dos portadores de habilidade física (origem do lema “nada sobre nós sem nós”), luta esta localizada não na discussão de novos serviços e técnicas para cuidar melhor da habilidade, mas nas estratégias de mudança da sociedade para acomoda, da melhor forma possível, estas habilidades. É neste ponto onde pesquisa e movimento social se unem em torno do conceito de *recovery*.

4 A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE RECOVERY E A PESQUISA

Entre 1955 e 1960, 269 pacientes considerados entre os mais severamente desabilitados e crônicos, pertencentes à chamada “ala dos sem esperança” de um hospital psiquiátrico do estado de Vermont, Estados Unidos, e que não haviam apresentado uma resposta positiva ao medicamento clorpromazina (que havia acabado de ser introduzido como opção de tratamento medicamentoso), foram inscritos em um programa novo da divisão de

reabilitação vocacional do departamento estadual de educação. O programa foi construído em colaboração com os pacientes e consistia, em uma primeira fase, de uma série de mudanças nas condições de cuidado, várias atividades de terapia ocupacional, aconselhamento, grupos de autoajuda, entre outros componentes. A segunda fase do programa (que iniciou alguns anos mais tarde), foi conduzida na comunidade, onde os pacientes passaram a viver em casas de passagem. A idade média dos pacientes ao serem inscritos no programa era de aproximadamente 40 anos. Esse foi um programa considerado não usual e bastante inovador para a época. Após 5 a 10 anos da alta do programa de reabilitação, 70% dos pacientes estavam fora do hospital, o que foi considerado impressionante naquele tempo. Passados de 20 a 25 anos, 97% dos pacientes do estudo original foram localizados. Entre eles, 168 (68%) foram entrevistados. Destes, 83% não tinham sido hospitalizados no ano anterior, 66% encontravam com um amigo toda semana ou a cada duas semanas, 76% tinham ao menos um amigo moderadamente próximo ou muito próximo, 47% tinham trabalhado formalmente no ano anterior à entrevista, 72% apresentavam apenas sintomas leves ou nenhum sintoma, 76% levavam uma vida de moderada a plena e 55% apresentavam de leve a nenhum impedimento no funcionamento global (HARDING, *et al*, 1987).

Em 1968 a Organização Mundial de Saúde iniciou um acompanhamento em torno de 1200 pessoas diagnosticadas com transtorno mental severo em 19 países diferentes. Depois de 5 anos de acompanhamento aqui, também, a maioria dos participantes apresentaram melhora. Um outro dado desta pesquisa, que foi surpreendentemente para a época, foi que pessoas que moravam em países em desenvolvimento (Nigéria, Colômbia e Índia) apresentaram uma melhora mais significativa do que pessoas morando em países desenvolvidos (p. ex. estados Unidos e Inglaterra) (LEFT, 1992). Estes e outros estudos de acompanhamento prospectivo foram capazes de demonstrar que a melhora é tão ou mais comum do que a piora para transtornos mentais severos, ao longo dos anos (DAVIDSON & ROE, 2007).

Davidson & Strauss (1992), em um estudo sobre a análise do relato da história de pessoas que haviam sido diagnosticadas com um transtorno mental grave e com uma história de várias internações em hospital psiquiátrico, apontaram para a necessidade de se encorajar um papel mais ativo e colaborador das pessoas com transtorno mental no seu tratamento. Assim como no estudo anterior, apesar do diagnóstico psiquiátrico e do histórico de várias internações, as pessoas entrevistadas estavam inseridas em suas respectivas comunidades.

