

# PERCEPÇÕES DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS SOBRE O PROCESSO DE RECOVERY: RELATO DE UM GRUPO FOCAL

*Perceptions of persons with mental disorders about Recovery: a report from a focus  
group*

José Alberto Orsi<sup>1</sup>

Tiago Ribeiro da Silva<sup>2</sup>

Norha Vera San Juan<sup>3</sup>

Walter Ferreira de Oliveira<sup>4</sup>

---

Artigo encaminhado: 15/02/2021

Artigo aceito para publicação: 30/04/2021

**RESUMO:** As abordagens baseadas em *recovery* vêm sendo cada vez mais utilizadas e pesquisadas no campo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial, orientando esses serviços em diversos países. No Brasil, nos últimos anos, percebe-se uma presença maior na literatura acadêmica de pesquisas quantitativas e qualitativas sobre *recovery* e assuntos correlatos. Este artigo apresenta os resultados de um Grupo Focal, conduzido na cidade de São Paulo, no sul do Brasil, em dezembro de 2017, com apoio do Programa de Esquizofrenia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (PROESQ-EPM/Unifesp). O grupo contou com oito frequentadores da Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia (ABRE) e teve como principal objetivo investigar a compreensão dos participantes sobre alguns conceitos e elementos considerados importantes, segundo a literatura, relacionados ao processo de *recovery*. O conteúdo transcrito foi analisado segundo as seguintes categorias conceituais: problema mental e transtorno mental; redes de apoio; recuperação (subdividida em: clínico existencial, melhorar, superar-se e sentir-se realizado) e serviços de saúde mental. No discurso dos participantes foi possível identificar auto e heteroestigma, principalmente através de denominações e termos que reforçam de maneira negativa suas identidades e o estabelecimento de relações sociais. Identificou-se na categoria de serviços de saúde mental sentimentos ambivalentes frente a vivências ligadas a formas de cuidado desumanizado e estigmatizante. Foram notadas percepções positivas de cuidados recebidos no âmbito dos serviços, identificados como referências de

---

<sup>1</sup>Mestrando no Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina (Unifesp/EPM). E-mail: jorsi21@gmail.com

<sup>2</sup> Mestre pelo Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Unifesp/EPM. Terapeuta Ocupacional. E-mail: tiago.rs10@gmail.com

<sup>3</sup>PhD in Social Epidemiology (Health Service and Population Research). Instituto de Psiquiatria, Psicologia e Neurociências - King's College London. E-mail: norha.vera@kcl.ac.uk

<sup>4</sup>Ph.D, Professor titular do Depto. de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: walteroliveira.ufsc@gmail.com

apoio, destacando-se aspectos positivos presentes nas relações com profissionais. Outro elemento importante, presente nas narrativas, foi o reconhecimento da presença do facilitador com experiência vivida, atuando nos grupos de apoio de pares. Estes facilitadores foram reconhecidos como possíveis profissionais a serem inseridos nos serviços de saúde mental.

**Palavras-chave:** Recovery na saúde mental. Saúde mental. Sistemas de apoio psicossocial. Grupos focais. Pesquisa qualitativa.

**ABSTRACT:** Recovery-based approaches have been increasingly used and researched in the field of Mental Health and Psychosocial Care, guiding these services in several countries. In Brazil, in recent years, there has been a greater presence in the academic literature of quantitative and qualitative research on recovery and related subjects. This article presents the results of a Focus Group, conducted in the city of São Paulo, in the south of Brazil, in December 2017, with support from the Schizophrenia Program of the Escola Paulista de Medicina of the Federal University of São Paulo (PROESQ-EPM / Unifesp). The group had eight members of the Brazilian Schizophrenia Association (ABRE) and its main objective was to investigate the participants' understanding of some concepts and elements considered important, according to the literature, related to the recovery process. The transcribed content was analyzed according to the following conceptual categories: mental problem and mental disorder; support networks; recovery (subdivided into: existential clinic, improving, overcoming and feeling fulfilled) and mental health services. In the participants' discourse, it was possible to identify self and hetero stigma, mainly through denominations and terms that negatively reinforce their identities and the establishment of social relationships. Ambivalent feelings were identified in the category of mental health services in the face of experiences linked to dehumanized and stigmatizing forms of care. Positive perceptions of care received in the scope of services were noted, identified a support references, highlighting positive aspects present in relationships with professionals. Another important element, present in the narratives, was the recognition of the presence of the facilitator with lived experience, working in the peer support groups. These facilitators were recognized as possible professionals to be inserted in mental health services.

**Keywords:** Mental health Recovery. Mental Health. Psychosocial Support Systems. Focus groups. Qualitative research.

## 1 INTRODUÇÃO

As abordagens baseadas em *recovery* vêm sendo cada vez mais utilizadas e pesquisadas no campo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial (SMAPS). O reconhecimento do sucesso da abordagem vem ocorrendo a partir de relatos cada vez mais frequentes de pessoas com transtornos

mentais de diversos níveis de gravidade, como de seus familiares e profissionais do cuidado, evidenciando a possibilidade destas pessoas terem uma vida satisfatória e produtiva, apesar dos efeitos negativos do transtorno e de seus sintomas (PATHARE; KALHA; KRISHNAMOORTHY, 2018; PERNICE; BIEGEL; KIM; CONRAD-GARRISI, 2017; PERNICE-DUCA, 2010). A literatura científica ao longo das últimas décadas vem atestando a eficácia dessa abordagem, embasando e compondo princípios norteadores do *recovery* e facilitando desta forma a implementação de modelos de cuidado inseridos como políticas públicas e orientando serviços de saúde mental em diversos países. (HEYERES; KINCHIN; WHATLEY; BROPHY; JAGO; WINTZLOFF; TSEY, 2018; OADES; DEANE; CROWE, 2017; LEAMY *et. al.*, 2011).

