

RECOVERY E EXPERIÊNCIA BRASILEIRA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DIÁLOGOS E APROXIMAÇÕES

Recovery and the Brazilian Experience in Psychosocial Care: Dialogues and Approaches

Aparecida Rosângela Silveira¹
Ana Paula de Souza Almeida²
Cláudio Luís de Souza³
Thalita Emily Cezário Prates⁴
Marcella Oliveira Rabelo⁵
Cristina Andrade Sampaio⁶
Juliano Arruda Silveira⁷

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

RESUMO: Este artigo faz uma discussão sobre as possibilidades de aproximação entre sistemas de saúde e *Recovery*, com ênfase na atenção psicossocial que constitui o paradigma da atual política de atenção à saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil. Tem por objetivo a construção do diálogo entre a experiência brasileira da reforma psiquiátrica e as práticas de *Recovery*. Faz uma breve análise das bases teóricas, história, estratégias de cuidado desenvolvidas e conjuntura atual da atenção psicossocial no país, destacando seus avanços, impasses e desafios, principalmente, na construção da autonomia das pessoas em sofrimento psíquico e na sua inserção social. Em seguida, apresenta as práticas pautadas pelo *Recovery*, para, finalmente, estabelecer um diálogo sobre essas práticas, sistemas de saúde e experiência brasileira. Os autores concluem que *Recovery* e atenção psicossocial apresentam princípios em comum, como as noções de território e cidadania ativa, e que as práticas de *Recovery*, no caso brasileiro, poderão produzir inovações no cuidado que aprofundem e aprimorem processos clínicos, que

¹ Aparecida Rosângela Silveira, professora do Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Montes Claros

² Ana Paula de Souza Almeida, residente do Programa de Residência Multiprofissional de Saúde Mental da Universidade Estadual de Montes Claros

³ Cláudio Luís de Souza Santos, residente do Programa de Residência Multiprofissional de Saúde Mental da Universidade Estadual de Montes Claros

⁴ Thalita Emily Cezário Prates, acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros

⁵ Marcella Oliveira Rabelo, acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros

⁶ Cristina Andrade Sampaio, professora do Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Montes Claros

⁷ Juliano Arruda Silveira, professor do Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Montes Claros

potencializem o papel da atenção primária de saúde no campo da saúde mental e que possibilitem a criação de legislações e políticas em direção à conquista da cidadania e da autonomia das pessoas em sofrimento psíquico, valorizando suas experiências, narrativas e modos de ser e estar no mundo.

Palavras-chave: *Recovery*. Restabelecimento. Sofrimento Psíquico. Atenção Psicossocial. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT: This article discusses the possibilities of approaching the systems of health and Recovery with emphasis on the psychosocial care that is the paradigm of the current policy of attention to mental health, alcohol and other drugs in Brazil. It aims to contribute to the dialogue construction between the Brazilian experience of psychiatric reform and the practices of Recovery. It briefly analyzes the theoretical bases, history, developed care strategies and current conjuncture of psychosocial care in the country, highlighting its advances, impasses and challenges mainly in the construction of people's autonomy in psychic suffering and in their social insertion. Then, it presents the practices of Recovery to finally establish a dialogue on these practices, health systems and Brazilian experience. The authors conclude that Recovery and psychosocial care present principles in common such as notions of territory and active citizenship and that Recovery practices in the Brazilian case may produce innovations in care that deepen and improve clinical processes that enhance the role of primary health care in the field of mental health. They also enable the creation of laws and policies towards the achievement of citizenship and autonomy of people in psychological distress, valuing their experiences, narratives and ways of being and being in the world.

Keywords: Recovery. Restoration. Psychic Suffering. Psychosocial Care. Psychiatric Reform.

1 INTRODUÇÃO

As últimas décadas foram marcadas pelas experiências de reformulação do campo da saúde mental. Em vários países é possível perceber a presença de movimentos sociais, conquista de direitos e políticas públicas em direção à construção de formas mais dignas de saúde e de vida voltadas para as pessoas em sofrimento psíquico e em uso prejudicial de álcool e outras drogas.

