

**AS ABORDAGENS ANGLO-SAXÔNICAS DE EMPODERAMENTO E RECOVERY
(RECUPERAÇÃO, RESTABELECIMENTO) EM SAÚDE MENTAL I: UMA
APRESENTAÇÃO HISTÓRICA E CONCEITUAL PARA O LEITOR BRASILEIRO**

*Anglo-Saxon Approaches of Empowerment and Recovery in Mental Health I: a historical and
conceptual introduction to Brazilian readers*

Eduardo Mourão Vasconcelos¹

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

RESUMO: Este artigo constitui o primeiro de uma dupla, e visa fazer uma apresentação histórica e conceitual das abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e *recovery* (recuperação, restabelecimento) em saúde mental para o leitor brasileiro, na forma de revisão bibliográfica e de experiências, com elementos de participação em eventos dedicados ao tema, e algumas entrevistas e visitas a serviços de saúde mental realizadas em New Haven, Connecticut, EUA, em abril e maio de 2016. Buscar atingir estudantes, profissionais e professores universitários do campo da saúde mental, mas principalmente ativistas dos movimentos de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial. O trabalho apresenta as bases históricas, desde a emergência do movimento de usuários de saúde mental no norte da Europa e nos países anglo-saxônicos, a partir dos anos 1970, suas estratégias de empoderamento dos usuários, como elemento inspirador de políticas e abordagens de reabilitação psicossocial nestes países. Além disso, sistematiza os diferentes sentidos e dimensões do conceito e dos programas de *recovery*. Finalmente, propõe algumas recomendações para uma leitura mais criteriosa das referências que sustentam estas abordagens, tendo em vista o processo de reforma psiquiátrica no Brasil. No segundo artigo, o foco se centrará nos antecedentes similares e na difusão destas ideais no Brasil, para então tentar discutir criticamente as especificidades da realidade brasileira neste campo. O objetivo principal dos dois artigos é contribuir para a pluralização de nossas fontes de inspiração, inovações e debate crítico para o processo brasileiro de reforma psiquiátrica, a partir de componentes progressistas de experiências nos diversos países do mundo.

Palavras-chave: Empoderamento. *Recovery*. Saúde Mental. Reabilitação Psicossocial. Reforma Psiquiátrica

¹ Psicólogo, cientista político, PhD pela Universidade Londres, professor da UFRJ, e militante histórico do movimento antimanicomial no Brasil.

ABSTRACT: This article, the first of two, aims at providing a historical and conceptual introduction of the Anglo-Saxon approaches of empowerment and recovery in the mental health field to Brazilian readers, based on bibliographical revision and visits to services in New Haven, Connecticut, US, in April and May, 2016. They are directed to students, professionals and university lecturers concerned with the mental health field, but mainly to activists of the psychiatric reform and Anti-Asylum movements. The work presents initially the historical basis and the features of the mental health user movement in North European and Anglo-Saxon countries, from the 1970s, their users empowerment strategies, as inspiration elements for the psychosocial rehabilitation approaches in those countries. Moreover, it systematizes the different meanings and dimensions of the recovery concept and programs. Finally, it puts forward some recommendations for a most careful reading of those approaches' references, vis a vis the psychiatric reform process in Brazil. In the second article, the central focus will be similar antecedents and the diffusion of those ideas in Brazil, in order to discuss the specificities of the Brazilian reality in this field. The main objective of both articles is to contribute to widening our sources of inspiration, innovation and critical debate for the Brazilian process of psychiatric reform, from progressive components of experiences from the various countries of the world.

Keywords: Empowerment. Recovery. Mental health. Psychosocial rehabilitation. Psychiatric reform.

1 INTRODUÇÃO

O conceito inglês de *recovery* não é de fácil tradução em português. No Brasil, os autores vêm traduzindo-o por *recuperação* (adotado no presente texto), *restabelecimento*, ou às vezes, *fortalecimento*. A abordagem teve origem histórica no campo das doenças e deficiências físicas e do movimento de defesa dos direitos dos deficientes. Uma pessoa com uma deficiência contínua, ainda que mantenha integralmente sua limitação física ou sensorial, ou mesmo que os sintomas não tenham sido removidos, pode conquistar uma qualidade razoável de vida, plena de significados e ser ativa, dependendo muito mais do suporte que receba e de mudanças sociais, ambientais e culturais que lhe permita o acesso a direitos e serviços, a oportunidades educacionais, de trabalho, moradia, a se integrar na vida social, bem como de atividades de estímulo a seu *empowerment* (empoderamento), outro conceito importante a ser tratado aqui.

No campo da saúde mental, os movimentos de usuários, muito ativos a partir da década de 1970 nos países anglo-saxões, particularmente nos Estados Unidos, Canadá e

Inglaterra, foram se apropriando desta abordagem, como veremos a seguir. No campo das políticas de saúde mental, a abordagem foi objeto de inúmeras pesquisas e experiências, e foi adotada pela perspectiva anglo-saxônica da *reabilitação psicossocial*, que orienta a política de saúde mental daqueles três países desde a década de 1990, conquistando então o direcionamento central da política nacional. Assim, depois de três décadas de evidências em pesquisa, experimentação e implementação de programas, essa perspectiva anglo-saxônica de políticas e de um sistema de saúde mental orientado para a recuperação representa hoje um conjunto já fortemente sistematizado de indicações para fomentar políticas e projetos de saúde mental para os demais países do mundo.

