

**AS ABORDAGENS ANGLO-SAXÔNICAS DE EMPODERAMENTO E RECOVERY
(RECUPERAÇÃO, RESTABELECIMENTO) EM SAÚDE MENTAL II: UMA AVALIAÇÃO
CRÍTICA PARA UMA APROPRIAÇÃO CRITERIOSA NO CENÁRIO BRASILEIRO**

*Anglo-Saxon Approaches of Empowerment and Recovery in Mental Health II: a critical
evaluation towards a careful appropriation for the Brazilian context*

Eduardo Mourão Vasconcelos¹

Artigo encaminhado: 20/11/2016

Aceito para publicação: 20/02/2017

RESUMO: Este segundo artigo, após um primeiro que visou fazer uma apresentação histórica e conceitual das abordagens de empoderamento e *recovery* (recuperação, restabelecimento) em saúde mental para o leitor brasileiro, busca agora oferecer uma avaliação crítica das ideias de empoderamento e *recovery* para a realidade brasileira. Utiliza a mesma forma do primeiro, ou seja, a revisão bibliográfica e de experiências concretas, com elementos de participação em eventos dedicados ao tema, e algumas entrevistas e visitas a serviços de saúde mental em New Haven, Connecticut, EUA, em abril e maio de 2016. O texto objetiva em primeiro lugar descrever ideias e experiências similares na história recente do Brasil, dentro e fora do campo da saúde mental, para depois revisar a difusão destas ideias, inspiradas diretamente das fontes anglo-saxônicas, para então considerar pesquisas, experiências e projetos piloto implementados no país, fruto de intercâmbios acadêmicos com países anglo-saxônicos. as diferenças fundamentais entre os países originais e a realidade brasileira, para então E finalmente, o artigo visa discutir questões fundamentais para sua apropriação crítica no Brasil, questionando as propostas ingênuas e idealizadas de transposição mecânica de abordagens de outros contextos econômicos, políticos, culturais e sociais, mostrando riscos intrínsecos, propor recomendações sobre uma apropriação mais criteriosa e crítica destas abordagens no processo de reforma psiquiátrica no Brasil. O objetivo de fundo é contribuir para a pluralização de nossas fontes de inspiração, inovações e debate crítico para o processo brasileiro de reforma psiquiátrica, a partir de elementos 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 second article, after a first one that aimed at providing to Brazilian readers a historical and conceptual introduction to empowerment and recovery approaches in mental health, offers now a critical evaluation of those ideas vis a vis the Brazilian reality. It is also based on bibliographical revision and visits to services in New Haven, Connecticut, US, in April and May, 2016. The text first describes similar ideas and experiences in the Brazilian recent history, outside and inside the mental health field, and then reviews the diffusion of ideas directly inspired by Anglo-Saxon sources. After, it looks at researches, experiences and pilot projects implemented in the country, as result of academic exchange with Anglo-Saxon countries. Finally, the article discuss important issues for their critical appropriation in Brazil, questioning the ingenuous and idealized proposals for mechanical transpositions of approaches from other economic, political, social and cultural contexts, showing inherent risks and proposing recommendations for a critical and careful appropriation within the Brazilian process of psychiatric reform. The main objective of both articles is to contribute to widening our sources of inspiration, innovation and critical debate for the Brazilian 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 primeiro artigo desta série realizou uma revisão conceitual e histórica panorâmica das ideias e experiências de empoderamento e de *recovery* oriundas do campo da saúde mental em países do Norte da Europa e anglo-saxônicos em geral, percorrendo o trajetória desde a emergência do movimento de usuários de serviços e de familiares na década de 1970, passando pelas abordagens de reabilitação psicossocial na década de 1990, para então focar as experiências, programas e políticas de *recovery* naqueles países.

O presente texto busca agora descrever o processo histórico de difusão de ideias e experiências similares ou diretamente inspiradas nas abordagens europeias e anglo-saxônicas para o leitor brasileiro. Passa primeiramente por ideias similares produzidas no próprio contexto brasileiro e latino-americano, dentro e fora do campo da reforma da saúde

mental, para depois contemplar mais especificamente este campo, a partir da difusão de ideias, conceitos e propostas inspiradas diretamente nas experiências estrangeiras em foco. Após, revisa as primeiras experiências piloto no Brasil inspiradas diretamente na perspectiva anglo-saxônica e europeia, bem como alguns projetos similares no Brasil, a partir da nossa própria experiência de reforma psiquiátrica. E fundamentalmente, levanta algumas especificidades da realidade econômica, política, social e cultural brasileira que implicam em diferentes perspectivas para valores e ideias de empoderamento e *recovery*, que não as impossibilitam, mas levantam perguntas e questionamentos para uma apropriação crítica, não mecânica, com características próprias, destas ideias e programas no Brasil, de forma mais adequada ao nosso contexto.