No Brasil, nessa mesma direção, o movimento social, fortemente ancorado pela redemocratização do país e pela reformulação da assistência à saúde, impulsionou os caminhos para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, inspirado no modelo basagliano de reforma psiquiátrica. Esse movimento culminou na emergência de uma comunidade

política com envolvimento de profissionais, acadêmicos, ativistas de movimentos sociais, usuários e familiares, e tornou-se a condição necessária para que se imprimisse a reversão do modelo assistencial asilar hegemônico no país, pautado no isolamento, tutela, equipes assistenciais hierarquizadas, hospitalização e valorização do transtorno mental em detrimento da pessoa em sofrimento psíquico.

Como destaca Amarante (2007), com o movimento de reforma psiquiátrica iniciou-se um processo social complexo no país, envolvendo a necessidade de construção teórico-conceitual, inovações técnico-assistenciais, avanços jurídico-políticos e intervenções socioculturais, envolvendo conflitos de interesses e o desafio da superação de estigmas na sociedade.

Uma transição paradigmática deu-se início com a incorporação do modelo de atenção psicossocial. Nesse modelo, verifica-se um deslocamento fundamental sobre a noção de sujeito, o papel das instituições e dos contextos sociais na emergência e convivência com a loucura e o sofrimento psíquico, que passam a ser valorizados como partes da existência do sujeito, designando seu modo de ser no mundo e o seu lugar sociocultural (COSTA-ROSA, 2006).

Assim, a atenção psicossocial de base territorial tornou-se gradativamente uma realidade para muitos municípios na organização de redes assistenciais à saúde mental no país. Sendo seus principais norteadores o cuidado em liberdade, a produção de saúde, o movimento pela cidadania, a singularização dos sujeitos e do cuidado, o trabalho em equipes horizontalizadas, a desospitalização e construção de espaços de socialização. Progressivamente estes norteadores foram sendo incorporados nos discursos, na política, nas práticas de trabalhadores e nas relações destes com usuários, familiares, gestores e sociedade (COSTA-ROSA, 2006).

No plano internacional, a conferência de Caracas (OMS, 1990), ao convocar os países latino-americanos e do Caribe a reestruturarem a atenção à saúde mental, tornou-se propulsora para que o país estabelecesse a perspectiva da construção de uma rede de base territorial, aproximando os cuidados às necessidades das populações. O desafio consistiu em romper com a centralidade da atenção hospitalar que concentrava mais de 90% dos recursos financeiros, físicos e humanos da saúde mental pública até o início dos anos 90 (GONÇALVES; VIEIRA; DELGADO, 2012), e progressivamente em substituí-lo pela implantação de serviços especializados na comunidade, os Centros de Atenção

Psicossocial (CAPS). Esta estratégia adotada consolidou-se e rompeu com a centralidade do modelo asilar, até então vigente no país. Contudo, ainda não foram suficientes as iniciativas para superação do modelo anterior.

Isso pode ser observado na política de atenção a usuários de álcool e outras drogas no país, pela coexistência de modelos de atenção e formas de financiamento divergentes, permitindo que práticas de cuidado pautadas no isolamento, convivam com o cuidado em liberdade preconizado pelo paradigma da atenção psicossocial (FERRAZ *et al.*, 2013; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2010). A existência de dois modelos alternativos e contraditórios de atuação no campo da saúde mental no país, com perspectivas de cuidados diferentes, é destacada por Costa-Rosa, (2006) por estarem assentados em parâmetros basilares diferentes.

Verificou-se uma expansão dos CAPS em todo o território nacional, sendo hoje 2.209 unidades distribuídas em todas as regiões do país (BRASIL, 2016). Verificou-se também a ampliação da rede de serviços com a oferta de novos dispositivos assistenciais e de desinstitucionalização e de inclusão social. O processo de constituição da nova rede ganhou reforçadores com a introdução de uma legislação em 2013, que ampliou a política de financiamento, incentivando os municípios a criarem suas Redes de Atenção Psicossocial (RAPS). Observou-se um descentramento da rede de serviços dos grandes centros, e os pequenos municípios passam a pactuar cuidados especializados com outros municípios, potencializando a oferta de cuidados (BRASIL, 2013).

Em uma ação induzida por organismos internacionais, os anos 2000 foram cenário da expansão da Atenção Primária à Saúde no país, o que estabeleceu a possibilidade de ampliação do cuidado em articulação com os CAPS e demais dispositivos territoriais, tendo na Estratégia de Saúde da Família a porta de entrada para o sistema de saúde, levando à integração da saúde mental.