O presente texto busca descrever o processo histórico de consolidação destas abordagens para o leitor brasileiro, indicando suas principais dimensões e características, e introduzir algumas recomendações para uma apropriação crítica destas ideias em nosso país, tendo em vista as nossas especificidades e preocupações sociais, culturais e políticas.

Para isso, o texto se fundamenta em uma revisão bibliográfica exploratória, cobrindo textos considerados chaves para o campo tanto no Brasil como nos Estados Unidos, bem como sistematizando vivências de participação em eventos dedicados ao tema, de entrevistas e visitas realizadas em New Haven, Connecticut, EUA, em abril e maio de 2016, período em que ocorreu o simpósio *Explorations in Equity, Justice, and Health Care - A Symposium of the International Recovery and Citizenship Council & Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services, the Yale Program for Recovery and Community Health*, nos dias 10 a 12 de maio daquele ano, e no qual participaram representantes da Alemanha, Austrália, Brasil, Canadá, Escócia, França e Nova Zelândia. O *Yale Program for Recovery and Community Health* representa, juntamente com o *Center for Psychiatric Rehabilitation*, da *Boston University*, os dois principais centros de pesquisa e sistematização da abordagem de *recovery* nos Estados Unidos. Logo após, o Conselho Federal de Psicologia organizou, em parceria com o *Yale Program for Recovery and Community Health*, o **1º Colóquio Internacional em “Recovery (Restabelecimento): Vivências e Práticas”** em São Paulo, nos dias 25-26 de maio de 2016. A publicação do presente número do Caderno Brasileiro de Saúde Mental sobre o tema do *recovery* constituiu uma das decisões resultantes deste colóquio. O evento precedeu em poucos dias o 5º Congresso Brasileiro de Saúde Mental, também realizado em São Paulo, no qual foram realizadas várias mesas e eventos dedicados ao tema.

O autor do presente texto também contribuiu para a organização deste colóquio em São Paulo, mas já vem participando de inúmeras iniciativas de intercâmbio e pesquisa com experiências inglesas e norte-americanas centradas nas ideias de empoderamento e recuperação, e vem fomentando projetos e publicando trabalhos sobre o tema no Brasil, que serão igualmente referenciados aqui.

2 O PROCESSO HISTÓRICO DE CONSTITUIÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS, IDEIAS E ABORDAGENS DE *EMPOWERMENT* (EMPODERAMENTO) E *RECOVERY* (RECUPERAÇÃO, RESTABELCIMENTO)

2.1 A Formação do Movimento de Usuários (também chamados de consumidores e sobreviventes da psiquiatria) em Saúde Mental nos Países Anglo-Saxônicos e do Norte da Europa, a partir da Década de 1970

Há um relativo consenso na literatura sobre a história internacional do movimento de usuários em saúde mental (WEINGARTEN, 2001; VASCONCELOS, 2000 e 2003) de que o movimento surgiu em iniciativas paralelas na década de 1970, nos Estados Unidos, Holanda, Japão e Suécia, se estendendo gradualmente para a Inglaterra, Canadá e demais países de língua inglesa (HAAFKENS, 1986; ROGERS E PILGRIM, 1991; LINDOW, 1999). Foi fortemente influenciado pelo surgimento prévio de vários outros movimentos sociais a partir da década de 1960, de direitos humanos e direitos civis, e particularmente dos movimentos de anti-psiquiatria (Inglaterra e EUA) e de defesa dos direitos das pessoas com deficiências (países escandinavos e EUA).

Os três principais termos utilizados para sua identidade (***service users* [usuários de serviços], *consumers* [consumidores] e *survivors of psychiatry* [sobreviventes da psiquiatria]**) representam na verdade e implicitamente, a proposição de **diferentes estratégias e arenas de lutas**, e pelas quais o próprio uso adequado de conceitos e termos constitui uma das estratégias discursivas de enfrentamento da discriminação e do estigma (VASCONCELOS, 2000). “Consumidores” está ligado a contextos de hegemonia de serviços privados de saúde e saúde mental, como nos Estados Unidos, em que a esfera do direito do consumidor se apresenta como principal arena de lutas e conquistas de direitos. “Usuários”, apesar de sua associação mais imediata e pejorativa no senso comum com os usuários de drogas, tem implícito o contexto de países com políticas hegemonicamente

públicas e estatais, como no Reino Unido, nos quais os direitos de cidadania e dos usuários do sistema de saúde constituem a principal arena de lutas. E finalmente, a interpelação de “sobreviventes da psiquiatria” visa denunciar e explorar a dimensão de vítimas de um sistema opressivo, a psiquiatria hospitalocêntrica e asilar, como também justificar os direitos sociais especiais a que os seus usuários têm direito.