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 e Inglaterra, 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 daquele simpósio norte-americano, o Conselho Federal de Psicologia organizou, em parceria como 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

recovery (recuperação, restabelecimento), e vem fomentando projetos e publicando trabalhos sobre o tema no Brasil, que serão igualmente referenciados aqui.

2 AS IDEIAS DE EMPODERAMENTO E *RECOVERY* NO CONTEXTO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA, EM PERSPECTIVA HISTÓRICA

Ideias e práticas similares a de empoderamento e recuperação não são uma criação anglo-saxônica, são comuns em vários países e culturas, como também no Brasil recente, e identificar estas experiências são importantes, para valorizá-las no processo de comparação e avaliação crítica da contribuição potencial das abordagens oriundas de outros países. Se pudermos construir um resumo muito esquemático da história de ideias similares de empoderamento e *recovery* no Brasil recente, creio que podemos identificar inúmeros projetos e movimentos sociais concretos nas áreas social, cultural, da educação, saúde e saúde mental, a saber:

2.1 Antecedentes ao Período da Redemocratização da Década de 1970: as atividades de terapia ocupacional desenvolvidas por Nise da Silveira (SILVA, 2013; MELLO, 2014) desde a década de 1940, já valorizavam a autonomia e a subjetividade dos usuários e sua produção como artistas e oficinairos.

2.2 No período das Lutas pela Redemocratização (década de 1970 e primeira metade dos anos 1980): vários movimentos sociais populares estimulavam a participação direta, o empoderamento de grupos sociais oprimidos e a valorização da cultura popular, como por exemplo: a Teologia da Libertação, suas pastorais sociais e suas comunidades eclesiais de base (PARKER, 1995; LOWY, 2000); o associativismo e o movimento cooperativo de trabalhadores (PINHO, 2004); a educação popular de Paulo Freire (Gadotti, 1995); os movimentos feministas e femininos (PINTO, 2003); e o teatro do oprimido de Augusto Boal (BOAL, 2005). No campo da saúde mental, as ideias de Paulo Freire inspiraram a criação da psicoterapia do oprimido do argentino Moffat (1980), que influenciaram algumas experiências brasileiras de comunidades terapêuticas dentro de hospitais psiquiátricos, no início do nosso processo de reforma psiquiátrica.

2.3 Período de Formação e Consolidação do Movimento Antimanicomial (1987 e anos seguintes) e do SUS (1990 até 2005): projetos genuinamente brasileiros e início da difusão/publicação das ideias anglo-saxônicas de empoderamento/recuperação:

Embora o movimento antimanicomial tenha valorizado a participação popular e a aliança com os demais movimentos populares, o ativismo principal tem sido basicamente dos profissionais. No entanto, ele estimulou, a partir da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, a formação de inúmeras associações de usuários e familiares por todo o país, com diversificadas práticas de seu empoderamento, mesmo que historicamente estas associações tenham revelado uma clara fragilidade organizativa (VASCONCELOS, 2008). No SUS, os dispositivos de controle social, como os conselhos e conferências de saúde, constituem claros dispositivos de empoderamento e participação dos usuários e familiares de todo o sistema de saúde (Côrtes, 2009). Além disso, o movimento de educação popular em saúde (VALLA e STOTZ, 1993; VASCONCELOS, EYMARD, 1999), fortemente influenciado pelas ideias de Paulo Freire, foi criado em meados nesta década, e a partir daí se difundiu gradualmente em todo os SUS. A partir de 2000, tivemos as primeiras iniciativas de difusão e publicação de ideias de empoderamento e *recovery* em saúde mental, diretamente influenciadas pelo intercâmbio acadêmico com países anglo-saxônicos (VASCONCELOS, 2000 e 2003; WEINGARTEN, 2001).