Davidson & Roe (2007) apresentam duas categorias mais amplas de *recovery*, sabendo que estas categorias se referem não a pessoas, mas à natureza da relação de uma pessoa com seu transtorno mental. Na primeira categoria, demonstrada nos diversos estudos prospectivos das décadas de 60 a 80, *recovery* está diretamente relacionado com a melhora da manifestação de sintomas. Estes estudos demonstraram também a heterogeneidade não apenas entre as diversas pessoas que estavam sendo acompanhadas, mas através dos diversos domínios de função. Assim, algumas pessoas apresentaram grande melhora em um domínio, p. ex. viver independente e trabalho, enquanto ao mesmo tempo continuavam a apresentar dificuldades em outro domínio, p. ex. continuavam escutando vozes. Outros poderiam não mais manifestar sintomas de psicose, por exemplo, mas, ao mesmo tempo, continuar apresentando dificuldades em encontrar um trabalho ou em manter relações sociais. A outra grande categoria conceitual de *recovery* advinda dos movimentos de defesa dos direitos dos usuários, relaciona-se com a flexibilização dos conceitos de saúde e doença, e de normal e anormal. A agenda apresentada por estes movimentos tinha pouca relação com o conceito e/ou com o diagnóstico de transtorno mental e, conseqüentemente, muito menos voltada para a busca e construção de estratégias e serviços destinados à melhora e/ou cura dos sintomas psiquiátricos, e muito mais voltada para a discussão de estratégias para permitir que pessoas com uma experiência de vida pessoal de um transtorno mental pudessem viver uma vida digna, autônoma, e em segurança, independente da intensidade e recorrência destas experiências. A construção de novas estratégias que pudessem, também, responder a esta agenda dos movimentos sociais passou a ser parte do campo da pesquisa. Nos Estados Unidos, o Americans with Disability Act ajudou a efetivar esta parceria entre o campo da pesquisa e os movimentos sociais.

Uma importante consequência deste debate em torno do *recovery* foi o crescente consenso quanto à necessidade fundamental do envolvimento de pessoas com vivências pessoais significativas de transtorno mental (presente ou passado) também no desenvolvimento de pesquisas científicas. Neste sentido, grupos de pesquisa como o Yale Program for Recovery and Community Health (PRCH), do Departamento de Psiquiatria da Yale School of Medicine, já há muito envolve pessoas com experiências pessoais de transtorno mental em todos os seus projetos de pesquisa, e em todas as fases do projeto. Da ideia inicial à avaliação final dos resultados, o lema “nada sobre nós sem nós” é uma referência importante. Outro reflexo deste debate tem sido a possibilidade de profissionais da chamada “elite” do campo da

saúde mental poder declarar e relatar abertamente suas experiências pessoais com um transtorno mental (FRESE, 2009). A oportunidade de trabalhar com colegas e de ser liderado por pessoas que em algum momento da sua vida pessoal tiveram que lidar com um diagnóstico de transtorno mental severo é, no mínimo, transformadora.

5 A SAÚDE PÚBLICA NOS ESTADOS UNIDOS E *RECOVERY*

O “American with Disabilities Act de 1990” determinou que o governo federal deveria exercer um papel central no cumprimento dos padrões estabelecidos pelo ato a favor de indivíduos com desabilidade. Os movimentos de ex-pacientes conseguiram ocupar espaços nas comissões estabelecidas pelo governo para a construção de estratégias para o cumprimento das determinações deste ato. Com a ajuda de outros atores envolvidos no movimento *recovery* foi possível conquistar, junto ao governo norte americano (governo federal e muitos estados), responsável direto pela maior parte dos gastos em saúde mental nos Estados Unidos, a incorporação do conceito de *recovery* como um referencial fundamental para as ações em saúde mental.

Assim, em 1999, o relatório do Surgeon General sobre saúde mental (General, U. S., 1999) vai dizer que “(...) todos os serviços devem ser orientados para os consumidores (usuários) e focados na promoção de *recovery* (...)” e que “(...) os objetivos dos serviços não devem se limitar à redução de sintomas, mas empenhar-se pela restauração de uma vida produtiva e de significado”.