A abordagem orientada em *recovery* é entendida como processo e como um conjunto de ações e atitudes voltadas para uma retomada de vida satisfatória, contributiva e com esperança realista. Ao mesmo tempo promove o desenvolvimento de um significado e um propósito de vida para além dos efeitos limitantes do transtorno mental (ANTHONY, 1993).

Um conjunto de valores, atitudes, crenças e comportamentos que sustenta a lógica asilar deve ser questionada e transformada para que se consiga assumir o processo de cuidado baseado em *recovery*. Este é um dos motivos pelo qual a prática de *recovery* se caracteriza, para Costa (2017), como uma mudança paradigmática. Lenny et al (2011) encontram-se entre os que vem testemunhando esta mudança propondo, a partir de uma revisão sistemática na literatura internacional, um quadro teórico com cinco aspectos envolvidos no processo de *recovery*, denominado através do acrônimo em inglês CHIME: Conexão (*connectedness*), esperança (*hope*), identidade (*identity*), significado na vida (*meaning in life*) e empoderamento(*empowerment*). Nesta perspectiva, o transtorno deixa de ser o elemento central de identificação do sujeito, pois esta passa a conviver com possibilidades negadas sistematicamente pela própria ocorrência do diagnóstico. O discurso tradicional da psiquiatria inclui o prognóstico fatalista da inevitabilidade da degeneração pessoal, familiar e social das pessoas com transtorno mental (PTM) (CAPONI, 2012). Este discurso é substituído, na abordagem orientada ao *recovery*, pelo reconhecimento de grandes desafios impostos pelo transtorno. É rejeitada a sentença imutável de condenação à

solidão, à desesperança e à improdutividade social, corolário daquele discurso tradicional.

A transformação da visão tradicional de inevitável degeneração permite uma ressignificação do transtorno mental. O episódio de crise, por exemplo, pode ser encarado como uma oportunidade de crescimento ou um momento a ser superado e aprendido, ao invés de mais um passo em direção à decadência psicossocial. Nessa visão, para que um processo de *recovery* se desenvolva, é importante considerar, em primeiro lugar, o compromisso e o protagonismo da pessoa que sofre o transtorno. É primordial reconhecer a importância de sua participação nas decisões sobre sua vida e na própria interpretação de sua experiência psíquica.

O protagonismo deste sujeito não prevê isolamento ou independência total. A ajuda e apoio de outros sujeitos nesse processo são fundamentais e podem acontecer de várias formas. O papel dos profissionais é importante para exercer apoio para que a pessoa desenvolva seu caminho pessoal de aprendizado e desenvolvimento de estratégias de cuidado e superação sobre as limitações impostas pelo transtorno. Nesse sentido, o estabelecimento de uma relação horizontal e colaborativa de cuidado contribui para que, de maneira conjunta, apoiador e apoiado possam estabelecer as melhores escolhas sobre terapias, medicamentos, atividades ou outras formas de cuidado pertinentes e centradas sobre a necessidade da pessoa (VAN et.al.2019; ADNOY *et.al.*, 2014; NHS, 2012).

Um recurso central no processo de *recovery* é o Suporte de pares, grupos formados por pessoas que já passaram por experiências similares, no caso o transtorno mental, e que se auxiliam mutuamente na superação de problemas. Inspiram, assim, esperança e contribuem decisivamente nos processos de recuperação e manutenção do estado de saúde. Do ponto de vista estrutural, o Suporte de pares pode funcionar de maneira semelhante aos grupos de autoajuda e tem regras e procedimentos bastante flexíveis.

Pode-se considerar que a abordagem *recovery*, em nível internacional, encontra-se em uma terceira geração. No início, houve uma afirmação da possibilidade de recuperação das pessoas com transtorno mental para além do que a literatura científica previa (STRAUSS; CARPENTER, 1974). Essa proposição balançou crenças e forçou novas formas de encarar os

procedimentos e serviços em saúde mental, inicialmente em países como Estados Unidos, Austrália e da Europa nórdica e central.

Uma segunda geração foi a de implementação de serviços, programas e orientações baseados em *recovery* e incorporados aos campos disciplinares relacionados à Saúde Mental e aos meios de formulação de políticas de saúde. Aparecem então dispositivos como os *Recovery Colleges* e *Recovery Clubs*, bem como programas de colaboração entre serviços governamentais e não governamentais, universidades e órgãos intersetoriais de governo. Exemplos nesse sentido estão os projetos colaborativos entre Yale University, Departamento de Saúde Mental e Serviços para Adictos (*Department of Mental Health and Addictive Services*) e Departamento de Suporte de Empregos (Employment Services Department), no Estado de Connecticut, nos EUA. Da mesma forma, na Inglaterra, podemos citar a implementação de políticas públicas que validam e financiam serviços orientados por *recovery*, bem como o desenvolvendo de Recovery Colleges, através do National Health Service(NHS) e em colaborações com departamentos de universidades que se tornaram referências em pesquisas e projetos em *recovery* como King's College London e University of Nottingham. Surgem, ainda, organizações internacionais, como o *International Recovery Community Collective*, integrando pesquisadores, profissionais de saúde, usuários e outros cidadãos, para fins de intercâmbio de ideias e instauração de projetos de cooperação técnica.