Apesar disto, o atributo da coordenação do cuidado à atenção primária à saúde, em relação à saúde mental só se estabelece, na maioria das vezes, quando inexistem serviços especializados no município. A desconstrução da concepção de que os cuidados a serem desenvolvidos às pessoas em sofrimento psíquico só podem ser coordenados por especialista da área de saúde mental, é tarefa que envolve a formação e a educação permanente de profissionais e a gestão do cuidado.

Por sua vez, os mecanismos participativos experimentaram, principalmente, por meio da realização de conferências de saúde mental, uma efervescência no debate sobre o tema em municípios, estados e no país, construindo uma agenda pela cidadania das pessoas em sofrimento psíquico. No entanto, alguns estudos apontam que, nos últimos anos, os processos de tomada de decisões em políticas públicas se afastaram desses fóruns participativos (STRALEN *et al.*, 2006). Na área específica da saúde mental há trabalhos que apontam uma maior presença de trabalhadores em detrimento à participação de usuários e familiares nesses contextos (SILVEIRA, BRANTES, STRALEN, 2014).

Há o reconhecimento de que as práticas de saúde mental desenvolvidas no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, na perspectiva da atenção psicossocial, aprofundaram o cuidado territorializado, assegurando e ampliando o acesso ao tratamento para os usuários com transtornos psíquicos graves e persistentes, com incentivos para a organização de usuários e familiares e seu empoderamento.

Cabe destacar, também, que o processo de reabilitação das pessoas em sofrimento psíquico, experimentou avanços na experiência brasileira de reforma psiquiátrica. Esse processo de reabilitação, entendido como busca pelo exercício pleno da cidadania e da contratualidade social, tem sido valorizado no cotidiano dos serviços e movimentos sociais (SARACENO, 2001; PITTA, 2001). Iniciativas voltadas para a produção de programas e serviços para facilitar a vida das pessoas com problemas severos e persistentes estão presentes no cenário brasileiro (PITTA, 2001).

Contudo, após algumas décadas de construção e consolidação dos novos serviços de base territorial, há indícios que pouco se avançou na construção da autonomia de usuários e na sua inserção social. As iniciativas de inclusão no trabalho, na arte e na cultura ainda permanecem localizadas em grandes centros e regiões metropolitanas. Os serviços pouco avançaram na promoção da autonomia de usuários em direção à condução de suas próprias vidas de forma independente, seja no contexto familiar ou no grupo social ampliado. Soma-se, ainda, a inexistência de políticas específicas de ingresso no trabalho para esse grupo populacional, assim como uma cultura de projetos voltados para a geração de renda.

O caro princípio da reabilitação psicossocial ainda se encontra incipiente em suas diversas modalidades, estando os serviços extremamente voltados para tratamentos com foco nas categorias psiquiátricas e sua estabilização.

Diante deste contexto coloca-se o desafio da construção de práticas inovadoras rumo à autonomia e protagonismo de usuários. Nesse sentido, o movimento do *Recovery* apresenta-se como uma das possibilidades de fazer avançar a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

2 DIÁLOGOS COM O RECOVERY

Em diversos países, observa-se que as pessoas em sofrimento psíquico vivenciam prejuízos significativos em sua vida cotidiana, com a presença de forte estigma na sociedade, empobrecimento, perda de emprego e isolamento social, agravados pela falta de um papel social definido, do senso de si e do sentido da sua própria vida (DAVIDSON *et al.*, 2009).

Diante desse quadro, o *Recovery* nasce por iniciativa dos próprios usuários em busca de seu restabelecimento, envolvendo autonomia e protagonismo e se consolida como uma possibilidade de fazer avançar os cuidados em saúde (ANÁSTACIO; FURTADO, 2012).

A utilização da palavra *Recovery* deu-se no início da década de 70 e instituiu-se internacionalmente nos anos 80, nos EUA, a partir da análise do modelo kraepeliano, que focava a “doença mental” como algo irreversível e de conseqüente deterioração. O movimento dos usuários dos serviços de saúde mental, diante dessa conjuntura, apresenta o *Recovery* como um modelo mais otimista de delegação de poder pessoal, consolidando, assim, um conjunto de características processuais que os faziam sentir readquirindo os rumos de sua própria vida, após o diagnóstico de portador de transtorno mental grave (LOPES, 2011; OLIVEIRA PRETO BACCARI, CAMPOS ONOCKO, STEFANELLO, 2015).

