

GRUPO DE TRABALHO RECOVERY: UM OLHAR PARA SI

Recovery Working Group: A Look at Yourself

Nilson Souza do Nascimento¹
Amauri Nogueira²
Rodrigo Fernando Presotto³
Carina Robles Angelini⁴
Giselli da Silva Tavares Enes⁵
Eduardo Vicente Bilbao⁶
Leidy Janeth Erazo Chavez⁷
Marina Fernandes dos Santos⁸
Carolina Con Andrades Luz⁹
Daniel Luporini de Faria¹⁰
Ellen Cristina Ricci¹¹
Mariana Pereira Barbosa¹²
Rodrigo Carvalho Filizola¹³
Maria Regina do Nascimento¹⁴
Gláucia Cristina Martins¹⁵
Luciano Marques Lira¹⁶

¹ Nilson Souza do Nascimento integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

² Amauri Nogueira integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

³ Rodrigo Fernando Presotto integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

⁴ Carina Robles Angelini integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

⁵ Giselli da Silva Tavares Enes integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

⁶ Eduardo Vicente Bilbao integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

⁷ Leidy Janeth Erazo Chavez integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

⁸ Marina Fernandes dos Santos integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

⁹ Carolina Con Andrades Luz integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

¹⁰ Daniel Luporini de Faria integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

¹¹ Ellen Cristina Ricci integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

¹² Mariana Pereira Barbosa integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

¹³ Rodrigo Carvalho Filizola integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

¹⁴ Maria Regina do Nascimento integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

¹⁵ Gláucia Cristina Martins integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

¹⁶ Luciano Marques Lira integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

RESUMO: O Grupo de Pesquisa Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces, criado em 2004, é um espaço interdisciplinar do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e tem se dedicado a desenvolver estudos avaliativos em saúde mental utilizando métodos participativos. É constituído por estudantes pesquisadores, profissionais da saúde mental, pessoas com experiências de adoecimento mental e familiares. Desde 2009, com a Aliança de Pesquisa Universidade Comunidade Internacional: Saúde Mental e Cidadania (ARUCI: SMC) e a experiência da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), o conceito de *recovery* emergiu no grupo trazendo estranheza e curiosidade para os participantes. Na medida em que o grupo se aproximava da conceitualização do *recovery* como um novo paradigma de saúde mental, pessoas com experiência de adoecimento que compartilham o trabalho do grupo começaram a entender o *recovery* para si e sobre si. Esse processo foi favorecido pela oferta de oficinas de orientação a todo o grupo, realizadas por Richard Weingarten e o Grupo Interfaces. A partir do processo de compreensão do conceito de *recovery* formamos um grupo de trabalho (GT Recovery) em que foi realizado o processo de tradução e interpretação parcial do instrumento *Recovery Self-Assessment* (RSA) e posteriormente a síntese do trabalho foi apresentada ao Grupo Interfaces.

Palavras-chave: Recovery. Relato de Experiência sobre Adoecimento. Grupo de Trabalho. Saúde Mental.

ABSTRACT: The Group of Research in Collective Health and Mental Health: Interfaces, created in 2004, is an interdisciplinary space of the Department of Collective Health of the Faculty of Medical Sciences of the State University of Campinas (UNICAMP), develops evaluation studies in mental health using participatory methods. It consists of student researchers, mental health professionals, people with experiences of mental illness and family members. Since 2009, with the Research Alliance University International Community: Mental Health and Citizenship (ARUCI: SMC) and the experience of Autonomous Medication Management (GAM), the concept of recovery emerged in the group bringing strangers and curiosity to the participants. As the group approached the conceptualization of recovery as a new paradigm of mental health, people with experience of illness who share the work of the group began to understand recovery for themselves and for themselves. This process was favored by the provision of group-wide workshops conducted by Richard Weingarten and the Interfaces Group. From the process of understanding the concept of recovery, we formed a working group (GT Recovery) in which the process of translation and partial interpretation of the Recovery Self-Assessment (RSA) instrument was carried out and later the synthesis of the work was presented to the Interfaces Group.

Keywords: Recovery. Illness Experience. Working Group. Mental Health.