É importante observar que no Brasil, além do contexto de políticas predominantemente estatais, com o SUS em formação, o termo “usuários” foi introduzido a partir de 1992, mais precisamente durante a II Conferência Nacional de Saúde Mental. Visou substituir o termo “paciente”, que induz implicitamente uma posição de passividade e ausência de poder diante dos profissionais e das instituições de saúde e saúde mental.

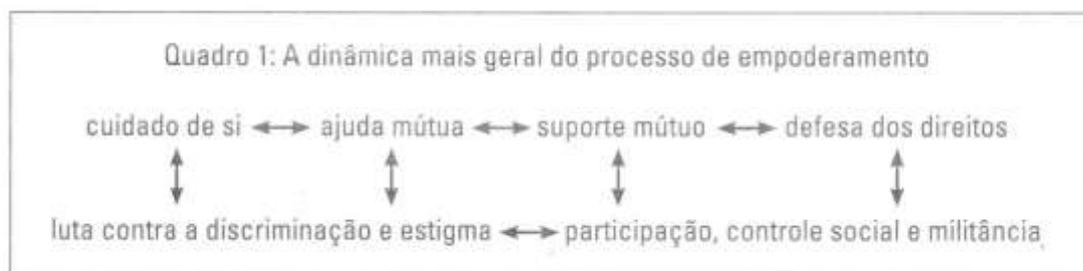
Nos países do norte da Europa, nos Estados Unidos e demais países anglo-saxões, a principal característica do movimento de usuários tem sido o empoderamento e a luta por autonomia dos usuários, de seus grupos de ajuda e suporte mútuos, de suas demais estratégias de lutas, bem como de serviços e outros dispositivos e projetos desenvolvidos por eles, de forma coerente com uma cultura em que a interpelação de autonomia pessoal é claramente hegemônica. Para a compreensão mais adequada desta característica, que é central para as abordagens de *recovery* (recuperação), é preciso explicitar primeiro o significado dos conceitos embutidos nas estratégias de empoderamento, a seguir.

2.2 Conceitos e Estratégias de Empoderamento de Usuários em Saúde Mental

Como primeira aproximação ao conceito de empoderamento, temos proposto a seguinte formulação geral: “*Aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social*” (VASCONCELOS, 2003: 55). Entretanto, em nossa visão, o conceito não possui estatuto teórico e ético-político próprio, pois constitui uma ‘*interpelação*’ polissêmica, similar à de *participação e humanização*, apropriável tanto para fins conservadores quanto emancipatórios, e que na história ocidental, desde a modernidade, foi utilizada em ambas as direções ².

² Assim, a interpelação de empoderamento, para ser apropriada para fins emancipatórios, exige: (a) reconhecer seu caráter polissêmico; (b) conhecer sua história anterior de apropriações conservadoras ou emancipatórias; (c) reconhecer que estas abordagens não são auto-suficientes, requerendo ancorá-las em princípios ético-políticos e teorização política, social, cultural e psicossocial crítica; (d) evitar transposições transnacionais ou transculturais mecânicas e automáticas de conceitos e estratégias oriundas de outros países, pois sua apropriação em cada contexto exige adaptações, revisões críticas, comparação com as experiências locais já existentes, experiências-piloto e sua avaliação etc.

Para concretizar esta preocupação, temos proposto uma sistematização balizada criticamente para a realidade brasileira, contemplando as seguintes estratégias de empoderamento desenvolvidas pelo movimento internacional de usuários no campo da saúde mental, conforme o Quadro 1, e devidamente discutidos em outros trabalhos (VASCONCELOS, 2003 e 2013a):



Como estratégias auxiliares às indicadas acima, devemos ainda indicar as *narrativas pessoais de vida com o transtorno*³, e o *plano e cartão de crise*⁴.

Para concluir esta seção, é importante dizer que as práticas do movimento de usuários e suas estratégias de empoderamento foram se consolidando nos Estados Unidos e em vários países anglo-saxões e do norte da Europa, constituindo uma dimensão histórica e dispositivos indispensáveis da reabilitação psicossocial em saúde mental, tema da próxima seção, e de *recovery* (WEINGARTEN, 2001; VASCONCELOS, 2003; LINHORST, 2006).

³ *Narrativas pessoais de vida com o transtorno mental*: estímulo para que usuários e familiares escrevam ou gravem depoimentos em primeira pessoa, contando a sua história pessoal de vida, crises, dificuldades, estratégias e conquistas durante o processo de tratamento e de recuperação. Visam integrar as experiências de uma pessoa, de expressar esta vivência a partir da perspectiva pessoal, social e política dos usuários ou familiares, e portanto, constituem uma ferramenta ao mesmo tempo existencial e política de expor as várias estratégias de empoderamento indicadas acima (KLEINMAN, 1988; SAKALIS, 2000; VASCONCELOS et al, 2005/6).