A tradução da palavra *Recovery* para o português permanece em questão, não existindo um consenso na literatura, que ora o apresenta como restabelecimento, ora como retomada ou recuperação.

Neste contexto, *Recovery* se expressa por não ter a vida restringida a tratamentos terapêuticos, é conviver com o sofrimento mental, ou seja, não significa remissão dos sintomas, uma vez que o sofrimento é uma parte da vida das pessoas. (DAVIDSON; STRAUSS, 1995). Não traz, portanto, a ideia de cura no sentido de eliminação do transtorno mental, mas está relacionado a um novo modo de vida, uma experiência singular de retomada da esperança, de confiança pessoal, de participação na vida comunitária e de controle de sua própria vida (ANTHONY, 1993).

O *Recovery* é um processo prolongado e delicado; não exclui o processo de adoecimento, mas modifica a experiência do sofrimento dando-lhe novas significações. Há mudança no significado que a experiência de adoecimento tem na vida da pessoa em sofrimento psíquico, uma vez que o foco deixa de estar no sofrimento psíquico e move-se para outros interesses. O conceito vai, deste modo, além do desaparecimento de sintomas, mas fundamentado no restabelecimento da esperança e da recuperação da vida devido às perdas com o transtorno mental e a busca por novos sentidos. Trata-se de uma experiência que depende essencialmente da condição subjetiva, em que a pessoa em sofrimento psíquico possa se reconhecer inventor de seus caminhos (OLIVEIRA PRETO BACCARI; ONOCKO CAMPOS, STEFANELLO, 2015).

Por sua vez, *in Recovery* que expressa “em processo de restabelecimento”, seja em relação ao sofrimento psíquico, seja em relação ao uso abusivo de drogas, torna-se fundamental na perspectiva da retomada da vida. A participação das pessoas em sofrimento psíquico, familiares e cuidadores nos processos envolvidos é fundamental para tornar a vida melhor e mais digna, seja no tratamento, seja nas escolhas pessoais.

O tema do *Recovery*, atualmente, faz parte dos debates acadêmicos e da sociedade, buscando promover uma reflexão sobre as formas de vida das pessoas em sofrimento psíquico e da necessidade de superação das vulnerabilidades. Busca ainda, garantia de recursos, oportunidades e suportes, apesar da permanência do sofrimento (DAVIDSON *et al.*, 2009).

Em grande parte dos artigos produzidos sobre essa temática, o termo tem sido abordado como *um estado de recuperação ou restabelecimento de funções psíquicas, físicas e sociais no funcionamento cotidiano* (OLIVEIRA PRETO BACCARI; ONOCKO CAMPOS, STEFANELLO, 2015, p. 126), envolvendo autorreflexão, sentimentos, estreitamento de laços sociais e inclui um projeto de cidadania, conectando direitos,

responsabilidades, redes de suporte social e uma vida associativa na comunidade (ROWE; PELLETIER, 2012).

No Brasil, os estudos e as pesquisas sobre esse campo são recentes. São difundidas as experiências pessoais e as iniciativas de apoio aos processos de restabelecimento. Em uma revisão sistemática da literatura que realizamos no mês de outubro de 2016 com os termos “*Recovery*” AND “Restabelecimento”, identificamos 122 artigos. Destes, 6 artigos eram publicações de pesquisas feitas no Brasil, o que demonstra que estudos sobre esse tema são escassos no país (OLIVEIRA PRETO BACCARI; ONOCKO CAMPOS, STEFANELLO, 2015; LOPES *et al*, 2012; MONTANHER, LEAL, 2013; PRESOTTO *et al.*, 2013; SERPA JUNIOR *et al.*, 2014; ZANELLO, SOUSA, 2009).

Os poucos artigos produzidos estão concentrados na última década. Contudo, há um interesse crescente pelo tema e reconhecida a sua relevância para avançar o processo de reformulação do sistema nacional de atenção às pessoas em sofrimento psíquico e em uso prejudicial de álcool e outras drogas, pautado no paradigma da atenção psicossocial. Uma importante manifestação desse interesse verificou-se na grande adesão de profissionais, pesquisadores e usuários ao Colóquio Internacional sobre *Recovery* realizado em maio de 2016, em São Paulo, pelo Conselho Federal de Psicologia em parceria com instituições nacionais e internacionais (CFP, 2016).