1 INTRODUÇÃO

O grupo de pesquisa Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces (Interfaces) do Departamento de Saúde Coletiva (DSC) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-UNICAMP) desenvolve desde 2004 pesquisas qualitativas de caráter participativo e estruturadas sobre a plataforma da coconstrução do conhecimento. Neste processo o grupo adota como premissa a investigação da realidade objetiva por meio de arranjos que levam em consideração o ponto de vista dos atores sociais envolvidos no contexto pesquisado. Este desenho participativo de trabalho favoreceu uma forma de construção de conhecimento sobre a realidade dos serviços de saúde mental que tem como pressuposto levar em consideração a opinião de seus usuários, familiares, profissionais e gestores. Para o Grupo Interfaces, os usuários e familiares têm papel fundamental na construção do conhecimento resultante de pesquisa e na proposição de formas mais inclusivas e acessíveis de veiculação da informação para o grupo social que representam.

No trabalho intitulado *“Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos – GAM-BR”* o grupo Interfaces realizou um estudo avaliativo e participativo, voltado para Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) dos municípios brasileiros do Rio de Janeiro (RJ), Novo Hamburgo (RS) e Campinas (SP) e como um trabalho multicêntrico envolveu a participação da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal Fluminense (UFF) e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Este estudo teve como objetivos traduzir, adaptar e testar em CAPS destas cidades o *Guia pessoal de gestão autônoma da medicação (GAM)* e posteriormente avaliou o impacto desse instrumento na formação de profissionais de saúde mental (Onocko Campos et al, 2012).

O GAM é um instrumento elaborado pela *Associação de recursos alternativos de saúde mental de Quebec* com a colaboração de pesquisadores da *Equipe de pesquisa ação em saúde mental e cultura (ÉRASME)* e vem sendo aplicado no Canadá desde 1993. (Onocko-Campos et al, 2009).

Em 2010 os pesquisadores do GAM-BR estabeleceram articulação com a *Aliança de Pesquisa Universidade Comunidade Internacional (ARUCI)* e a partir dessa parceria entre os representantes brasileiros e canadenses a ARUCI foi intitulada ARUCI - Saúde Mental e Cidadania (ARUCI-SMC). Constituíram esta parceria as universidades brasileiras

UNICAMP, UFRGS, UFF, UFRJ, a Associação *Florescendo a Vida de Familiares, Usuários e Amigos dos Serviços de Saúde Mental de Campinas* (AFLORE) e a universidade canadense *Université de Montreal* e a Associação de Pessoas Usuárias de Serviços de Saúde Mental da Região de Québec (APUR).

O I Simpósio Internacional “*Recovery e Reabilitação Psicossocial: aproximação teórico-metodológica entre a tradição anglo-saxã e a brasileira*”, ocorrido em Maio de 2014, na Unicamp foi um dos resultados da parceria e o conceito de *recovery*, apareceu para o grupo se tornando foco de estranheza e curiosidade. Algumas pessoas com experiência de adoecimento começaram a entender o *recovery* para si e sobre si à medida que se aproximaram do conceito de *recovery* e participaram das oficinas de orientação sobre esse tema realizadas pelo pesquisador estadunidense Richard Weingarten e o Grupo Interfaces.

Foi a partir deste percurso que o grupo passou a dedicar esforços para o aprofundamento dos estudos centrados na experiência de sofrimento de pessoas com doenças ou problemas mentais e desde então tem se dedicado à compreensão conceitual e prática por meio de pesquisas e intercâmbios entre pesquisadores, profissionais e usuários de saúde mental do Brasil e de outros países.

2 CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE RECOVERY PELO GRUPO INTERFACES

O conceito de *recovery* tradicionalmente é usado na cultura anglo-saxã na área de saúde mental, mas pouco difundido no Brasil, no qual a tradição da Reforma Psiquiátrica apoia-se no conceito de Reabilitação Psicossocial (PITTA, 1996). No entanto, a associação entre os dois conceitos, suas semelhanças e diferenças tem sido discutida também no Brasil e foi no I Simpósio Internacional “*Recovery e Reabilitação Psicossocial: aproximação teórico-metodológica entre a tradição anglo-saxã e a brasileira*”, que aproximações conceituais foram realizadas. O objetivo deste evento foi discutir sobre as duas perspectivas, suas especificidades, contextos de produção e pontos de convergência. Os debates também se direcionaram para os processos de *recovery* e reabilitação psicossocial; como cidadania, direitos sociais e moradia.