⁴ As *diretivas antecipadas* visam documentar previamente os desejos da pessoa acerca dos cuidados em saúde, para aqueles momentos em que não mais possa expressá-los, no caso de uma doença crônica e progressiva, indicando o que não deseja e o tratamento a ser seguido por serviços e profissionais de saúde. Em alguns países, o dispositivo foi apropriado no campo da saúde mental para o *plano e cartão de crise*, pelo qual o usuário, em uma boa fase, estabelece com seu serviço de referência e familiares o que não deseja, indica seus representantes pessoais e como quer ser tratado no caso de uma crise, entre outras coisas (SZASZ, 1982; MORRISEY, 2010; FREITAS, 2008; VASCONCELOS, 2014)). Nos Estados Unidos e em vários países da Europa, o dispositivo já foi normatizado por lei regular e o estabelecido deve ser respeitado pelos profissionais de atenção à crise. No Brasil, temos apenas uma resolução do Conselho Federal de Medicina (Resol. 1.995 de 30/08/2012), regulando a *diretiva antecipada de vontade*, na esfera da saúde em geral. Assim, já temos pelo menos uma base normativa para passar a experimentar este dispositivo em nosso país, no campo da saúde mental.

2.3 A Consolidação da Perspectiva Internacional de Atenção e Reabilitação Psicossocial como Diretriz de Política de Saúde Mental e na Organização Mundial de Saúde

Antes de partirmos diretamente para as abordagens de *recovery*, é necessário assinalar uma mediação fundamental das práticas do movimento de usuários e de seu empoderamento para contemplar as transformações que ocorreram no campo da política mais geral de saúde mental.

A influência do movimento de direitos humanos, da anti-psiquiatria, do movimento de usuários e da experiência italiana de desinstitucionalização psiquiátrica, fechando os hospitais psiquiátricos a partir de 1978, foram induzindo mudanças fundamentais na concepção mais geral de política de saúde mental nos países ocidentais e também anglo-saxões.

Nos Estados Unidos, Canadá e em vários países de língua inglesa, o centro propulsor destas mudanças a partir da década de 1980 foi o Center for Psychiatric Rehabilitation, da Boston University, em que se destaca a liderança de Anthony (2002) e a formação da International Association for Psychosocial Rehabilitation (MOWBRAY et al, 1997; HUGHES E WEINSTEIN, 2000), com seus congressos internacionais regulares. A principal ideia era realizar a transição entre a ênfase quase absoluta na desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos convencionais, para promover a construção positiva e prática de serviços, abordagens e dispositivos capazes de promover a reabilitação psicossocial e o empoderamento dos usuários na vida social concreta. No Reino Unido e em países sob sua influência, assistimos a um processo similar (RAMON E WILLIAMS, 2005).

A consolidação destas experiências, abordagens e políticas nacionais possibilitou a Organização Mundial de Saúde (WHO ou em português, OMS), bem como sua subsidiária Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a realizar eventos, publicar e adotar programas de estímulo e fomento à implementação mais amplas destas políticas de reabilitação psicossocial em todo o mundo ⁵.

⁵ A OMS possui uma ampla seção de publicações em sua seção de saúde mental, que estão inteiramente disponíveis para download dos interessados. Para isso, basta acessar o link http://www.who.int/mental_health/publications/en/. No Brasil, este movimento pode ser acompanhado pelas publicações de PITTA (1996) e SARACENO (2001).

2.4 Os Processos mais Imediatos Envolvidos na Emergência Histórica e Consolidação da Perspectiva de Recovery

Como descrito nas seções anteriores, as formulações da abordagem de *recovery* são fruto de um longo processo, em vários países, de experiências de reforma psiquiátrica, das conquistas do movimento de usuários, das abordagens e práticas de empoderamento, de pesquisa de avaliação de serviços e dos estudos sobre narrativas pessoais de vida com transtorno e do desenvolvimento de políticas e programas de reabilitação psicossocial.

No entanto, um conjunto mais sólido e definitivo de evidências sobre os processos espontâneos de *recovery* e reinserção social em pessoas com transtorno mental foi montado a partir de estudos epidemiológicos longitudinais de longa duração (20 a 32 anos) de pessoas diagnosticadas como esquizofrênicas. Foram inicialmente patrocinados pela OMS, e realizados nos Estados Unidos e em muitos outros países, por autores reconhecidos como Anthony, Harding, Strauss, Breier, Ashikaga, Brooks, Ciompi, Davidson e outros. Os resultados foram publicados em periódicos, mas estão consolidados em uma publicação de dois volumes, *Recovery from severe mental illnesses: research evidence and implications for practice*, editada pelo Center for Psychiatric Rehabilitation, de Boston (DAVIDSON et al, 2005 e 2006), cuja leitura recomendamos enfaticamente aos leitores. A avaliação do impacto do tempo nos sintomas, funcionamento social e qualidade de vida, demonstrou que, ao invés da esperada trajetória de piora crescente feita pela psiquiatria convencional, mais da metade das coortes investigadas, independente de ainda estarem em tratamento, mostraram uma melhora significativa, processo que então chamaram de *recovery*. Constatou-se que os processos de inserção positiva na vida social muitas vezes independem de uma redução dos sintomas, e que pessoas inseridas em programas de reabilitação psicossocial, integração comunitária e auto-suficiência demonstraram um perfil mais avançado de recuperação. Nos programas de reabilitação, este perfil foi mais significativo para pessoas incluídas em projetos de moradia, capacitação e trabalho supervisionado, programas educativos, oportunidades reais de socialização, incluindo redes de amizades e inserção em grupos de ajuda e suporte mútuos, empoderamento e movimento de usuários.