2.4 As Primeiras Experiências Piloto de Empoderamento e Recuperação em Saúde Mental: o fomento por meio de intercâmbio acadêmico direto com países anglo-saxônicos e ampliação de projetos próprios brasileiros na área da cultura e de economia solidária (a partir de 2005):

Esta nova fase é marcada em primeiro lugar pelo início de vários projetos de pesquisa e de experimentação de dispositivos de empoderamento/recuperação em saúde mental, como produtos de intercâmbios acadêmicos diretos com países anglo-saxões, a saber:

a) A produção e publicação de um livro com **narrativas pessoais de vida com o transtorno mental**, mostrando concretamente a importância deste dispositivo de empoderamento/recuperação, em parceria com Richard Weingarten, liderança dos usuários dos Estados Unidos (VASCONCELOS e WEINGARTEN, 2005/6). Narrativas também passaram a ser utilizadas como uma fonte de avaliação de serviços (Surjus, 2007),

pesquisa clínica (ONOCKO CAMPOS et al, 2013a), e para novas abordagens mais humanizadas em psicopatologia (LEAL, 2014).

b) A pesquisa, realizada em Campinas (SP) e a montagem da versão brasileira do **Guia de Medicação Autônoma** (INTERFACES et al, 2012) a partir de convênio com o projeto originário canadense, de empoderamento dos usuários da saúde mental para conhecerem seus sintomas, os principais quadros do transtorno, os diferentes tipos de medicação e seus efeitos colaterais, bem como para negociarem com seus psiquiatras uma medicação mais adequada e com dosagens menores (PRESOTTO et al, 2013; ONOCKO CAMPOS et al, 2013b). Aqui, diferenças significativas entre o projeto canadense e o brasileiro emergiram, como será discutido abaixo.

c) Montagem, a partir de 2008, de projetos piloto, avaliação e desenvolvimento de uma abordagem adaptada para o Brasil, com publicação de manual (VASCONCELOS, 2013a, disponível para download), de **grupos de ajuda e suporte mútuos para usuários e familiares** (separados entre si) da saúde mental, facilitados por eles próprios, como base para várias outras estratégias de empoderamento e recuperação. Nesta iniciativa, também diferenças significativas emergiram nos conceitos de base e no desenvolvimento dos grupos, entre os parâmetros originais dos países anglo-saxônicos e o desenvolvimento do projeto no Brasil (idem). Por outro lado, inspirado nestes parâmetros originais internacionais, os facilitadores recebem bolsas de trabalho ou já conquistaram vínculos formais do tipo CLT, como no Rio de Janeiro, na perspectiva do *peer support worker* (trabalhador de suporte de pares), com relativo sucesso.

d) Desenvolvimento, a partir de 2011, no Rio de Janeiro, do **Projeto Familiares Parceiros do Cuidado**, pelo qual familiares trocam experiências de vida e estratégias de lidar com seus parentes com transtorno mental (DELGADO, 2014). Atualmente, o projeto está desenvolvendo uma metodologia participativa de avaliação de serviços de saúde mental pelos familiares.

e) Primeiras **pesquisas** (MUÑOZ et al, 2011), **divulgação e experimentação de grupos de escutadores de vozes diretamente inspirados na Hearing Voices Network**, uma rede internacional que hoje já está em 32 países. A partir de seminários promovidos no

Brasil por uma de suas lideranças internacionais, Paul Baker, em 2015 em diante, alguns grupos informais de escutares de vozes foram formados em algumas capitais do país.

f) Desenvolvimento no Rio de Janeiro de **grupos de ajuda mútua de usuários e mistos, também com familiares, com base na metodologia da psicoeducação** (PALMEIRA et al, 2009).

g) Pesquisa e publicação de **manual de defesa dos direitos (advocacy) dos usuários e familiares em saúde mental e drogas**, tanto para iniciativas autônomas destes atores, como também de entidades, profissionais e iniciativas junto ao Poder Judiciário (VASCONCELOS, 2014, disponível para download).

h) Implementação no Brasil, em três cidades (Rio de Janeiro, São Paulo e Santa Maria [RS]), a partir de 2015, por iniciativa da liderança dos usuários dos Estados Unidos, Richard Weingarten, do **Projeto “Comunidade de Fala”**, pelo qual lideranças de usuários em estágios mais avançados de recuperação expõem para públicos diversos suas narrativas pessoais de vida com o transtorno mental e suas estratégias de recuperação.

Além destas iniciativas inspiradas diretamente em experiências da tradição do *recovery*, com base em intercâmbios acadêmicos e de lideranças de usuários com países anglo-saxônicos, o período que se abre no Brasil em 2005 também significou a abertura de duas linhas de políticas, na área da cultura e da economia solidária, com fortes similaridades com os princípios do empoderamento e do *recovery*, mas com o perfil próprio do “jeitinho brasileiro”:

a) Os **projetos de economia solidária no campo da saúde mental**: em 2005, foi lançada pelo governo federal a Política Nacional de Economia Solidária e Saúde Mental, para estimular projetos de trabalho, renda, cooperativas, cultura e educação para o trabalho, visando autonomia e autogestão dos usuários. Os últimos dados oficiais disponíveis no seu site oficial, de outubro de 2015, indicam que em dezembro de 2013 tínhamos um total de 1008 empreendimentos no campo da saúde mental. Em 2013, foi lançado o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e ao Cooperativismo Social (Pronacop Social), na mesma direção, mas também incluindo outras áreas de política social.