Na sua atual geração, a ideia de *recovery* se expande para além do campo da saúde mental. Isso ocorre não só em uma perspectiva mais ampla da Atenção Psicossocial, não mais considerada um elemento exclusivo de saúde mental, mas de todo processo de saúde, mas também porque as bases do processo de *recovery* podem ser utilizadas em diversos outros setores. Por exemplo, no campo do sistema penitenciário e judicial, onde milhões de pessoas sofrem transtornos devidos a uma situação social em particular que é, ao mesmo tempo, traumatizante e com grande necessidade de reabilitação psicossocial. Aplica-se também ao campo de trabalho com infância e juventude, e mesmo ao campo clínico da saúde, onde experiências vividas no ambiente do hospital podem ser beneficiadas com o processo de *recovery* (CATAPAN; OLIVEIRA; UVINHA, 2020).

Nesta terceira geração, consolidam-se filosofias voltadas para o *recovery*, propostas de trabalho e evidências científicas que apontam para uma eficácia dessa abordagem em diversas áreas de atuação da Saúde Coletiva (BACCARI; ONOCKO; STEFANELLO, 2015). Ao mesmo tempo, *recovery* apresenta-se como um movimento internacional congregando usuários, pesquisadores, profissionais de saúde, e outros cidadãos interessados no assunto.

Uma orientação fundamental em *recovery* é o da importância da inserção cidadã do sujeito como parte de seu processo evolutivo. Essa visão é formulada por Rowe e Davidson (2016) e aponta para uma teoria de cidadania composta por seis elementos estruturantes (cinco Rs e mais o senso de pertencimento). Os cinco Rs (em inglês) são *Rights, Roles, Responsibilities, Resources* e *Relationships* (Direitos, Papéis, Responsabilidades, Recursos e Relações).

Embora já existam no Brasil publicações sobre *recovery*, incluindo estudos de validação de instrumentos com adaptação cultural (ANDRADE, 2020; SILVEIRA, et al. 2017; SILVA, et al., 2017), a abordagem ainda não é largamente utilizada em serviços de saúde mental públicos e privados. A Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia (ABRE), em São Paulo, é uma das organizações voltadas para a atenção em saúde mental que assume uma orientação geral de suas atividades baseada na abordagem *recovery*. Nessa perspectiva, a proposta da ABRE é contribuir para o empoderamento das pessoas que vivenciam a esquizofrenia (ABRE – Estatuto Social, nov. 2002), fortalecendo seus protagonismos, a fim de cuidar do transtorno mental não como definição peremptória de suas existências, mas reconhecendo-o como condição importante, todavia não a principal, na vida da pessoa. Desta forma a pessoa deixa de ter o papel de paciente e portador para ser considerada como ser integral, sujeito de direitos e desejos e com possibilidades de maior controle sobre sua própria vida.

Uma necessidade, para a introdução da abordagem do *recovery* no Brasil, é a realização de pesquisas qualitativas, baseadas em narrativas das pessoas com transtornos mentais (COHEN; ABRAHAM; BURK; STEIN, 2012). As narrativas em primeira pessoa permitem explorar entendimentos sobre conviver e compreender a experiência com o transtorno mental. Tais

entendimentos são fatores que podem contribuir para apoiar o desenvolvimento de processos positivos para o estabelecimento de uma vida mais satisfatória e com maior bem-estar. Com vistas a colher narrativas desta natureza, realizamos o Grupo Focal, cujos resultados apresentamos neste artigo.

## 2 METODOLOGIA

Este estudo fez parte de uma parceria interinstitucional coordenado pela pesquisadora NVSJ do Instituto de Psiquiatria, Psicologia e Neurociências King's College London em colaboração com os pesquisadores TRS e JO da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/Unifesp), com objetivo de colaborar para o entendimento e concepções de PTM da América Latina sobre termos e vivências relacionados à abordagem *recovery*. Foi realizado um Grupo Focal (GF) na cidade de São Paulo, no mês de dezembro de 2017, na sede do Programa de Esquizofrenia (PROESQ) da EPM/Unifesp, com oito participantes do grupo de acolhimento da ABRE e das Oficinas do Laboratório de Criação Casa Azul (LACCA), os quais não necessariamente participavam do ambulatório psiquiátrico do PROESQ.

O PROESQ é um ambulatório psiquiátrico, interdisciplinar, especializado em esquizofrenia vinculado à EPM/Unifesp, submetido ao SUS e que através de parceria com a ABRE, disponibiliza sua sede para a realização de suas atividades abertas para a comunidade.

O LACCA é um projeto artístico-cultural da ABRE, instituído em 2016, que oferece oficinas e *workshops* de diversas modalidades, tais como: Escrita, Filosofia, inglês, Computação, Artes plásticas, Teatro, Música, Taichi, Yoga e Dança do ventre. As atividades são abertas ao público em geral, mas a maioria dos frequentadores é composta de PTM atendidas pela ABRE.

A parceria interinstitucional da EPM/UNIFESP com o Kings College London ocorreu por meio de uma colaboração de pesquisa para a coleta de dados para um projeto de doutorado, com objetivo de investigar o significado de *recovery* para cuidadores/familiares e usuários de serviços de saúde mental na América Latina.