3 PRÁTICAS E ESTRATÉGIAS DE RECOVERY E SISTEMAS DE SAÚDE

A literatura atual discorre sobre três pressupostos do *Recovery*. Ele pode ocorrer naturalmente, independente de tratamento; pode ocorrer com ajuda de intervenção adequada e, por fim, recupera a dimensão de esperança, modificando a percepção das representações acerca das doenças mentais (OLIVEIRA PRETO BACCARI; ONOCKO CAMPOS, STEFANELLO, 2015, p. 126).

Os diversos níveis de práticas e estratégias de restabelecimento em saúde mental apontam para o cuidado de si, a ajuda mútua, o suporte mútuo, a transformação da cultura difusa em relação ao transtorno mental na sociedade, a defesa de direitos, a militância social e política, e o uso de narrativas pessoais de experiência de vida em primeira pessoa (VASCONCELOS, 2013, p. 2827; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b; BRASIL, 2014c).

Há um consenso de que a melhor maneira de se compreender tal processo é começando pelas narrativas das pessoas sobre seu processo de restabelecimento. Mezzina (2014) ressalta que na medida em que a palavra retorna à pessoa que vivencia a experiência, ela a define em termos diferentes das categorizações psiquiátricas.

Partindo e dando ênfase às experiências das pessoas e suas narrativas, as práticas pautadas pelo *Recovery* buscam construir estratégias que podem melhorar as condições de vida das pessoas, independente de tratamento ou de um quadro já estabilizado.

Sistemas e programas de saúde pautados na concepção do *Recovery* são orientados para o indivíduo, convocando sua autodeterminação, permitindo que ele faça escolhas no seu processo de tratamento. Sendo assim, os objetivos e os resultados pretendidos farão parte do seu processo de restabelecimento, inclusive o momento para se ingressar ou deixar os serviços (FARKAS *et al*, 2005).

Uma prática orientada por esta perspectiva pode promover transformações na clínica e na reabilitação de pessoas com sofrimento psíquico envolvendo as próprias pessoas, os sistemas de saúde, equipes de serviços, familiares e comunidade.

Neste sentido, busca-se promover oportunidades de participação em todos os aspectos da vida social, bem como oferecer benefícios, serviços e suporte que possam contribuir para a capacitação das pessoas para uma plena vida em comunidade (DAVIDSON *et al.*, 2009). Em consequência, aprofunda as possibilidades de inserção nos movimentos social e político, rumo à construção de uma cidadania ativa.

Na perspectiva do *Recovery*, os serviços, além de atuarem com um "papel terapêutico", podem proceder como uma espécie de facilitador, reconhecendo as singularidades das pessoas e suas expectativas, ingredientes fundamentais para que elas possam fazer as melhores escolhas em seu processo de restabelecimento (MEZZINA, 2014).

O processo de *Recovery* pressupõe os direitos civis, movimentos de vida independente e a noção de restabelecimento integral oriundo de formas de ajuda comunitária, para além dos serviços. Estar "em restabelecimento" é o oposto de "estar restabelecendo de" (DAVIDSON *et al*, 2009). Tal perspectiva promove a valorização da pessoa e sua experiência, destacando-a como agente ativo no processo.

Finalmente, há que se destacar que as práticas do *Recovery* estão associadas à vida em comunidade. O território existencial, enquanto rede de relações e convivência e formas de ocupação do espaço, em sua potência, ganha maior estatuto por constituir a condição necessária para que as práticas de *Recovery* possam ser desenvolvidas. A noção de território é compartilhada pela atenção primária à saúde, pela atenção psicossocial e pelas práticas do *Recovery*. Tal perspectiva fortalece a integração dos cuidados de saúde mental na atenção primária, tendo como referência a integralidade das pessoas e das ações de saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O paradigma do *Recovery* convida, portanto, a uma mudança nos serviços de saúde mental, na medida em que implica na reestruturação do papel e das práticas dos profissionais e das organizações. Assim, esse paradigma estabelece um novo desafio para os serviços, uma vez que envolve a convicção de que a retomada da vida é possível, mesmo para aquelas pessoas que apresentam maiores vulnerabilidades.