Da mesma forma, no relatório da comissão presidencial especial em saúde mental, em 2003, uma série de novas propostas de ações e serviços foi apresentada para se atingir a promessa de viver na comunidade para todos. O objetivo proposto foi de se transformar o sistema de cuidado. *Recovery* foi definido neste relatório como o processo em que pessoas são capazes de viver, trabalhar, aprender e participar plenamente das suas comunidades. Para atingir o objetivo proposto, além do acesso a um sistema de saúde capaz de trabalhar nesta direção proposta, a importância de se ter oportunidade de trabalho e moradia também foram destacados. A comissão que elaborou o relatório constatou a necessidade de se aumentar as oportunidades para que usuários e seus familiares possam partilhar seu conhecimento, habilidades e experiências de *recovery*. Para essa comissão, serviços e suportes orientados por *recovery* são frequentemente providos com sucesso por usuários, através de organizações dirigidas por usuários e com usuários como trabalhadores em uma

variedade de espaços como suporte de pares e programas de reabilitação psicossocial (HOGAN, 2003).

A consequência da incorporação do *recovery* como um objetivo das ações de governo na saúde mental permitiu a criação de novos serviços como suporte ao emprego e suporte à educação, a contratação de serviços privados sem fins lucrativos, muitos dos quais gerenciados por pessoas com história de transtorno mental, para prover diversos serviços caracterizados como promoção de reabilitação psicossocial. O trabalho de suporte de pares, onde a experiência de vida pessoal com um transtorno mental grave é condição para o exercício desta função, é uma profissão regulamentada na quase totalidade dos estados, nos Estados Unidos.

6 A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, RECOVERY E O PLANO DE AÇÃO EM SAÚDE MENTAL 2013 - 2020

Seguindo a experiência de diversos países, a Organização Mundial de Saúde (OMS) também tem proposto políticas orientadas pelo *recovery*. Isso fica bastante evidente no recente “Plano de Ação em Saúde Mental 2013 – 2020”. Este plano foi construído a partir de uma resolução da 65ª Assembleia Mundial de Saúde, em 2012, onde ficou estabelecida a necessidade de uma ação coordenada e compreensiva como resposta dos diversos setores da saúde e da sociedade, ao nível de país, para o peso imposto pelos transtornos mentais no mundo. Esta assembleia requisitou, então, o desenvolvimento de um plano compreensivo de saúde mental, em consulta com os países membros, que pudesse cobrir serviços, políticas, legislação, estratégias e programas.

A visão do plano de ação é um mundo em que a “(...) saúde mental é valorizada, promovida e protegida, (...) e que pessoas afetadas com estes transtornos são capazes de exercitar a plenitude dos direitos humanos e de acessar (...) cuidado social e de saúde de maneira oportuna para promover *recovery*, para atingir o nível mais alto de saúde possível e participar plenamente na sociedade e no trabalho, livre de estigma e discriminação” (World Health Organization, 2013). Para tanto, explicita: “Seu objetivo geral é promover bem-estar mental, prevenir transtornos mentais, prover cuidado, intensificar *recovery*, promover direitos humanos e reduzir a mortalidade, a morbidade e a desabilidade de pessoas com transtornos mentais.” (*Ibidem*).

Ao longo do plano de ação é possível localizar diversas referências ao *recovery* como uma estratégia de ação para avançar o cuidado em saúde mental nos diversos países membros. É possível também localizar diversas referências à desabilidade de pessoas com transtornos mentais.

No primeiro objetivo do plano de ação, intitulado “Para fortalecer liderança e governabilidade para saúde mental”, nas ações para parceiros nacionais e internacionais, é proposto o “suporte a oportunidades para troca entre países de efetivas estratégias políticas, legislativas e de intervenção que, entre outras, promovam *recovery*”. (*Ibidem*).

No segundo objetivo do plano de ação, intitulado “Para prover serviços de cuidado social e de saúde mental de base comunitária que sejam compreensivos, integrados e responsivos”, entre outros pontos, é afirmado que a “distribuição de serviços de base comunitária para saúde mental precisa abarcar uma abordagem baseada em *recovery* que coloca a ênfase no suporte a indivíduos com transtornos mentais e desabilidades psicossociais para alcançar seus objetivos e aspirações próprios.” E continua: “Os requisitos essenciais destes serviços incluem: trabalhar com as pessoas como parceiros iguais no seu cuidado; oferta de opções de tratamento e terapia, e em termos de quem promove o cuidado; e o uso de pares como trabalhadores e suporte [suporte de pares], que promovem encorajamento e um senso de pertencimento entre eles, além do seu expertise.” (*Ibidem*).