O objetivo específico do GF foi investigar o entendimento de pessoas com vivência pessoal de transtorno mental sobre alguns termos e palavras que compõem uma linguagem estruturante da concepção de *recovery* e verificar a compreensão dos participantes sobre alguns conceitos e elementos considerados importantes dentro desse processo. Para investigar a compreensão dos participantes sobre as questões propostas, foram exploradas suas percepções, entendimento e experiências relacionadas à abordagem *recovery* a partir de um roteiro semiestruturado, construído pela pesquisadora em sua tese de doutorado<sup>5</sup>, traduzido do idioma inglês para o português, e adaptado culturalmente pelos autores.

Os participantes foram selecionados segundo os seguintes critérios de inclusão: pessoas de ambos os sexos, maiores de 18 anos, em atendimento psiquiátrico ambulatorial no momento da pesquisa, com diagnóstico de esquizofrenia, transtorno esquizotípico e outros transtornos delirantes (F20-F29, segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID-10), considerados clinicamente estáveis e com condições cognitivas preservadas.

Para fins de análise foram previamente estabelecidas as seguintes categorias conceituais previamente definidas no roteiro semiestruturado identificadas a partir de conceitos chave sobre *recovery*, identificados na literatura: problema mental e transtorno mental; redes de apoio; recuperação, subdividida em: clínico existencial, melhorar-se, superar-se e sentir-se realizado; e por fim serviços de saúde mental, agrupando conceito de serviços e profissional de saúde mental.

OGF foi conduzido por dois pesquisadores (um terapeuta ocupacional e outro pesquisador com experiência vivida) e através da apresentação aos participantes dos tópicos/conceitos chave de *recovery* pré-determinados e conforme a ordem prevista no roteiro. Os participantes respondiam e conversavam espontaneamente sobre as questões, ou eram estimulados a tal e, em casos de dúvidas, novas explicações eram fornecidas. As perguntas foram formuladas de modo que as respostas fossem dadas em primeira

---

<sup>5</sup> San Juan, NV. A qualitative enquiry about the meaning of recovery for Latin American mental health service users and their careers. Tese de Doutorado. Kings College London – unpublished.



pessoa, buscando estimular respostas a partir da vivência e experiência dos participantes. Os dados obtidos nas entrevistas foram analisados segundo os temas e conceitos chave pré-estabelecidas.

Para fins de análise do conteúdo das respostas foi realizada a gravação em áudio do GF, autorizada pelos participantes como parte de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi realizada transcrição literal da gravação do GF e as narrativas obtidas foram armazenadas em arquivos eletrônicos de acesso restrito aos pesquisadores responsáveis.

Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Unifesp, em conformidade com a Resolução CNS 466/2012, e registrado pela Plataforma Brasil, CAAE N. 2.394.928.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O GF teve duração de 60 minutos e contou com a presença integral dos oito frequentadores das atividades da ABRE, conforme previsto. Todas as questões foram apresentadas pelos pesquisadores, respondidas e discutidas exaustivamente pelo grupo e geraram material adequado à análise pelas categorias previamente estabelecidas. Não houve intercorrências de qualquer tipo que levasse a interrupção do grupo durante sua realização. Algumas limitações foram levantadas como a heterogeneidade no grau de *recovery* e possíveis variações cognitivas/ psicopatológicas entre os participantes (mesmo com as condições cognitivas preservadas no critério de inclusão) que possam ter interferido na maior participação de algumas pessoas que se destacaram durante o GF. Outra possível limitação nos resultados obtidos e categorias de análise poderia estar na realização de apenas um GF, fator que poderia ter limitado a variedade de conteúdos aparecidos nas narrativas em apenas um encontro.

#### **3.1 Problema Mental e Transtorno Mental**

A primeira questão, proposta no âmbito do GF, tratou das ideias que os usuários possuem sobre os termos “Problema mental” e “Transtorno mental”. O primeiro é muito utilizado coloquialmente, enquanto o segundo pode ser considerado como conceito, utilizado no campo da saúde mental e institucionalizado no DSM (APA, 2014). Os dois termos foram mencionados separadamente para ver se os participantes lhes atribuiriam graus de

diferenciação e se estas possíveis diferenças tomariam alguma proporção de importância em suas construções identitárias e compreensões conceituais.

As respostas dos oito participantes evidenciaram uma diferenciação no uso da terminologia e uma preocupação com a possibilidade de estigmatização calcada no uso da linguagem. Manifestaram-se diferenças em relação ao nível de gravidade e a outros critérios condicionantes da incorporação de um e outro termo. Como “Problema mental” foram citados problemas psicológicos, sensações e emoções de ocorrência generalizada na população; dificuldades psicológicas consideradas como de grau leve; situações que podem afetar e preocupar, mas que não necessariamente implicam um diagnóstico ou um desenvolvimento clínico. Entretanto, por comparação de gravidade, ansiedades e fobias foram apresentadas como formas ou causas de “problemas mentais”:

“Ansiedade é um transtorno mental? É, mas é leve. Praticamente a maioria da população tem ansiedade. Então eu encaro como um problema de doença mental? ... não necessariamente ... pessoas podem ter em variados momentos da sua vida ... ansiedade, uma fobia com relação a alguma coisa, mas não necessariamente atrelada a um diagnóstico” (V.).