Foram apresentados e discutidos projetos e ações voltadas para o *recovery*, assim como relatos de experiências pessoais, que ocorrem no Brasil, Canadá, EUA: Projeto Cidadania - Michael Rowe (Universidade de Yale), SOeSq e ABRE – Unifesp; Grupo Ouvidores de vozes/Voz dos usuários – RJ; Comunidade de Fala e WRAP – Richard Weingarten; experiências de usuário canadenses.

Na última década o conceito de *recovery* tem sido compreendido como um novo paradigma de saúde mental e pode refletir na organização e orientação dos sistemas e serviços de saúde mental (DUARTE, 2007, Davidson, 2003, 2010). No Brasil, quase a totalidade de projetos da Reforma Psiquiátrica trazem o conceito de Reabilitação Psicossocial em seu cerne e pouco se conhece sobre *recovery*. O conceito não possui um consenso, mas tem sido definido como um processo pessoal, de redescoberta de um novo sentimento de identidade, de fortalecimento pessoal para participação na comunidade (DEEGAN, 1996, 1988; Duarte 2007). Para Deegan (1996) o *recovery* não se refere apenas à recuperação de uma doença mental em si, mas a recuperação dos efeitos de condições socialmente desfavoráveis de vida provocadas pelo estigma, pela segregação social e também pelas ações de profissionais e de saúde desumanizadas.

Na realidade brasileira, o acesso a muitos direitos sociais ocorre a partir do diagnóstico médico de doença mental, que reflete uma necessidade de “compensação” às pessoas que adoecem ou estão em intenso sofrimento mental, considerando seu histórico de exclusão social. Uma implicação disso é a necessidade de um aprofundamento no debate de como esses conceitos de reabilitação psicossocial e de *recovery* se constroem culturalmente, e quais os significados terapêuticos que as ações cotidianas podem ter.

Nesse sentido, considera-se possível o debate entre os dois conceitos na medida em que a interface entre Reabilitação e processos de *Recovery* implica a compreensão de que as pessoas a quem são direcionados os cuidados de saúde mental são pessoas/cidadãos desejantes. Assim, tanto o conceito de reabilitação psicossocial como o de *recovery* enfatizam as abordagens em “primeira pessoa” e a inserção nos processos de cidadania como ações fundamentais na retomada da vida, nos processos mentais basilares e na instauração do sentimento de esperança. Dessa forma, considera-se que não é possível pensar em estratégias de cuidado sem que estas sejam pautadas pelo viés da cidadania e conseqüentemente, considerando o real e possível acesso das pessoas aos seus direitos sociais.

Outros pontos sobre a conceituação do *recovery* e sua convergência com o conceito de reabilitação psicossocial brasileiro foram construídos coletivamente durante o I Simpósio aqui referido. Dentre eles a compreensão de que é necessário o redimensionamento do conceito de doença crônica. Isso porque o contexto de oferta de cuidados e de serviços de saúde tem sido implantado pelo Estado com objetivo de cuidar de pessoas com doenças crônicas oferecendo-lhe serviços de saúde. No entanto, isso pode se configurar como um paradoxo, pois o conceito de *recovery* almeja ampliar a alteridade de cada sujeito e neste sentido, este pode decidir o que quer e o que sente e quais ações podem desenvolver em

busca de sua recuperação e fortalecimento. No entanto, estas ações, não necessariamente, devem ser definidas por *experts* ou profissionais de saúde (Deegan, 1988, 1996).

A partir dessas reflexões foi possível perceber a necessidade de debates mais aprofundados sobre os conceitos de cidadania, *recovery* e reabilitação psicossocial ao longo do simpósio, pois estes podem favorecer a reflexão e construção de modelos de cuidado mais justos, criativos e principalmente que coloque no centro das decisões as pessoas que experimentam os processos de adoecimento e sofrimento mental. Trata-se de um trabalho cuidadoso no qual as revisões dos conceitos e das práticas, assim como a oferta de serviços e cuidados de saúde devem ser o foco.