Os movimentos de usuários e familiares nos Estados Unidos e em outros países anglo-saxões do norte da Europa, por sua vez, passaram a se apropriar destas evidências e desta abordagem, procurando enfatizar mais particularmente alguns de seus aspectos:

a) O caráter de um processo profundamente singular e pessoal de mudanças com potencial de levar a uma vida com satisfação, desejo e participação social, mesmo com as limitações associadas ao transtorno e seus sintomas, processo que pode ser captado particularmente pelas narrativas pessoais de vida com o transtorno, que devem ser estimuladas.

b) A importância de dispositivos coletivos de empoderamento e do movimento de usuários, particularmente com a valorização da participação ativa de lideranças de usuários em estágio mais avançado em seu processo de recuperação, em serviços e programas de saúde mental, drogas e nos presídios, visando: (1) constituir exemplos vivos para o conjunto dos usuários, da possibilidade real da recuperação, na medida em que as lideranças são estimuladas a falar claramente, logo de início, da própria experiência pessoal anterior (o que chamam de *self-disclosure*); (2) gerar imediatamente esperança nos demais usuários; (3) possibilitar o combate ao estigma e discriminação; (4) valorizar a experiência, a sensibilidade e o sentimento de compaixão que têm pelas pessoas que vivem hoje aquilo pelo que eles já passaram anteriormente; (5) constituir oportunidades concretas de reinserção social pelo trabalho ⁶. Isso gerou a perspectiva do *peer support work* (trabalho de suporte de pares), ou seja, a contratação de usuários como trabalhadores da rede de serviços, tema que será retomado mais adiante.

c) A reivindicação da implementação concreta de sistemas e programas de saúde mental orientados efetivamente para a recuperação e o empoderamento.

Assim, depois de três décadas de evidências em pesquisa, experimentação e implementação de programas, essa perspectiva hegemonicamente anglo-saxônica de políticas e de um sistema de saúde mental orientado para a recuperação representa hoje um conjunto bastante sólido de indicações para políticas e projetos de saúde mental para os demais países do mundo. Mesmo experiências avançadas de reforma psiquiátrica, tal como a italiana, que constituiu a principal inspiração da reforma psiquiátrica brasileira, têm buscado um intercâmbio crescente com os autores e experiências mais comprometidas de *recovery*, para ampliar suas fontes de troca de experiências e inspiração .

⁶ Estas dimensões foram claramente expostas nas entrevistas com os trabalhadores de suporte de pares que realizei em New Haven, Connecticut, em abril e maio de 2016, já indicadas na introdução deste texto.

3 OS DIFERENTES SENTIDOS E DIMENSÕES DOS PROCESSOS E PROGRAMAS DE RECOVERY

Depois de percurso histórico realizado acima, temos agora todas as condições para sistematizar os diversos sentidos e dimensões dos processos, programas e políticas de recovery:

3.1 Recovery como um Processo Pessoal e Singular de Lidar com a Vida com o Transtorno Mental, e que ao Mesmo Tempo Possui Dimensões Sociais e Políticas Associadas à Cidadania:

Como indicamos anteriormente, essa dimensão foi particularmente investigada pelos estudos longitudinais, acompanhando pessoas com transtorno, em tratamento ou não. Eles revelaram que os prognósticos pessimistas da psiquiatria convencional estavam equivocados, pois a maioria das pessoas tiveram uma melhora significativa na qualidade de vida, mas atingem um patamar mais avançado quando participam de programas de educação, trabalho, moradia, atenção psicossocial e programas de ajuda e suporte mútuos. Além disso, a indicação destes programas não depende da conquista pelos usuários de um melhor funcionamento pessoal e social; pelo contrário, estes programas são considerados como organizadores mentais e sociais, estimulando concretamente o usuário a buscar ativamente aproveitar a oportunidade e atingir novos patamares de recuperação para dar conta das novas tarefas e responsabilidades. Tal lógica é também importante na área de drogas, particularmente para os programas de redução de danos, que não requerem a abstinência, e que defendem o acesso a tais oportunidades sociais como componentes iniciais e imediatos dos seus programas, inspirando as iniciativas mais avançadas do campo, inclusive no Brasil. Essa dimensão também é valorizada pelos usuários, revelando as várias experiências pessoais e processos internos que levam a uma melhor qualidade de vida, e que é expresso nas narrativas pessoais de vida com o transtorno e nos depoimentos que fazem no dia a dia do trabalho como trabalhadores de *peer support* (suporte de pares).