Os participantes relacionaram, comparativamente, esses problemas a transtornos com maior gravidade, como “esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, TOC” (L.). O tema atrai também reflexões sobre o estigma e sobre a maneira como o termo “Problema mental” pode auxiliar um contato potencialmente embaraçoso em situações sociais:

“Quando a gente vai a algum lugar, um banco, por exemplo, e começa a conversar com alguém, a pessoa fala, “ah, você trabalha?” Aí você fala ... “não, tenho problemas mentais.” ... “é uma forma mais simples de dizer ... porque dificilmente você vai chegar e vai explicar mais a fundo”.(A).

O termo “Transtorno mental” foi referido primordialmente a um

diagnóstico, à presença de um distúrbio de maior gravidade, uma doença, algo que indica a necessidade de tratamento. Um dos participantes discorreu sobre a história evolutiva da terminologia, lembrando que foram instituições globais que cunharam o termo de forma a que ele diminuísse a propensão à estigmatização. Um dos participantes entende que é um termo mais técnico, médico, em comparação com “Problema mental”, um termo mais abrangente.

Os termos foram ainda reconhecidos como instrumentos de definição e classificação de identidades sociais, ou seja, como formas de outras pessoas definirem suas identidades, o que pode mediar atitudes de aceitação, discriminação e estigmatização. Na visão dos participantes o uso indiscriminado de termos como transtorno mental, aliado à utilização exclusiva do estado clínico como parâmetro para a recuperação, reforçam uma cultura e visão negativa da pessoa, reduzida à doença, a incapacidades e impossibilidades. Nesse sentido, a preocupação recai sobre a utilização, pelos profissionais, de termos e diagnósticos como instrumentos e reforçadores negativos de estigma, o que pode interferir sobre a construção de identidades mais positivas dos usuários.

O estigma, tanto auto como hetero estigma, foi um assunto presente no relato e na discussão dos participantes neste e em outros itens temáticos. O reconhecimento de que as denominações contribuem para o estigma leva a um escrutínio dos termos utilizados para denominar as PTM, dos termos para conceituar as condições relativas ao processo saúde-doença, bem como a uma gama enorme de termos utilizados por profissionais, usuários, familiares e pelo público em geral. A importância da discussão sobre terminologias no campo da saúde mental é, portanto, vital e enfatizada na literatura (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004; OLIVEIRA, 2004). O próprio termo *recovery*, no Brasil, tem sido objeto de discussão, sendo considerada inadequada por diversos atores da saúde mental, sua utilização no original, por ser do idioma inglês. Não houve, até agora, entretanto, consenso sobre esta posição ou proposta de termo em português aceita sem restrições, conforme discutido anteriormente neste artigo. O fato de estar alerta para esta questão sugere que os participantes têm uma compreensão, em suas maneiras, da importância desta relação entre linguagem, construção social e representações sociais.

### 3.2 Redes de Apoio

Nos estudos de psicologia da saúde entende-se como base de “suporte social” a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam conosco, nos valorizam e gostam de nós. (MARTINI, 2019; RIBEIRO, 1999). O conceito de “Rede de apoio”, no campo da SMAPS, pode ser pensado como um conjunto de entes que protagonizam relações e que, de acordo com Duarte (2007) pode ser constituído por qualquer estrutura socioprofissional que confira base de sustentação às PTM, possibilitando que elas tenham maior apoio social e facilitando o dia a dia com maior proteção e guarida. Este tipo de rede de apoio pode atuar como uma ampla plataforma que facilita o inter-relacionamento entre essas pessoas e a sociedade como um todo. A rede de apoio, apesar de variar individualmente é pensada, de forma geral, como formada principalmente pela família e, no caso específico das PTM, também por profissionais de saúde mental, sejam eles psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros. Desta forma, fazem parte da rede de apoio os serviços de saúde e outros dispositivos onde estes conjuntos socioprofissionais atuam e estabelecem relações.

Os participantes do grupo focal falaram sobre seu entendimento do conceito:

“Eu acho que a rede de apoio é mais ampla que família e familiares... que familiares e amigos. Eu acho que pode ser, por exemplo, um espaço aberto pra inclusão das pessoas que têm transtorno mental. Por exemplo, aqui no PROESQ [Obs.: Programa de Esquizofrenia da Unifesp/EPM] é um espaço de rede social. É um espaço que é aberto pra pessoas que têm transtorno mental, e não deixa de ser uma rede também, uma rede de profissionais aliada aos usuários. Então eu encaro isso como uma rede de apoio também”(V.).

Os participantes citaram ainda como rede de apoio os grupos de acolhimento e oficinas artístico-culturais que frequentam na ABRE e no LACCA, e que oferecem a possibilidade de desenvolvimento de aptidões e

habilidades individuais, quer seja a escrita, artes visuais, música, teatro, dança, filosofia, terapias corporais, yoga e Taichi, ou ainda semiprofissionalizantes como inglês e informática. “Estas redes são percebidas como “uma coisa mais positiva. (A.), não só por sua função de sociabilidade e apoio, mas também pelo fato de “ocupar a mente com alguma coisa, é muito importante.”(W.).

“A rede de apoio engloba tudo, familiares, amigos, oficinas, tudo que ajuda a gente é uma rede de apoio ... Só psicólogos, só psiquiatras, não ajudam a gente, nem familiares, o que ajuda, o que ajuda bastante...são as oficinas que a gente faz, trabalho voluntário... trabalhos com artes, que mexam com a nossa cabeça, né” (L.).