b) Os **Pontos de Cultura**: Em 2007, o Ministério da Cultura lançou o Programa Mais Cultura, estimulando e financiando a montagem dos Pontos de Cultura, ações e projetos de produção de arte e cultura, em formato flexível, com inúmeros projetos no campo da saúde mental. Exemplos disso no Rio de Janeiro são os blocos de carnaval Loucura Suburbana e Tá Pirando, Pirado, Pirou. Os últimos dados oficiais disponíveis no site do do Ministério da Cultura indicam que, em 2015, haviam 4.500 ações em mais de 1 mil municípios brasileiros.

3 AS ESPECIFICIDADES DA REALIDADE BRASILEIRA, RISCOS DE UMA TRANSPOSIÇÃO MECÂNICA, E DESAFIOS/POSSIBILIDADES PARA UMA APROPRIAÇÃO CRÍTICA E MAIS ADEQUADA AO CONTEXTO DO PAÍS

Do ponto de vista do desenvolvimento de políticas sociais em países periféricos e semi-periféricos, os exemplos de tentativas de transposição mecânica de abordagens e programas sociais de origem nos países centrais, sem levar em conta seus riscos intrínsecos, as especificidades de cada país e os interesses próprios de suas classes trabalhadoras, levaram a inúmeros equívocos (VASCONCELOS, 1989 e 2003). Os programas de empoderamento e recuperação nos países anglo-saxônicos implicam em alguns riscos e pressupõem uma série de características políticas, sociais e culturais muito diferentes do que temos na realidade brasileira, a saber:

a) A sociedade brasileira é marcada por **um dos piores perfis de desigualdade social no mundo e quase metade do mercado de trabalho no setor informal** (HASENBALG e SILVA, 2003; UNRISD, 2010), e com índices comparativamente altos de **evasão escolar e de analfabetismo funcional**, concentrados nas classes populares (PNUD, 2013; INSTITUTO PAULO MONTENEGRO, 2012). **As políticas sociais são pobres, e a universalização se deu de forma tardia e limitada**, fragilizando muito as políticas dirigidas para os setores mais empobrecidos da população. Esta desigualdade multidimensional se reflete também na **estrutura dual do sistema de saúde**: planos e seguros privados de saúde para as classes médias e elite, representando cerca de um quarto da população, e o SUS, com a rede pública de saúde mental, para as classes trabalhadoras. As classes médias, que têm mais recursos econômicos e culturais para a defesa e organização mais autônoma de seus interesses, se tratam nos planos privados de saúde, e têm dificuldades

de frequentar serviços do SUS e a rede pública de saúde mental, dada a presença das classes populares e o estigma associado ao transtorno. A maioria dos projetos de empoderamento e recuperação no Brasil estão sendo introduzidos na rede pública de saúde mental, cujos **usuários/familiares, oriundos das classes trabalhadoras, têm menos recursos econômicos, sociais e culturais para uma organização mais autônoma** (VASCONCELOS, 2008b).

b) Há **diferenças substanciais entre a cultura mais individualista e autonomista do norte da Europa e dos países anglo-saxônicos**, marcados pela longa influência da cultura protestante, e a **cultura latina, católica, patrimonialista e hierárquica que marcou a colonização espanhola e portuguesa, com profundos traços na atual cultura difusa de nossas classes trabalhadoras** (DA MATTA, 1990; VASCONCELOS, 2013c). Para elas, a dependência a laços pessoais e familiares, bem como a pessoas amigas nas instituições, se constitui como principal estratégia de acesso a bens, serviços e suporte social, limitando, recodificando e se diferenciando claramente da vivência da autonomia e da individualidade pessoal no contexto europeu do Norte e anglo-saxônico, que impulsionaram fortemente os programas de empoderamento e *recovery* (VASCONCELOS, 2013b).