Neste mesmo objetivo, em relação a ações propostas para os estados membros, o subtítulo “Cuidado integrado e responsivo” fala da necessidade de facilitar o *recovery* de pessoas de todas as idades com transtornos mentais, incluindo a promoção do direito ao trabalho, casa e educação. (*Ibidem*).

7 RECOVERY E O MODELO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DO BRASIL

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, nos últimos 30 anos, produziu avanços na qualidade e no acesso ao cuidado de pessoas com transtornos mentais que são impressionantes (ONOCKO-CAMPOS, *et al*, 2013; COSTA, 2016). Uma rede de atenção psicossocial robusta e efetiva foi construída e consolidada. Entretanto, desafios importantes ainda se colocam. Entre estes desafios está o cuidado centrado no querer e no desejo da pessoa com transtorno mental. Outro desafio é o avanço em direção a uma sociedade que verdadeiramente inclua estas pessoas, independente da intensidade dos sintomas que elas apresentam. Estes desafios podem ser percebidos dentro e fora dos serviços que compõem a

rede de atenção psicossocial do Brasil. Dentro dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, Bezerra (2007) e Onocko-Campos, *et al* (2013) apontam para o domínio do modelo médico-biológico de cuidado, centrado no diagnóstico e na negatização dos sintomas, como um obstáculo a ser superado. Para Onocko-Campos, *et al*, 2013 “no tangente aos tratamentos, na forma como são oferecidos, a prática ainda não superou o modelo biomédico prevalente. Além disso, subsistem, nesses serviços, espaços de controle, de dominação e estigmatização, onde os direitos dos usuários são inibidos ou aceitos com cautela”.

A consequência dentro dos serviços é o recurso, muitas vezes banalizado, de dispositivos desenvolvidos dentro dos hospitais psiquiátricos como o tratamento compulsório, contenção física e paternalismo, reforçando uma cultura de diferenciação entre nós e eles, trabalhadores de um lado completamente não identificados com as necessidades e demandas dos usuários, que ocupam o outro lado. A sobrevalorização do diagnóstico e dos sintomas são uma manifestação desta cultura. O resultado pode ser o estigma, a desmoralização e a cronificação, com consequências devastadoras para o usuário.

A falta de políticas robustas de moradia, geração de renda e trabalho que buscam a autonomia e a valorização da capacidade da pessoa que manifesta um transtorno mental também ajudam a dificultar uma vida de qualidade na comunidade e o usuário se vê, muitas vezes, obrigado a aceitar a designação de inválido por motivo de doença para receber um benefício que é incapaz de prover o mínimo necessário para uma vida digna e independente. Migalhas e exclusão social. As barreiras de acesso ao serviço também devem ser consideradas na construção de estratégias de acessibilidade. Dificuldade de acesso a transporte, a uma moradia estável, falta de recursos financeiros e medo das consequências que o tratamento pode ter sobre a vida são algumas destas barreiras a serem superadas (BELLAMY, *et al*, 2016).

Uma possível prática sustentada pela OMS e que poderia significar um avanço no enfrentamento dos diversos desafios que ainda se colocam diante da rede de serviços substitutivos do Brasil é a incorporação do trabalhador suporte de par. Ao longo dos últimos 20 anos a prática de suporte de par cresceu exponencialmente ao redor do mundo (DAVIDSON, *et al*, 2012). A literatura sugere que a experiência de suporte de pares pode trazer três contribuições que não podem ser providas pelos outros trabalhadores: 1) ao compartilhar a própria experiência com o usuário, é possível aumentar o sentimento de

esperança o usuário de uma boa solução para o seu conflito; 2) O suporte de par pode trazer a sua própria experiência na construção de saídas para o usuário em relação aos seus problemas, especialmente na negociação diária dos conflitos que podem estar impedindo a sua resolução, tais como lidar com problemas relacionados com a gestão do transtorno mental, das atividades diárias, moradia, problemas financeiros ou como lidar com a discriminação sofrida e na negociação diária com o próprio serviço; e 3) o suporte de par é capaz de estabelecer uma relação de empatia com o usuário em um nível diferente e com um grau maior de proximidade, o que é de grande valor no planejamento das possíveis soluções para os impasses.