As PTM que participaram deste grupo focal parecem perceber, e de forma acurada, que é necessário transcender o âmbito institucional do cuidado da doença, restrito ao tratamento, ampliando as estruturas de apoio para além dos serviços de saúde. Esta ampliação é entendida como propícia a uma vida com maior qualidade e com maiores possibilidades. A expansão das redes de apoio, conforme ressalta o participante R., “*é fundamental pra todo ser humano que se depara com um problema psiquiátrico*”. Elas apontam para a inserção real e concreta, na agenda dos sujeitos, de projetos de vida e para a reconstrução de metas a serem alcançadas à medida que são superadas as crises e evitadas eventuais interações.

“Eu acho que a rede de apoio seria uma coisa ... que você consegue se apegar, né, uma coisa que... tá falando ... que você pode se pegar como referência ali pra você ter um apoio emocional num momento de crise ou num momento até de superação, mas você pode continuar utilizando ... mesmo depois que você não tem uma crise”(V.).

De maneira geral, a rede de apoio é vista como aspecto fundamental para a superação e enfrentamento das dificuldades inerentes à doença mental, incluindo aspectos legais e de cidadania.

“Eu acho até que a própria legislação é uma rede de apoio, a legislação que ampara as pessoas com transtorno mental, a legislação que inclui as pessoas com transtorno mental não deixa de ser também uma forma de rede de apoio”(V).

Na literatura, as redes de apoio podem ser também associadas à questão da contratualidade. A etimologia da palavra “contrato” remete ao verbo em latim *contraer*, que significa engajar, ligar. As redes de apoio atuam exatamente neste sentido de engajamento e ligação, para além de um apoio entendido como ação caritativa ou simplesmente de ajuda para efeito de cuidado terapêutico, ou para ações que o indivíduo é incapaz de realizar. O poder contratual tem relação com o valor pressuposto que intermedia as trocas sociais: trocas de bens, mensagens e afetos. O rótulo de doente mental prejudica sensivelmente e pode até anular o poder de contrato, pois tudo que emana dos loucos torna-se suspeito, inclusive seus bens. As mensagens advindas deles são consideradas incompreensíveis e os afetos desnaturados (KINOSHITA, 1996). Desta forma, as redes de apoio apresentam uma importância muito maior, para além dos fatos concretos da vida cotidiana, abrangendo ações de natureza simbólica, incidindo sobre a autonomia, sobre a independência e sobre o imaginário social. Os participantes deste grupo não elaboraram especificamente sobre estes temas, mas não restaram dúvidas, como ressaltado em algumas das falas escolhidas para ilustração, acima, sobre sua compreensão da importância do assunto para a superação de obstáculos à sua inserção social, ao seu engajamento e ao seu poder contratual.

### **3.3 Recuperação**

Este tema foi tratado em uma perspectiva de complexidade. O grupo conduziu a conversa sobre o tema reconhecendo sua densidade e debruçando-se sobre as diversas formas de entendimento do significado do termo. Podemos inferir três núcleos temáticos distintos nesta discussão: a ideia de recuperação ligada ao processo clínico e existencial, a ideia de melhora e a de superação.

#### **3.3.1 O significado clínico e existencial**

Inicialmente emergiu a discussão sobre o significado do termo recuperação na perspectiva da saúde, ou seja, com sentido de recuperar a saúde e recuperar-se da ocorrência de uma doença. Mas o grupo colocou também como pano de fundo a evolução que ocorre no tempo natural da existência. Nesse sentido, surgiu a ideia de que, independentemente de circunstâncias, o ser humano está sempre em transformação, ninguém é hoje igual ao que era algum tempo atrás. O adoecimento é o fator circunstancial que coloca a perspectiva da saúde na ideia de recuperação.

Desta forma, o significado de recuperação é ainda, por este grupo subordinado ao significado dado na perspectiva da saúde. Ademais, a ideia inicial de recuperação, no âmbito do grupo, foi abordada de forma totalizante, considerando-se que recuperar a saúde é voltar a ser como se era antes do adoecimento. Isso tem implicações para a interpretação do termo no que se refere à saúde mental, cuja terminologia integra as vertentes clínica e existencial.

Para J., adoecer por doenças que afetam a pessoa principalmente em seu físico como *“uma gripe, sarampo”* permitem a total recuperação, *“...,mas quem tem esquizofrenia não se recupera, porque fica diferente do que era antes.”* (J). Uma participante desafia o grupo afirmando que para o caso da esquizofrenia não há como falar em recuperação, pois a mudança, para quem vivencia este transtorno, é diferente em intensidade e qualidade, das que normalmente ocorrem no curso existencial e até mesmo em resposta a circunstâncias especiais, como no caso de outros transtornos físicos e mentais.

A ideia da recuperação foi tratada também no âmbito das políticas públicas. Uma das participantes fala sobre os afastamentos pelo INSS, cuja intenção, segundo ela, é *“a recuperação para o trabalho”* (V.). Mas na visão de V. *“não há interesse do INSS na recuperação das pessoas com esquizofrenia”*, pois para estas, afirma, não se considera a possibilidade de uma volta produtiva ao mercado de trabalho.