c) Nos países latinos mediterrâneos e particularmente latino-americanos, a desigualdade social/educacional e a cultura hierárquica hegemônica produz uma **relação fortemente hierárquica entre profissionais e os seus usuários e familiares**, gerando um sistema de saúde e mesmo um movimento sanitário e antimanicomial muito marcado pelo protagonismo dominante dos profissionais. A experiência italiana de reforma sanitária e psiquiátrica, nossa principal inspiração aqui no Brasil, também possui tal característica, gerando muito mais associações de familiares do que um protagonismo ativo dos usuários. Nas sociedades latinas e católicas, a representação difusa é de que são os profissionais que tratam e promovem a melhora dos identificados como os “pacientes”. Estas relações sociais e representações hegemônicas desestimulam o protagonismo dos usuários, e neste sentido, **os projetos de empoderamento e recuperação têm um enorme potencial de, no médio prazo, ativar gradualmente o protagonismo e a autonomização dos usuários, procurando compensar parcialmente este traço cultural comum dos países latinos.**

d) Coerente com as indicações acima, as pesquisas disponíveis sobre **as características mais comuns das associações de usuários e familiares em saúde mental no Brasil** (VASCONCELOS, 2008b) **mostram um perfil de associações mistas (usuários, familiares e profissionais) com clara fragilidade organizacional e uma dependência muito grande do ativismo de profissionais mais comprometidos do movimento antimanicomial.**

f) Além disso, o **atual contexto mundial e brasileiro de políticas neoliberais de ajuste, crise fiscal e sucateamento das políticas sociais, gera aviltamento das condições de trabalho e precarização dos contratos e direitos trabalhistas nas políticas sociais,** em contexto de **serviços deteriorados e abarrotados por contingentes populacionais maiores que os prescritos** (VASCONCELOS, 2010 e 2016). Neste ambiente, a tendência dos trabalhadores é reduzir suas atribuições e responsabilidades às exigências já estabelecidas, desestimulando a adoção de novos projetos de empoderamento e recovery, mais complexos, e que requerem novos conhecimentos e formas de participação e mediação de poder.

e) Neste **contexto de políticas neoliberais,** temos assistido experiências de **apropriação do discurso da autonomia e independência dos usuários, inclusive com a utilização dos discurso do empoderamento e do recovery, para justificar a redução do investimento em programas sociais,** particularmente para os idosos, os doentes crônicos e pessoas com deficiência ou transtorno mental. Isso é realizado por meio de uma estratégia discursiva e ideológica que individualiza os problemas e culpabiliza aqueles que requerem cuidados mais intensivos e contínuos, como se não tivessem aderido à proposta de maior autonomização (MOULAERT and BIGGS, 2012; BARBIERI, 2014; ROSE, 2014; GROISSMAN, 2015). Essa apropriação não inviabiliza os projetos de empoderamento e recovery, mas o contexto de sua proposição, sua concepção implícita, e estratégias de implementação requerem uma vigilância e avaliação crítica permanente.

f) Numa perspectiva similar, **as abordagens cognitivistas e pedagógicas implícitas à abordagem de recovery** não reconhecem devidamente a importância das estruturas inconscientes associadas aos processos psicóticos, como uma condição que tende a acompanhar a pessoa por toda a vida. Este reconhecimento, enfatizado pela psicanálise, tem sido levado em conta na reforma psiquiátrica brasileira (BEZERRA JR, 1992; TENÓRIO, 2001; VASCONCELOS, 2008a). O risco deste desconhecimento, se assumido

ingenuamente em programas massivos de saúde mental, é exigir da pessoa diagnosticada como psicótico um retorno à razão e às responsabilidades “normais” de um cidadão e trabalhador, como se a condição psicótica pudesse ser eliminada ou recalçada, de forma pedagógica, numa lógica algo análoga à abordagem pineliana do século XIX (VASCONCELOS, 2008a).

g) As abordagens de recovery se desenvolveram em países que não adotaram integralmente a estratégia de desinstitucionalização, assumida pela experiência italiana e pelo movimento antimanicomial brasileiro, e patrocinada pela política de saúde mental no país desde 1992, mas projetando uma gradualidade mais lenta e responsável na substituição das unidades fechadas por serviços abertos e territoriais, dadas as condições brasileiras (VASCONCELOS, 1992, 2010, 2016). Naqueles países, a política de *recovery* convive com pequenas unidades especializadas de internação psiquiátrica, ao mesmo tempo em que busca responder a um movimento de usuários forte e autonomista. Do meu ponto de vista, como um autor inteiramente comprometido com o movimento antimanicomial brasileiro, **a adoção no Brasil de estratégias de empoderamento e recuperação não deve funcionar como um biombo para arrefecer nossos objetivos estratégicos de buscar uma sociedade sem manicômios.**

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Este artigo buscou apresentar ao leitor brasileiro as ideias e iniciativas de *empoderamento e recovery* que já estão em desenvolvimento no país nesta direção, e também as experiências similares genuinamente brasileiras. Além disso, apontou os desafios e riscos intrínsecos a estas abordagens, particularmente no contexto internacional de políticas neoliberais, bem como os perigos de se tentar uma apropriação ingênua e acrítica delas sem levar em conta as diferenças e especificidades brasileiras.