Larry Davidson, uma das principais lideranças acadêmicas atuais no campo nos Estados Unidos, e um dos dois coordenadores do *Program for Recovery and Community Health (PRCH)*, na *Yale University*, em New Haven, Connecticut, assim descreve esse sentido de *recovery*:

Este conceito de *recovery* se refere primeiramente a uma pessoa diagnosticada com um transtorno mental severo, reivindicando seu direito a uma vida segura, digna, gratificante e plena de sentido, inserida na comunidade, apesar de sua condição psiquiátrica. Ele enfatiza a auto-determinação e objetivos de vida “normais”, como educação, trabalho, sexualidade, amizade, espiritualidade, e participação voluntária em comunidades de fé e de outros tipos, para além dos limites tanto do transtorno e do sistema de saúde mental, e consistente com as próprias preferências, objetivos e valores de cada pessoa. O que claramente está ausente neste conceito de *recovery* é qualquer noção de cura [...] Para pessoas com estas e outras formas de ‘disabilidades’, questões como acesso e moradia não são consideradas como somente questões de crescimento e desenvolvimento, ou qualidade de vida, mas são vistas mais como fundamentais para os direitos e responsabilidades da cidadania. Embora elas não restaurem a mobilidade ou visão da pessoa, eles podem e são capazes de restaurar o status de uma pessoa valorizada e que pode contribuir para a sociedade. É por essa razão que estas questões estão estruturadas como questões de direitos civis e justiça social, para além de questões apenas de saúde. O mesmo deve ser verdadeiro, de acordo com o movimento de *recovery*, para pessoas com ‘disabilidades’ psiquiátricas. Esta abordagem é o que está implícito na noção de *estar em recuperação*” (DAVIDSON, 2009: 11 e 14).

3.2 Recovery como um Movimento Social:

Nesta dimensão, *recovery* é identificado primeiramente com todo o movimento social que o reivindica e promove, incluindo aqui o movimento de usuários (e ocasionalmente, também de familiares, cuja associação a nível nacional nos Estados Unidos é chamada de NAMI), bem como dos profissionais e trabalhadores engajados em promover e lutar por essa orientação e de defender os direitos (*advocacy*) dos usuários e familiares.

Entretanto, pela história sistematizada acima, a associação dos movimentos do campo da saúde mental com os movimentos anteriores de defesa dos direitos das pessoas com deficiências e de direitos civis, das pessoas de outras etnias, deixa claro o seu *componente de reivindicação, ação e lutas*. No caso dos Estados Unidos, o fato da política oficial e nacional de saúde mental ter assumido a bandeira de *recovery* não garante a sua implementação, tendo em vista ser uma sociedade cada vez mais social e economicamente desigual, e que privatiza massivamente as políticas sociais. Além disso, como indicamos acima, não se trata apenas de uma política de saúde, mas da conquista de oportunidades nas outras políticas sociais, como educação, moradia, trabalho, cultura, assistência social etc. Neste sentido, o movimento coloca como lema “criar algo possível daquilo que é percebido como impossível” (DAVIDSON, 2009: 23). Neste âmbito, o movimento de *recovery* é dependente de outras teorias das ciências sociais, no sentido da

instrumentalização de conceitos e estratégias de luta econômica, política e social mais amplas.

3.3 Recovery como uma Atenção Orientada para o Recovery, em Saúde Mental, Drogas e Atenção a Presidiários:

Aqui, *recovery* ganha uma dimensão mais concreta, de mobilizar atores políticos e sociais (políticos, gestores, profissionais, usuários, familiares, entidades da sociedade civil) para transformar o campo, discutir e garantir princípios direcionadores e principalmente, *orientar os programas práticos e locais de saúde mental, drogas e acompanhamento de apenados*, desde o planejamento e implementação da oferta de atividades e serviços, a prática diária dos profissionais, e a organização dos recursos humanos gerais de todos os programas (DAVIDSON, 2009; COLEMAN, 2011), que se expressa no próximo tópico. Os princípios mais importantes são: o primado da participação; promoção de acesso e engajamento; continuidade do cuidado; avaliação centrada nas competências dos usuários; projetos terapêuticos individualizados; funcionamento como guias de recuperação; mapeamento, desenvolvimento e inclusão comunitária; e identificação e enfrentamento das barreiras (DAVIDSON, 2009: 90 e ss).

3.4 Recovery como uma Estratégia Fundamental de Contratação de Trabalhadores de Peer Support (Trabalhadores de Suporte de Pares):

Nesta esfera, os usuários que se destacam passam a ser mobilizados, formados e contratados para atuar como trabalhadores de suporte de pares (*peer support specialists*), em todos os principais programas e serviços. A contratação pode se dar por ONG's sem fins lucrativos, em convênios com os programas públicos, ou diretamente como servidores do estado, ou também, como é muito comum em New Haven, como funcionários da Yale University, e lotados no PRCH ou no CMHC.