O debate sobre este tema se encerra, então, com a consideração de V.L., que coloca um aspecto mais subjetivo sobre a recuperação: *“recuperação é você voltar a fazer as coisas que você quer, né ... mesmo você estando diferente, mas voltar a conseguir seguir os caminhos que você pretende”*.

Nesse caso, V.L. supera o dilema da totalidade, isto é, do significado atribuído à recuperação como volta ao que se era antes. Ela introduz a ideia de que, para que a pessoa se considere recuperada não há necessidade de voltar a ser o que era antes, mas ter novamente uma condição em que já não se veja essencialmente como “doente”. Esta afirmação afeta inclusive a concepção de melhora ou piora, fazendo pensar que, no caso dos transtornos mentais, há necessidade de extremo cuidado quando se trata da discussão clínica, inclusive dos padrões de prognóstico clínico.

### **3.3.2 Melhorar-se**

O tema da recuperação traz à tona a discussão sobre a melhora ou, como enunciado pelo grupo, sobre o “melhorar-se”. Evidentemente, para pessoas que convivem com um diagnóstico e são frequentemente definidas pela sociedade por este, estar melhor ou pior é questionamento constante e parte da vivência cotidiana. O “melhorar-se”, comumente, do ponto de vista clínico, é um caminho em direção à recuperação no sentido de voltar ao que era antes. Mas, prosseguindo no fluxo de raciocínio estabelecido anteriormente, pode se considerar que voltar ao que era antes não é sempre possível e nem sempre desejável. Podem-se aventar possibilidades de melhora não na direção do que se era antes, mas considerando-se novas direções.

“A gente pode melhorar a cada dia ... a gente pode até, por exemplo, se descobrir fazendo novas coisas que a gente não fazia antes, isso é possível. A melhora, por exemplo, de ter capacidade de fazer algo que você não fazia antes... da mesma forma que a gente não recupera o que a gente era antes, mas a gente pode descobrir também novas potencialidades e melhorar, por exemplo, alguma coisa na gente” (V.).

V. prossegue, analisando como estas potencialidades podem emergir durante a ocorrência de um transtorno e ratificar uma evolução que nem sempre é prevista ou pressentida, e às vezes até mesmo mal aproveitada, desencorajada ou boicotada.



“É por exemplo uma habilidade manual, a gente pode melhorar a habilidade manual que a gente achava que não tinha e pode aprender a fazer ou aprimorar aquilo. Então no caso da doença mental, às vezes a pessoa se descobre fazendo coisas que ela não fazia antes. Então ela não só melhorou uma habilidade que ela tinha, mas ela aprimorou uma habilidade que ela tinha”.(V.)

Aproveitamos para ilustrar o ponto levantado por V. através do caso do Dr. Daniel Fisher (2017). Ele era um paciente a mais em um hospital público estadual dos EUA e tinha o sonho de tornar-se médico. Seu primeiro médico assistente, conta o Dr. Fisher, o desencorajou totalmente, afirmando que, sendo portador de transtorno psicótico, jamais poderia aspirar tal realização. Em outra internação, Fisher mais uma vez falou de seu sonho a seu novo médico assistente que lhe respondeu, segundo ele, que após sua alta ele deveria se dedicar aos estudos e que acreditava que ele poderia tentar a faculdade de medicina. Atualmente, o Dr. Fisher é médico psiquiatra e atribui este sucesso em sua vida àquela intervenção do segundo médico, que o fez melhorar, ao invés de sepultar seus sonhos. O Dr. Fisher não voltou a ser o que era antes, ele realizou o que V. aponta como uma verdadeira melhora, passando a ser algo diferente e incorporando virtudes que foram anteriormente negadas.

L. estende a proposta de V., apontando que, particularmente na esquizofrenia, as formas diversas de funcionamento mental, ao invés de serem vistas apenas como desabilidades, podem ser vistas como habilidades diferenciadas, que devem ser incentivadas e aproveitadas. “A gente pensa coisas que as pessoas não pensam, questões que os outros não pensam, então isso é melhorar-se, é você ser uma pessoa melhor.”

A esta altura, o grupo se empolga, parece perceber a potencialidade do tema, que é parte de um dilema vivido diariamente, no que se refere à comparação inevitável da PTM com as outras pessoas que não carregam este diagnóstico. “Eu acho que melhorar pra mim tá ligado, por exemplo, a criar um bom hábito, um hábito positivo.” (A.). “Melhorar também é ficar mais tranquilo.”

(J.). Essas afirmações vão sedimentando esta linha de raciocínio que expande a análise da melhora para além do episódio de adoecimento ou da evolução patológica.

“É, tem que melhorar os sintomas, né, que eu acho que é um caminho que a gente percorre no dia a dia ... que é melhorar das limitações que a gente tem também. Então ... a melhora ... é uma coisa que é possível acontecer no dia a dia, melhorar, por exemplo, uma ansiedade, trabalhar melhor um tipo de ansiedade que a gente tiver, pra melhorar ... aquele emocional da gente”. (V.)

A discussão sobre *recovery* toma, assim, neste grupo, um rumo que parte de um aspecto tradicional, da melhora do sintoma, e vai para além da análise da doença, colocando em perspectiva a vida da pessoa em sociedade, seus hábitos, suas habilidades, possibilidades e relações interpessoais. Surge a ideia da superação, termo que é usado tanto em seu sentido coloquial, mas também especificamente no campo da saúde mental no Brasil, como conceito estruturante presente nos processos de *recovery*.