No entanto, a partir das diversas experiências e projetos piloto frutos de intercâmbio internacional e de lideranças, listadas neste artigo, nas quais o autor tem sido um proponente ativo, como coordenador de projetos, pesquisador ou testemunha observadora muito próxima, é possível atestar a importância estratégica dos dispositivos de

empoderamento e *recovery* para o processo de reforma psiquiátrica e para a luta antimanicomial no Brasil, pelas seguintes razões:

a) Apesar das enormes diferenças culturais internacionais, comentadas acima, que estimulam ou não a autonomia/independência pessoal e o protagonismo dos usuários e familiares no campo da saúde mental, não há dúvida de que estes valores fazem parte integral de um conjunto mais amplo e universal de princípios éticos e emancipatórios que devem constar de um projeto histórico de sociedades mais justas e solidárias e de políticas de saúde mental compatíveis com ele, desde que respeitadas os variados caminhos para chegar até ele e as diferenças que necessariamente tomarão em cada cultura e sociedade.

b) Ainda na perspectiva da sociedade que queremos construir no futuro, Foucault nos alertava, em suas últimas obras sobre a história da sexualidade (Foucault, 1984), de que o desenvolvimento de serviços sociais em geral, com base nos direitos de cidadania, particularmente aqueles voltados para grupos sociais mais fragilizados, implica necessariamente em aumentar o poder disciplinar das instituições do Estado e de seus profissionais sobre as esferas mais íntimas destas pessoas. Este é o efeito inexorável da expansão das políticas sociais e da cidadania. A nosso ver, as estratégias de empoderamento dos usuários dos serviços sociais, no longo prazo, implicam em construir um contrapoder, pelos cidadãos receptores destes programas sociais, para se contrapor a esta tendência, como parte integral de uma sociedade mais justa e que cuida das pessoas mais frágeis, e que ao fazê-lo, engendra novas formas de poder, mas ao mesmo tempo, gera estratégias específicas de limitá-los.

c) No Brasil, a profunda desigualdade econômica, social e de acesso aos serviços sociais, de saúde e saúde mental, bem como a cultura hierárquica hegemônica e difusa nas classes trabalhadoras, podem constituir obstáculos importantes para os dispositivos de empoderamento e recuperação. Entretanto, eles não nos desobrigam, na perspectiva deste projeto ético-político emancipatório de longo prazo, da tarefa de estimulá-los, avaliando cuidadosamente os caminhos próprios que podem ter na sociedade brasileira e no campo da saúde mental, bem como dos riscos ideológicos e políticos a que uma apropriação ingênua e acrítica deles pode levar, alguns dos quais apontados acima, particularmente no atual contexto de políticas neoliberais.

d) Os projetos piloto de dispositivos de empoderamento e recuperação implementados em nosso país desde 2005, inspirados e sustentados diretamente por intercâmbios acadêmicos e de lideranças com países anglo-saxões, têm mostrado resultados bastante positivos e inteiramente compatíveis com os objetivos de aprofundamento da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial. Entretanto, e sobretudo, têm tido o cuidado necessário para mostrar que aqui eles ganham características muito próprias, coerentes com as especificidades brasileiras (VASCONCELOS, 2013a; ONOCKO CAMPOS, 2013b).

e) A condição de cultura latina e hegemonicamente católica levou tanto a Itália como o Brasil a uma cultura hierárquica que também marcou o processo de reforma psiquiátrica, em que o profissional, e de forma bastante secundária, também os familiares, têm um protagonismo mais proeminente. A adoção de estratégias de empoderamento e recuperação, a despeito dos obstáculos culturais, pode constituir uma estratégia importante para, no médio e longo prazo, ir compensando essa tendência. Não é aleatório que, em algumas das cidades italianas polarizadas pela reforma psiquiátrica, como Trieste, alguns projetos inspirados no *recovery* estejam também sendo experimentados. Além disso, é preciso valorizar as experiências genuinamente brasileiras, algumas delas indicadas acima, que também buscam estes objetivos, e que hoje não são e nem precisam ser associadas às abordagens do empoderamento e *recovery*.

f) Sobretudo, não se recomenda aqui buscarmos nos apropriar de forma idealística, ingênua e acriticamente das abordagens internacionais de empoderamento e de *recovery*, particularmente como são hoje, já institucionalizadas como políticas nacionais de saúde mental, e já codificadas como planos amplos e totalizantes a serem divulgados para os demais países, muitas vezes como conjuntos fechados. Como procuramos demonstrar no primeiro artigo, para a realidade brasileira é desejável e necessário desagregar toda a trajetória histórica e as estratégias que foram constituindo o que hoje compreendemos como abordagem e políticas de empoderamento e *recovery*, revelando 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, e aí sim, verificar como as políticas de *recovery* as assumiram como política oficial. A desagregação dos elementos constitutivos das ideias, programas e políticas de empoderamento e *recovery*, nos permite abrir a “caixa preta” dos programas, experimentá-los em projetos piloto na realidade

brasileira, e reconstruir com estes elementos uma trajetória própria, mais coerente com as nossas características econômicas, sociais, políticas e culturais.