Bezerra (2007) aponta para a posição especial que os agentes comunitários podem ocupar entre o campo médico e a vida social, entre o discurso competente e a sabedoria popular. Um passo adiante nesta direção, tido como uma política pública de sucesso construída dentro do movimento *recovery*, experimentada em diversos países e proposta também pela OMS é a justamente os suportes de pares. Um outro desafio apontado pelo autor é a “sustentação de uma prática de cuidado que se constitua como um exercício de transformação para todos os envolvidos.” A implementação de suporte de pares nos serviços é um complexo trabalho capaz de trazer mudança cultural significativa nas instituições onde este serviço é implementado (DAVIDSON, *et al*, 2012). Poderia ser este um próximo avanço para a Reforma Psiquiátrica do Brasil?

REFERÊNCIAS

Americans With Disabilities Act of 1990, Pub. L. No. 101-336, 104 Stat. 328, 1990.

BELLAMY, C. D., H. FLANAGAN, E., COSTA, M., O'CONNELL B, M., TAN LE, T., GUY, K. & STEINER, J. L. (2016). Barriers and facilitators of healthcare for people with mental illness: why integrated patient centered healthcare is necessary. *Issues in mental health nursing*, 37(6), 421-428.

BEZERRA Jr, B. (2007). Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(2), 243-250.

CHAMBERLIN, J. *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system*. New York: Hawthorn Books, 1978. 236 p.

- CHAMBERLIN, J. (1990). The ex-patients' movement: Where we've been and where we're going. *The Journal of Mind and Behavior*, 323-336.
- COSTA, M. (2016). Stakeholder involvement in forensic psychiatry: The Brazilian experience. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 44(1), 2.
- DAVIDSON, L. (2016). The recovery movement: Implications for mental health care and enabling people to participate fully in life. *Health Affairs*, 35(6), 1091-1097.
- DAVIDSON, L., BELLAMY, C., GUY, K., & MILLER, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11(2), 123-128.
- DAVIDSON, L., & ROWE, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4), 459-470.
- DAVIDSON, L., & STRAUSS, J. S. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *The British Journal of Medical Psychology*, 65 (Pt 2), 131.
- DAVIDSON, L., O'CONNELL, M. J., TONDORA, J., LAWLESS, M., & EVANS, A. C. (2005). Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle?. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480.
- DUMONT, M. P., & DUMONT, D. M. (2008). Deinstitutionalization in the United States and Italy: a historical survey. *International Journal of Mental Health*, 37(4), 61-70.
- FRESE, F. J., KNIGHT, E. L., & SAKS, E. (2009). Recovery from schizophrenia: With views of psychiatrists, psychologists, and others diagnosed with this disorder. *Schizophrenia bulletin*, 35(2), 370-380.
- GENERAL, U. S. (1999). Mental health: A report of the surgeon general. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. *Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health*.
- HARDING, C. M., BROOKS, G. W., ASHIKAGA, T., STRAUSS, J. S., & BREIER, A. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I:

Methodology, study sample, and overall status 32 years later. *American Journal of Psychiatry*, 144(6), 718-726.

HOGAN, M. F. (2003). The President's New Freedom Commission on Mental Health: Transforming Mental Health Care. *Cap. UL Rev.*, 32, 907.

LEFF, J., SARTORIUS, N., JABLENSKY, A., KORTEN, A., & ERNBERG, G. (1992). The International Pilot Study of Schizophrenia: five-year follow-up findings. *Psychological medicine*, 22(01), 131-145.

ONOCKO-CAMPOS, R. T., PASSOS, E., PALOMBINI, A. L.; SANTOS, D. V. D., STEFANNELO, S., GONÇALVES, L. L. M., MAGGI, P. M., BORGES, L. R. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, p. 2889-2898, 2013.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA) (2006). *National consensus statement on mental health recovery*. Disponível em: www.samhsa.gov. Acesso em 01 de março de 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services.

https://doi.org/http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1