3.5 Recovery como uma Política mais Ampla de Saúde Mental, Drogas e de Atenção a Apenados, no Âmbito Nacional e Internacional:

Nesta dimensão, *recovery* ultrapassa as redes locais de saúde mental, drogas e de assistência a apenados, para a política mais ampla de um país ou como diretriz internacional. Nesta esfera, representa desde as concepções ontológicas (concepções de homem) e ético-políticas, a legislação, como também os princípios básicos que devem orientar a política de saúde mental, drogas e de atenção a presidiários em um país, ou de

orientação internacional para o campo, nas esferas de planejamento, implementação, avaliação e política de recursos humanos e formação dos trabalhadores e profissionais. Por exemplo, a perspectiva de *recovery* já foi assumida como política nacional de saúde mental e drogas nos EUA, mas sua implementação depende muito da orientação política e contexto de cada estado, já que estes têm uma enorme autonomia no país. Neste quadro mais atual, o estado de Connecticut pode ser considerado a vanguarda no país, pela liderança acadêmica, concepção avançada e qualidade de seus serviços, bem como pela forte influência na política nacional de saúde mental, drogas, e que tem penetrado gradualmente os programas de atenção a presidiários.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS E ALGUMAS RECOMENDAÇÕES

Este artigo buscou fazer uma apresentação panorâmica para o leitor brasileiro, em perspectiva histórica e conceitual, das abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e *recovery*.

A trajetória traçada aqui não foi aleatória, pois percorreu desde as primeiras iniciativas do movimento dos usuários na década de 1970, passando pelas abordagens de empoderamento desenvolvidas por ele, aportando nos programas e políticas de reabilitação psicossocial dos anos 1990, para se chegar finalmente às abordagens de *recovery*. Há razões para isso, no sentido de tentar evitar a principal tendência, nos países periféricos e semiperiféricos, de nos apropriar de forma idealística e ingênua das abordagens e programas internacionais de políticas sociais nos países centrais, como “pacotes prontos”, particularmente depois de estarem constituídas como políticas nacionais já inteiramente institucionalizadas, e legitimadas por agências internacionais de fomento. Isso estimula a transplantação mecânica e acrítica, do tipo *top down* (de cima para baixo), sem considerar as especificidades sociais, econômicas, políticas e culturais de cada país, e sem abrir a possibilidade de caminhos próprios, mesmo com a inspiração original nos países centrais.

Esta posição não significa de forma alguma desqualificar as muitas contribuições potenciais e conquistas efetivas desenvolvidas nos países centrais, como aquelas realizadas pelas abordagens de *recovery* no universo anglo-saxônico. O que quisemos propor aqui, com esta trajetória, foi desagregar o processo histórico de experiências, estratégias e conceitos constitutivos, já propondo uma leitura crítica destes elementos, mais

compatível com a realidade brasileira, para possibilitar revelar os diversos dispositivos forjados pelo ativismo do movimento de usuários e familiares, desde a década de 1970, as estratégias de empoderamento geradas a partir daí, a sua apropriação pelos programas de reabilitação psicossocial, e aí sim, verificar como as políticas de *recovery* as assumiram como programas e política oficial. Isso possibilita aos atores sociais e políticos dos países periféricos a abrir a “caixa preta” dos programas e políticas desenvolvidas nos países centrais, e então buscar inspiração em elementos particulares e estratégias específicas lá desenvolvidas, consideradas mais adequadas para cada país, e passar a experimentar uma estratégia “down to top” (de baixo para cima) de construção de um processo mais participativo pelos diversos atores que atuam no campo.

Nesta mesma direção, para países periféricos como o Brasil, que em geral já carregam um pesado fardo histórico do colonialismo, imperialismo e dependência, agora acrescido de políticas de ajuste neoliberal, com forte crise fiscal, empobrecimento da população trabalhadora e deterioração das políticas sociais (VASCONCELOS, 2016), há uma grande distância entre os diversos sentidos e dimensões do *recovery* indicadas acima. Isso se dá particularmente entre as abordagens já sintetizadas para a gestão oficial de políticas de *recovery* em saúde mental, drogas e para apenados, e o *recovery* enquanto movimento social. Neste último, é fundamental reconhecer as necessidades teóricas e conceituais capazes de sustentar a árdua luta para conquista e legitimação de novos programas sociais, no ambiente político e econômico atual, tão hostil em nossos países. Como indicamos, implementar políticas e programas de *recovery* pressupõe conquistas prévias de cidadania, que aqui no Brasil ainda não estão disponíveis para todos, em um quadro que hoje tende a se deteriorar.

Este tema revela algo importante e talvez universal sobre as abordagens de empoderamento e *recovery*: elas não se sustentam histórica e teoricamente por si mesmas, exigem ser ancoradas por uma teorização social e política crítica, capaz de traçar também as estratégias necessárias para o longo processo de conquista da cidadania e da justiça social em cada contexto histórico específico. Portanto, no Brasil, essa tarefa nós não podemos esperar que venha pronta dos países centrais sintetizadores das políticas de *recovery*, pois ela é inteiramente nossa. Todo este caminho pode ser mais difícil, mas não é impossível. E a nosso ver, muitos dos objetivos dessas abordagens são desejáveis e necessários, mas sua apropriação crítica no Brasil deverá ser mais lenta e cuidadosa.