Nesse sentido, o Grupo Interfaces continuou, nestes últimos anos, aprofundando estudos centrados na experiência de sofrimento psíquico de pessoas que vivenciam um adoecimento mental. As pessoas vivem experiências de exclusão e estigma quando adoecem, essas experiências marcam o corpo e seu papel na sociedade, provocando rupturas ou mesmo fazendo-as viver em “mundos paralelos”, às margens do contexto social. A compreensão do conceito de *recovery* se coloca para o grupo Interfaces como tentativa de romper com os círculos de cuidado centrados nas equipes e nos serviços de saúde. Ao invés disso, o grupo deseja se centrar nas pessoas que vivem experiências de adoecimento e entende que a possibilidade de falar dessas experiências pode criar lugares de pertencimento e de ajuda mútua que causem uma expansão da esfera social.

3 DESDOBRAMENTOS: O SURGIMENTO DO GT RECOVERY

O interesse sobre o tema do *recovery* envolveu a todos, se fortalecendo como um eixo de pesquisa do Grupo Interfaces, até que, em 2016 um subgrupo de trabalho intitulado GT *Recovery* foi constituído. O GT nasceu da necessidade de alguns estudantes de Mestrado e Doutorado em aprofundar e melhor se familiarizar com o conceito. Além dos estudantes outros integrantes do grupo Interfaces, pessoas com experiência de adoecimento mental e seus familiares, também tinham grande interesse e desejavam se aprofundar e conhecer melhor o conceito de *recovery*.

O GT programou encontros quinzenais com objetivo de aprofundar os conhecimentos sobre o próprio conceito de *recovery* e também compartilhar experiências prévias de participação em outros projetos de pesquisa. A dinâmica de trabalho se constituiu a partir das necessidades do grupo e os processos de trocas entre todos os participantes, favoreceram a ampliação da reflexão acerca dos desafios de estudar e de viver o *recovery*.

Foram realizados 15 encontros do GT com duração de 3 horas nos quais realizamos atividades de leituras de artigos científicos com objetivo de compreender o conceito. À medida que as leituras foram desenvolvidas e compartilhadas em grupo, a compreensão do conceito foi sendo tecida também com as próprias experiências de *recovery* dos participantes. Seja através da leitura do relato de experiência de adoecimento psíquico de um dos participantes, ou através de outros relatos espontâneos que surgiam no encontro grupal, à discussão teórica ganhou vida e sentido para todos os participantes.

Os artigos de Patrícia Deegan (1996) e de Tereza Duarte (2007) foram utilizados neste percurso e auxiliaram o grupo no entendimento de que “cada um possui seu próprio caminho de recuperação” e a interpretação do conceito de *recovery* apareceu com certa “polissemia”. O sentido do *recovery* ressoou no processo grupal e favoreceu significados singulares entre os participantes, no entanto, houve um predomínio de uma vertente ascendente, ou seja, algo que levaria a um estado de melhora, de restabelecimento da sua saúde mental. Há nesta construção conceitual a acepção que mais nos interessa explorar, que é aquele sentido atribuído ao conceito de *recovery* que diz respeito a uma “transformação” do sujeito.

Sua existência estaria não mais direcionada para uma escala ascendente na qual o cume seria alcançado artificialmente quando o sujeito se estabiliza definitivamente, mas relacionada a uma transformação que o sujeito vivencia. Esta, por sua vez, estaria mais relacionada a um processo subjetivo, único, original e baseado em trocas de experiências a partir da convivência em grupos e partilham de seus sentimentos, ideias, fantasias e planos de vida. Nesse sentido, a participação do sujeito em grupos horizontalizados, onde cada ator envolvido é convidado a se expressar livre e espontaneamente, sem acatar ordens de como nem quando se manifestar favorece e pode se constituir o próprio *recovery*. Acredita-se que o grupo Interfaces sempre teve na sua essência uma forma de funcionamento que favoreceu esse tipo de participação ativa e empoderadora dos usuários:

“Devido as minhas participações no GAM, na AFLORE, no Interfaces e no Recovery estou muito melhor e nunca mais tive internação longa em Hospital Psiquiátrico. Só no leito quando precisei.” (Relato de participante do GT Recovery).

Durante a discussão do texto intitulado *Recovery da Doença Mental: uma visão para os sistemas e serviços da saúde mental* de Teresa Duarte (2007), o grupo levantou questões importantes para compreensão conceitual que foram: “Como fazer *recovery* no contexto brasileiro?”; “Quais práticas que já são feitas aqui que podem ser consideradas

exemplos de *recovery* do usuário?” e “O que nós utilizamos como meios para promoção do nosso próprio *recovery*?”.