As práticas de *Recovery* significam avanço para experiência brasileira de reforma psiquiátrica. Essas práticas constituem em novos reforços para a atenção psicossocial no país por potencializarem o reconhecimento do sofrimento psíquico como parte da existência da pessoa, que incluem o seu modo de ser no mundo e o seu lugar na família e na comunidade.

O *Recovery* poderá contribuir para uma reflexão e avanço em relação aos princípios da Atenção Psicossocial apresentados por Amarante (2007) em suas quatro dimensões.

Na dimensão jurídico-política, permite pensar a necessidade de uma legislação específica para inclusão no trabalho de pessoas em sofrimento psíquico, assim como a criação de políticas e programas para este fim.

Em relação à dimensão técnico-assistencial, poderá incluir novas formas de cuidado como o suporte entre pares, os grupos de ajuda mútua e os grupos autônomos de medicação. Tal perspectiva potencializa os projetos terapêuticos singulares construídos com as equipes de serviços rumo à inclusão das pessoas na busca por sua autonomia e vida na comunidade. Permite aprofundar a clínica, para além das categorias psiquiátricas, valorizando a experiência de adoecimento e a narrativa na perspectiva de

quem a vivencia. Permite, também, pensar no aprofundamento da noção de territorialidade e na valorização do cuidado compartilhado que reforça o papel da atenção primária na atenção à saúde mental.

Na perspectiva teórico-conceitual, o *Recovery* não se apresenta como um novo paradigma, mas sim, como uma inovação e radicalização das práticas existentes rumo à conquista da cidadania e da autonomia do usuário. Representa, também, um convite à produção acadêmica de estudos e pesquisas no país sobre o tema, valorizando a experiência brasileira, com sua divulgação junto à sociedade.

Na dimensão sociocultural, além do desenvolvimento de estratégias de fortalecimento de movimentos de usuários, familiares e trabalhadores, as práticas do *Recovery* poderão enriquecer a inclusão das pessoas na vida em comunidade, rompendo preconceitos e estigmas. Essa perspectiva aproxima-se do princípio da reabilitação psicossocial que pressupõe três cenários: o habitat, a rede social e o trabalho (SARACENO, 2001), aprofundando o debate sobre a superação de preconceitos e estigmas presentes na sociedade.

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas tem hoje o desafio de consolidar o cuidado psicossocial no âmbito da Atenção Primária em Saúde. A inclusão das ações de saúde mental na atenção primária amplia a noção de integralidade do sujeito e o desenvolvimento de tecnologias de cuidado pautadas pelos princípios da responsabilização compartilhada, do vínculo, da integralidade do cuidado, da noção de territorialidade, da interdisciplinaridade, da articulação intersetorial e da habilitação social, comuns às duas áreas.

Finalmente, a inclusão das práticas e estratégias do *Recovery* poderá fortalecer o compromisso da Reforma Psiquiátrica Brasileira com a transformação social, aprofundando processos, formas de pensar e agir e valorizando as invenções para criação de outros modos possíveis de viver em comunidade.

REFERÊNCIAS

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

AMARANTE, P.; LIMA, R. (Coord.). *Loucos pela diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

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*, Florianópolis, 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. *Psychiatr Rehabil J.*, v.16, n.4, p.11-23, 1993.

BRASIL. *Cartilha simplificada ajuda e suporte mútuos em Saúde Mental: Para Participantes de grupos*. Coordenação de Eduardo Mourão Vasconcelos. Rio De Janeiro. Escola do Serviço Social da UFRJ e Fundação Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. 2014a.

BRASIL. *Manual ajuda e suporte mútuos em Saúde Mental: Para Participantes de grupos*. Coordenação de Eduardo Mourão Vasconcelos. Rio De Janeiro. Escola do Serviço Social da UFRJ e Fundação Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. 2014b.

BRASIL. *Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas*. Coordenação de Eduardo Mourão Vasconcelos. Rio De Janeiro. Escola do Serviço Social da UFRJ e Fundação Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados 12*. Disponível em: <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/saude-mental/acervo/arquivos/saude-mental-em-dados-12/view>, acessado em 18 de novembro de 2016.