O segundo artigo desta série buscará então ir nesta direção, focando diretamente o contexto brasileiro, em abordagens e dispositivos similares já desenvolvidos aqui; as experiências em desenvolvimento no campo da reforma psiquiátrica diretamente inspiradas nos países anglo-saxônicos, por meio de intercâmbio acadêmico; e discutindo criticamente as especificidades da realidade brasileira, a serem levadas em conta na avaliação das contribuições potenciais e projetos piloto das abordagens de empoderamento e *recovery* no Brasil.

Assim, para finalizar, acredito que, com os cuidados críticos apontados aqui, temos plena condição de contribuir efetivamente com novas experiências internacionais e perspectivas para a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial brasileira, com as abordagens de empoderamento e *recovery*. Para aqueles que têm seu norte ético e político orientado para os oprimidos e discriminados, sabemos não se tratar de um projeto de chegada fácil e imediata, mas de um horizonte mais distante, em um tempo mais alongado, mas que tem que ser percorrido teimosamente em cada passo, a partir do agora.

REFERÊNCIAS

ANTHONY, W (ed). *Psychiatric rehabilitation*. Boston, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, 2002.

COLEMAN, R (ed). *Recovery: an alien concept?* Port of Ness (Isle of Lewis, United Kingdom), P7P Press, 2011

DAVIDSON, L et al (ed). *Recovery from severe mental illnesses: research evidence and implications for practice*. 2 vols. Boston, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, 2005 e 2006

DAVIDSON, L et al. *A practical guide to recovery-oriented practice: tools for transforming mental health care*. New York, Oxford University Press, 2009.

FREITAS, C. A participação e preparação prévia do usuário para situações de crise mental: a experiência holandesa do plano/cartão de crise e desafios para sua apropriação no contexto brasileiro, in EM Vasconcelos (org) *Abordagens psicossociais, vol II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares*. São Paulo, Hucitec, 2008

HAAFKENS, J et al - Mental health care and the opposition movement in the Netherlands, in *Soc.Sci.Med.* 22 (2): p. 21-37, 1986

HUGHESM, R. e WEINSTEIN, D (ed). *Best practices in psychosocial rehabilitation*. Columbia (MD, EUA), International Association of Psychosocial Rehabilitation Services, 2000.

KLEINMAN, A. *The illness narrative: suffering, healing and the human condition*. New York, Basic Books, 1988.

LINDOW, V. Survivors controlled alternatives to psychiatric hospitals, in: NEWNES, C. et al. (ed.). *This is madness: a critical look at psychiatry and the future of mental health services*. RossonWye (Herefordshire, UK), PCCS Books, 1999.

LINHORST, D. *Empowering people with severe mental illness: a practical guide*. New York, Oxford University Press, 2006

MORRISSEY, F. Advance directives in mental health care: hearing the voice of the mentally ill. in *Medico Legal Journal of Ireland* 21, 2010. Disponível in www.aran.library.nuigalway.ie , acesso em 20/08/2010

MOWBRAY, CT et al (ed). *Consumers as providers in psychiatric rehabilitation*. Columbia (MD, EUA), International Association of Psychosocial Rehabilitation Services, 1997

PITTA, A. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo, Hucitec, 1996.

RAMON, S e WILLIAMS, JE. *Mental health at the crossroads: the promise of the psychosocial approach*. Aldershot (Hants, United Kingdom), Ashgate, 2005.

ROGERS, A. and PILGRIM, D. "Pulling down churches": accounting for the British mental health users movement, in: *Sociology of Health and Illness*. Oxford, UK, 13 (2), pp. 129-148, 1991.

SAKALIS, A. The political role of illness narratives, in: *Journal of Advanced Nursing* . 31 (6), pp. 1.469-1.475, 2000

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania*. Rio de Janeiro, Te Corá, 2001.

SZASZ, T. The psychiatric will: a new mechanism for protecting people against "psychosis" and "psychiatry", *American Psychologist*, **37**, 762-770, 1982

VASCONCELOS, EM. Reinvenção da cidadania no campo da saúde mental e estratégia política do movimento de usuários, in EM Vasconcelos (org) *Saúde mental e serviço social: o debate sobre da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo, Cortez, 2000.

VASCONCELOS, EM. *O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias*. São Paulo, Paulus, 2003.

VASCONCELOS, EM; WEINGARTEN, R et al (org) *Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental*. São Paulo, Hucitec; Rio de Janeiro, EncantArte, 2005/6

VASCONCELOS, EM (coord). *Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental*. Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social da UFRJ; Brasília, Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em <https://drive.google.com/file/d/0B0O0KmlfoMGzV2YxMEFtdUwyUnc/view?usp=sharing>

VASCONCELOS, EM (coord). *Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas*. Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social da UFRJ; Brasília, Ministério da Saúde, 2014. Disponível em

<https://drive.google.com/file/d/0B0O0KmlfoMGzV2YxMEFtdUwyUnc/view?usp=sharing>

WEINGARTEN, R. *Movimento de usuários em saúde mental nos Estados Unidos: história, processos de ajuda e suporte mútuos e militância*. Rio de Janeiro, Instituto Franco Basaglia/ Projeto Transversões (ESS-UFRJ), 2001.

Sítios da internet indicados

http://www.who.int/mental_health/publications/en/