Neste processo grupal, muito embora o conceito de *recovery* não tenha sido esgotado do ponto de vista teórico, os participantes foram delineando sentidos coerentes para o termo de acordo com as suas experiências de vida. Além disso, e também como movimento de apropriação do grupo, surgiram outros interesses de participantes escreverem sobre a relação existente entre o *recovery* e experiências durante a pesquisa GAM-BR e também de processos pessoais de *recovery*.

Ambos os textos foram apresentados posteriormente e contribuíram com o processo grupal, bem como para o entendimento deste grupo heterogêneo sobre a experiência de *recovery* e como o coletivo estava entendendo esse conceito:

“É na AFLORE que a gente começa a discutir uma parceria com o Canadá e UNICAMP no Brasil. Isso foi muito importante para mim, fiquei ansioso na busca de novas relações com pessoas de outros países e começo a discutir a questão de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) sem conhecer ainda a ARUC. Fui convidado então, em 2008 ou 2009, para entrar no grupo Interfaces e cheguei muito tenso e quase sem rumo e com as discussões sobre a GAM e experiência vivida no Canadá. Nessa época no decorrer da pesquisa ainda tomava muitos remédios. Na base de uns 6 a 8 comprimidos por dia e com as discussões no Interfaces sobre a GAM fui criando força para deixar de tomar os remédios depois de 3 anos de pesquisa. E estou até hoje sem tomar remédio. Foi uma experiência e tanto, muito importante para mim. De aprender ter um controle, um olhar para dentro de mim mesmo e o mais curioso quando pensamos uma viagem até o Canadá. Onde vou ficando mais fortalecido emocionalmente. Um dos pontos mais interessantes dessa pesquisa está nessa viagem, viagem é de conhecer as verdadeiras pessoas que pensaram em outra coisa, outras relações que não fosse só com os remédios. Que eu encontrei os verdadeiros criadores da GAM, que foi uma farmacêutica.” (Relato de participante do GT Recovery).

“Para mim o *recovery* é como um trabalho. É um trabalho para *mim* entender as pesquisas em saúde mental. Eu me tratava e não me entendia e hoje já aprendi muitas coisas, inclusive, como eu mesmo posso cuidar da minha saúde. Cuido das minhas medicações certinhas e antes nem das minhas medicações eu cuidava.” (Relato de participante do GT Recovery).

Os textos produzidos pelos participantes foram apresentados posteriormente e contribuíram com o processo grupal de compreensão das experiências de *recovery*.

Além deste trabalho de leituras, o GT *recovery* realizou o trabalho de tradução livre do instrumento *Recovery Self Assessment* (RSA – versão usuário) desenvolvido na Universidade de Yale, por meio do *Program for Recovery and Community Health* (PRCH) (O’Connell, et al, 2007), e a discussão para se aproximar de uma possível versão, mais adaptada à realidade brasileira. Esta experiência favoreceu um processo de reflexão da experiência de avaliações do *recovery* em outros países e também dos serviços de saúde

mental do Brasil, especialmente sobre o funcionamento de sua rede e da relação entre os usuários e os trabalhadores.

Segue alguns exemplos de como o grupo trabalhou para tentar aproximar as frases do instrumento à realidade brasileira:

Frase em Inglês	Frase Traduzida	Frase Adaptada	Observação
The physical space of the program (e.g., the waiting rooms, etc.) is inviting and dignified.	O Espaço físico do programa (ex: a entrada, a sala de espera, etc.) é convidável/acolhedor e dignificante	O espaço físico do programa (ex: a entrada, a sala de espera, etc.) é convidável/acolhedor e dignificante	No Brasil temos uma rede de serviços e o grupo considerou essa uma mais interessante característica do programa. Também senti necessidade de descrever o espaço físico e também trabalhar com conceitos subjetivos, visto que alguns usuários até conseguem manter características físicas, mas marcam diferenças distintas entre os usuários profissionais, o que proporciona um acolhimento e pouco acolhimento aos usuários nos espaços de atendimento.
I can change my opinion or case manager if I want to.	Se eu quiser posso mudar de clínico/médico ou profissional de referência	Se eu quiser posso mudar de clínico/médico ou profissional de referência (incluimos psicólogos, terapeutas ocupacionais).	Pelo menos na realidade de Florianópolis é comum os usuários terem um grande vínculo com os profissionais de referência, que podem ser qualquer trabalhador com formação universitária, por isso senti necessidade de ampliar a palavra clínico e reforçar os outros profissionais.
I can easily access my treatment records if I want to.	Se eu quiser posso facilmente acessar meu prontuário	Se eu quiser posso facilmente acessar meu prontuário (talvez caiba considerar o acesso/direito).	Poucos usuários do grupo sabem da possibilidade de acessar o prontuário/direito. Considera