BRASIL. *Portaria GM/MS Nº 3.088*, de 23 de dezembro de 2011 – Republicada com correções em 21 de maio de 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *1º Colóquio Internacional em Recovery*. Disponível em <<http://site.cfp.org.br/pesquisadores-e-usuarios-debatem-saude-mental-cidadania-e-reconhecimento/> Acesso em 16 de novembro de 2016.

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

DAVIDSON, L. *et al. A practical guide to recovery-oriented practice*. New York: Oxford, 2009.

DAVIDSON, L.; STRAUSS, J. Beyond. The biopsychosocial model: Integrating disorder, health, and recovery. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. v.58, n.1, p.44-55, 1995.

DAVIDSON, L; RIDGWAY P; WIELAND M; O'Connell, M. A Capabilities Approach to Mental Health Transformation: A Conceptual Framework for the Recovery Era. *Canadian journal of community mental health*. v. 28, n.2, p.35-46, 2009.

FARKAS, M. *et al.* A implementação de programas orientados para o recovery: domínios cruciais. In: ORNELAS, J. *et al. Participação e Empowerment das pessoas com doença mental e seus familiares*. Lisboa: AEIPS, 2005. p.19-44. Disponível em:

<http://aeips.pt/novo2009/wp-content/uploads/2009/07/part_empower.pdf>. Acesso em: 3 nov., 2011.

FERRAZ, C. E. O. *et al.* Crack e internação compulsória no Brasil: intervenção do estado na autonomia dos usuários. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 50, p. 32-38, nov., 2013.

GONCALVES, R. W.; VIEIRA, F. S.; DELGADO, P. G. G. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 51-58, Feb. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 dez. 2016. Epub Dec 20, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000085>.

LOPES, T. S. *Experiências e narrativas de psiquiatras trabalhadores de serviços públicos de saúde mental sobre a prática de cuidado da esquizofrenia*. 2011. 153p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

LOPES, T.S. *et al.* O processo de restabelecimento na perspectiva de pessoas com diagnóstico de transtornos do espectro esquizofrênico e de psiquiatras na rede pública de atenção psicossocial. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 558-571, set., 2012.

MEZZINA, R. Subjectivity and institutions: from Franco Basaglia to recovery. 2014. Disponível em < <http://www.imhcn.org/wp-content/uploads/2015/02/From-Basaglia-to-recovery-paper-2.pdf>. Acesso em 12 dez., 2016.

MONTANHER, M.K.; LEAL, E.M. As redes sociais na perspectiva de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia em tratamento em um CAPS de Campinas e as implicações no recovery. *Rev Ter Ocup Univ.*, São Paulo, v.24, n.3, p.183-190, set./dez., 2013.

OLIVEIRA PRETO BACCARI, I.; ONOCKO CAMPOS, R.T.; STEFANELLO, S., Recovery: revisão sistemática de um conceito. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015, 20. Acesso em 14 de julho de 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63033062014>> ISSN 1413-8123

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/Organização Panamericana de Saúde. *Declaração de Caracas*. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). 1990 nov 14; Caracas, Venezuela. Caracas: OMS/OPAS; 1990.

PITTA, A.M. F. O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. M. F. (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. Cap. 2. p. 19-26.

PRESOTTO, R.F. *et al.* Experiências brasileiras sobre participação de usuários e familiares na pesquisa em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.18(10), p.2837(9), Out 2013.

ROWE, M; PELLETIER, J. F. CITIZENSHIP: A Response to the Marginalization of People with Mental Illnesses. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 12:366-381, 2012.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: Uma Estratégia para a Passagem do Milênio. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. cap. 1. p. 13-18.

SERPA JUNIOR, O. *et al* . Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário. *Physis*, Rio de Janeiro , v. 24, n. 4, p. 1053-1077, dez., 2014.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

STRALEN, C. J. *et al*. Conselhos de saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso. *Ciência & Saúde. Coletiva*, v. 11, n. 3, p.621-631, 2006.

VASCONCELOS, E. M. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 10, out, 2013.

ZANELLO, V.; SOUSA, G. “Mais música, menos Haldol”: uma experiência entre música, *Phármakon* e loucura. *Mental*, Barbacena, v. 7, n. 13. 2009.

SILVEIRA, A.R; BRANTE. A. R. S. D; STRALEN, C.J. Práticas discursivas na participação social em saúde mental *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 783-793, out./dez., 2014.