g) Além disso, como indicamos no primeiro artigo, estas ideias e programas têm como pressuposto uma trajetória de conquistas significativas em termos de justiça social e cidadania. Elas não se sustentam histórica e teoricamente por si mesmas e exigem ser ancoradas por uma teorização social e política capaz de traçar também as estratégias necessárias para a conquista da cidadania e da justiça social em cada contexto histórico específico. No cenário brasileiro, esta constitui uma luta mais árdua ainda, particularmente no cenário político e econômico de crise mais recente, a partir de 2014. Isso representa um desafio teórico ainda maior para as abordagens de empoderamento e *recovery* no nosso contexto, pois elas se inserem na discussão sobre as próprias bases teóricas e conceituais e sobre a própria viabilidade histórica das políticas sociais universais, do SUS e da reforma psiquiátrica, em períodos de regressão democrática e da cidadania (VASCONCELOS, 2016).

E para concluir, temos que reconhecer que os desafios são múltiplos para as ideias de empoderamento e *recovery* no Brasil. Esta trajetória pode ser difícil, mas não é impossível. E a nosso ver, é também desejável e necessária, para o avanço do nosso próprio projeto de reforma psiquiátrica antimanicomial no Brasil, mesmo que vá tomar mais tempo. Com as observações e cuidados críticos que começamos a levantar aqui, acreditamos que devemos pluralizar nosso intercâmbio com outras experiências internacionais e perspectivas para a reforma psiquiátrica e luta antimanicomial brasileira, mas sempre buscando traçar nosso próprio caminho, de acordo com as características de nossa realidade.

E nesta trajetória, já temos quase quarenta anos, desde 1978, quando nós iniciamos as lutas pela reforma psiquiátrica de forma mais explícita, em plena ditadura militar. Durante o percurso, também enfrentamos outras conjunturas difíceis, e teimosamente, nós resistimos e avançamos. Se temos agora pela frente um período mais sombrio, vamos resistir, combinando estratégias macro e microsociais. Em contextos como este, acreditamos que as perspectivas de empoderamento e *recovery* possam continuar a ser experimentadas no nível micro, como temos feito desde 2005, revelando seus caminhos próprios no Brasil. Em uma conjuntura mais favorável, teremos plenas condições de expandi-los, já consolidados com características mais plenamente adaptadas ao nosso

país. E aí, possivelmente, não serão apenas nós, profissionais, que seremos os principais atores de nossa luta antimanicomial, pois certamente teremos cada vez mais usuários e familiares, fortemente empoderados e em avançado processo de recuperação. Eles certamente sustentarão com força cada vez mais forte a nossa bandeira, bradando-a em nossas batalhas e vitórias, mas como **exemplos vivos dos valores e práticas que defendemos, e assim, de forma muito mais convincente do que nós, profissionais, temos feito até hoje.**

REFERÊNCIAS

- BARBIERI, NA (2014) *Doença, envelhecimento ativo e fragilidade: discursos e práticas em torno da velhice*. Tese doutoramento. São Paulo, Escola Paulista de Medicina, 2014
- BEZERRA JR, B. Da verdade à solidariedade: a psicose e os psicóticos, in P AMARANTE e B BEZERRA JR (org) *Psiquiatria sem hospício*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992
- BOAL, A. *Teatro do oprimido e outras poéticas políticas*. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira. 2005
- CÔRTEZ, SV. *Participação e saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2009.
- DA MATTA, R. *Carnavais, malandros e heróis*. Rio, Guanabara, 1990.
- DELGADO, PG. Sobrecarga do cuidado, solidariedade, e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro, *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 24 [4]: 1103-1126, 2014
- GADOTTI, M. *Paulo Freire: uma biobibliografia*. São Paulo, Cortez, 1996
- GROISMAN, D. *O cuidado enquanto trabalho: envelhecimento, dependência e políticas para o bem estar no Brasil*. Tese de doutoramento. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFRJ. Rio de Janeiro, 2015.
- HASENBALG, C, e SILVA, NV (org) *Origens e destinos: desigualdades sociais ao longo da vida*. Rio de Janeiro, Topbooks, 2003
- INSTITUTO PAULO MONTENEGRO. *Índice de Analfabetismo Funcional (INAF) - Relatório 2011-2012*. São Paulo, Instituto Paulo Montenegro, 2012