		e anterior): Eu sei o direito de ver tuário, o que é pos lhar no prontuário.	amental então reformular ção, deixando claro que iss condição de direito e provoca npliando aspectos de cidadan
--	--	---	--

Os encontros do GT *recovery* favoreceram a produção de conhecimentos mais horizontalizados onde foi possível percorrer caminhos da biografia de cada integrante, conversar e ouvir as histórias de vida e de recuperação. O contato entre a teoria e as vivências do grupo facilitou a compreensão de que para entendimento do conceito de *recovery* é necessário provocarmos transformações nas relações de cada pessoa com a produção de conhecimento, valorizando principalmente as experiências de vida. Além disso, o grupo fez um percurso de subjetivação no qual as perguntas de pesquisa nunca estavam prontas, mas surgiam à medida que o mesmo se encontrava.

4 CONCLUSÃO

O GT *recovery* fortaleceu e intensificou o que emergiu a partir do grupo Interfaces. Compreendemos que este trabalho foi o resultado de uma forma participativa e interdisciplinar de se trabalhar em pesquisa em saúde mental; que reafirma os usuários de serviços de saúde como integrantes fundamentais, tanto quanto os acadêmicos, responsáveis pelo processo de construção do conhecimento para o desenvolvimento de novas pesquisas e métodos de trabalho em saúde mental.

Considera-se, portanto, que a discussão do conceito de *recovery* no GT favoreceu novos e potentes sentidos sobre o termo. Além disso, com a experiência das pessoas que vivenciaram o adoecimento vivenciaram processos de recuperação o entendimento sobre *recovery* pode favorecer uma mudança nos modelos de tratamento, centrado em procedimentos, para um modelo orientado para *recovery*, centrado no sujeito, em seus desejos e suas relações.

REFERÊNCIAS

DAVIDSON, L. *Living Outside Mental Illness. Qualitative studies of recovery in Schizophrenia*. New York: New York University Press, 2003.

DEEGAN, P. Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric rehabilitation journal*, Boston, v.19, n.3, p. 91-97, 1996.

Disponível em: <http://toronto.cmha.ca/files/2012/11/Deegan1996-Recovery-Journey-of-the-Heart1.pdf>. Acesso em: 30/08/16.

DEEGAN, P. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, Boston, v. 11, n. 4, p. 10-19, 1988.

Disponível em: <http://toronto.cmha.ca/files/2012/11/Deegan1998-Recovery-The-Lived-Experience1.pdf>. Acesso em: 30/08/16.

DUARTE, T. Recovery da doença mental: uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica*, Lisboa, v. 25, n. 1, p. 127-133, jan. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v25n1/v25n1a10.pdf>. Acesso em 20/08/16.

ONOCKO CAMPOS, R. T., FURTADO, J. P., PASSOS, E., FERRER, A. N., MIRANDA, L., & GAMA, C. E. P. Avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a Saúde Coletiva e a Saúde Mental. *Revista de Saúde Pública*, V.43, N. 1, p.16-22, 2009.

Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/publicacoes/artigos>. Acesso em 20/08/16.

ONOCKO CAMPOS, R.T.; PALOMBINI, A.L.; SILVA, A. E.; PASSOS, E.; LEAL, E.M.; SERPA JUNIOR, O.D.; MARQUES, C.C.; GONÇALVES, L.L.M.; SANTOS, D.V.D.; SURJUS, L.T.L.S.; ARANTES, R.L.; EMERICH, B.F.; OTANARI, T.M.C.; STEFANELLO, S. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. *Interface (Botucatu. Impresso)*, v. 1, p. 0-0, 2012.

Disponível em:

<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/rosana2012adaptacaomulticentricadoguiapara.pdf>. Acesso em: 20/08/16

PITTA, Ana (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, p.19-26, 1996.