INTERFACES (Grupo de Pesquisa Saúde Coletiva e Saúde Mental) et al. *GAM - Gestão Autônoma da Medicação: guia para o cuidado compartilhado de medicamentos psiquiátricos*. Depto. de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, 2012

LEAL, EM et al. A experiência do adoecimento em estudo de narrativas de pessoas com diagnóstico de transtornos do espectro esquizofrênico: um debate sobre a categoria a partir de achados de pesquisa. Rio de Janeiro, *Ciências Humanas e Sociais em Revista*, vol. 36, 1, jul / dez, p. 55 – 67, 2014

LOWY, M. *A guerra dos deuses: religião e política na América latina*. Petrópolis, Vozes, 2000.

MELLO, LC. *Nise da Silveira: caminhos de uma psiquiatria rebelde*. Rio de Janeiro, Automática, 2014

MOFFATT, A. *Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular*. São Paulo: Cortez, 1980.

MOULAERT, T e BIGGS, S. International and European policy on work and retirement: reinventing critical perspectives on active ageing and mature subjectivity. *Human Relations*, v. 66, p 23-43, jun 2012

MUÑOZ, NM. et al. Pesquisa clínica em saúde mental: o ponto de vista dos usuários sobre a experiência de ouvir vozes. *Estudos de Psicologia*, 16(1), janeiro-abril, p 83-89, 2011

ONOCKO CAMPOS, RT et al. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. *Ciência e Saúde Coletiva* vol.18 (10) outubro, 2013a

ONOCKO CAMPOS, RT. et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços de saúde mental. *Ciência e Saúde Coletiva* vol.18 (10), outubro, 2013b

PALMEIRA, LF. *Entendendo a esquizofrenia: como a família pode ajudar no tratamento?* Rio de Janeiro, Interciência, 2009

PARKER, C. *Religião popular e modernização capitalista: outra lógica na América Latina*. Petrópolis, Vozes, 1995

PINHO, DB. *O cooperativismo no Brasil*. Rio de Janeiro, Saraiva, 2004

PINTO, CRJ. *Uma história do feminismo no Brasil*. São Paulo, Fundação Perseu Abramo, 2003

PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). *Relatório anual 2012 - PNUD Brasil*. Brasília, PNUD, 2013. Disponível em www.pnud.org.br

PRESOTTO, R et al. Experiências brasileiras sobre participação de usuários e familiares na pesquisa em saúde mental. *Ciência e Saúde Coletiva* 18 (10), outubro 2013

ROSE, D (2014) The mainstreaming of recovery. *Journal of Mental Health, Early Online*. 1-2. UK, Editorial. Disponível em www.informahealthcare.com

SILVA, JOMP (coord). *Nise da Silveira*. Rio de Janeiro, Fundação Miguel Cervantes, 2013.

SURJUS, LTLS. *Narrativas políticas: o olhar dos usuários sobre os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) de Campinas*. Campinas, Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva, UNICAMP, 2007

TENÓRIO, F. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, Rios Ambiciosos, 2001.

UNRISD (United Nations Research Institute for Social Development). *Combating poverty and inequality structural change, social policy and politics*. UNRISD, Geneva, 2010.

VALLA, VV e STOTZ, E. *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio, Relume-Dumará, 1993.

VASCONCELOS, EM. Políticas sociais no capitalismo periférico, in *Serviço Social e Sociedade* 29, São Paulo, Cortez, 1989.

VASCONCELOS, EM. *Do hospício à comunidade: mudança sim, negligência não*. Belo Horizonte, SEGRAC, 1992.

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. *Abordagens psicossociais, vol I: história, teoria e trabalho no campo*. São Paulo, Hucitec, 2008a.

VASCONCELOS, EM. *Abordagens psicossociais, vol II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares*. São Paulo, Hucitec, 2008b.

VASCONCELOS, EM (org). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo, Hucitec, 2010.

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. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental, em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. Rio de Janeiro, *Ciência e Saúde Coletiva* 18 (10), outubro 2013b

VASCONCELOS, EM. Conceitos básicos para se entender as propostas e estratégias de empoderamento no campo da saúde mental, In EM VASCONCELOS, (coord). *Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental*. Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social da UFRJ; Brasília, Ministério da Saúde, 2013c. 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>

VASCONCELOS, EM. *Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social*. Campinas, Papel Social, 2016.

VASCONCELOS, Eymard M. *Educação popular e atenção à saúde da família*. São Paulo, Hucitec, 1999.

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.