### **3.3.3 Superação**

Muito mais que recuperar-se da doença, ou retornar a um estado vivido antes de seu estabelecimento, as vivências pessoais e aprendizados a partir do autocuidado gerara, segundo os participantes, transformações positivas que se materializam, entre outras, no desenvolvimento de habilidades e capacidades pessoais para lidarem com suas vidas. Estas transformações são consideradas essenciais para a superação dos entraves enfrentados pelas PTM gerados, entre outros, pelas visões negativas proporcionadas pelo estigma. Uma visão diferente da PTM e uma forma diferente dela atuar frente à sociedade e a si mesma, é parte essencial do processo de superação. V.L. pontua que superar-se é “conseguir ir além daquilo que você tinha originalmente planejado,” com o que V. concorda e adiciona que:

“É acima de tudo você fazer de forma diferente. O que você não pode fazer da mesma forma você faz de uma forma

diferente, você arruma um caminho diferente pra chegar no mesmo objetivo... é como se fosse uma trilha, você vai desmatando uma trilhazinha do lado da trilha principal, pra você chegar no seu objetivo. Então você se descobre fazendo novos caminhos pra chegar no mesmo objetivo. Que talvez no caminho anterior você não consiga mais chegar. Mas você se descobrir e fazer novos caminhos, isso é possível”(V).

O grupo não só aceita estas ideias como adiciona novas frases, expressa opiniões, sustentando a tese de que a PTM não deve se limitar a tentar voltar a ser o que já foi, a retornar a fases anteriores de sua vida antes de um evento episódico: “Superar-se é você ir além do que você aprendeu.”(L.); “Superar-se é surpreender-se.” (J.).

A provocação dos facilitadores, que questionam se algum membro do grupo discorda das ideias postuladas, não encontra eco. Os membros afirmam que o que foi expresso pelos outros participantes representa a percepção geral do grupo. Os facilitadores trazem então à tona o último conceito que faz parte deste bloco temático: “Sentir-se realizado”.

### **3.4 Sentir-se realizado**

As primeiras reações dos participantes, ao ser problematizada a expressão “sentir-se realizado”, foram de relacioná-la ao desejo, às aspirações e à esperança. O desejo de “sentir-se realizado”, as aspirações de coisas específicas que levem à realização, a esperança de que estes desejos e aspirações eventualmente se concretizem.

A importância das pequenas vitórias conseguidas no dia a dia conectadas à sensação de realização é ressaltada por R.: “[Sentir-se realizado] é você vencer nas mínimas coisas que você faz no dia a dia.... é se sentir vencedor pelas mínimas coisas que a gente consegue fazer na nossa vida, em casa ... Tudo isso tem muito valor. ”A intervenção de A. amplia a esta visão.: “Sentir-se realizado pode ser tanto em pequenas coisas como em projetos maiores ... às vezes os pequenos serviços de casa, pode não parecer tão importante, mas alguém tem que fazer, e eu acho que é nesse sentido, menos ou mais.”

L. elabora sobre o tema, enfatizando a importância da desestigmatização:

“[Sentir-se realizado] é uma coisa que todo mundo quer na vida, né ...Pra mim, por exemplo, sentir-se realizado é poder passar pras outras pessoas a minha experiência e não esconder das pessoas que eu tenho esquizofrenia. Isso é me realizar.”

É inevitável a discussão sobre a possibilidade de uma pessoa com transtorno psicótico poder sentir-se realizada. Na tradição da psiquiatria mais conservadora, a partir dos preceitos kraepelinianos, as características emocionais e habilidades sociais da pessoa com esquizofrenia, por exemplo, apontam para a impossibilidade de autorrealização ou de sentir-se realizado. R., entretanto, argumenta que a pessoa pode sentir-se realizada independentemente de ter um diagnóstico psiquiátrico, particularizando o caso da esquizofrenia. “o diagnóstico não limita você ter uma razão de viver, ter um propósito de vida ... o maior problema para o esquizofrênico é o ócio. Sentir-se realizado é vencer esse ócio, porque ficar sem fazer nada é muito ruim.” Outras percepções são trazidas por V.L.: “[Sentir-se realizado] é conseguir fazer as atividades que você gostaria de fazer” e J. “é sentir-se em paz, qualquer que seja a sua vida”.

Assim, este grupo composto por pessoas com esquizofrenia demonstrou engajamento na discussão sobre o tema recuperação, revelando a importância que parecem lhe atribuir. O grau de complexidade com que foi tratado o tema levou à subdivisão nos três subtemas: processo clínico e existencial, melhorar-se e superação. As trocas de ideias propiciadas pelo método do grupo focal parecem ter provocado ampliações de visão e estimulado a participação ativa de todos os integrantes.

Os argumentos compartilhados fortalecem a ideia de que estas PTM têm interesse neste tipo de discussão, se veem como membros ativos da vida social e comunitária, aspiram por uma evolução contínua em seus papéis sociais e articulam suas colocações de forma produtiva. Podem, portanto, contribuir para pensar modos de cuidado inovadores, superando as ideias tradicionais de que estas populações não têm interesse ou capacidade de participar ativamente na elaboração e condução de seus processos

terapêuticos nem condições de evolução em seus papéis comunitários e sociais.

### **3.5 Serviços de Saúde Mental**

O tema “Serviço de Saúde Mental” propiciou discussões sobre o papel do profissional de saúde mental. Este ator social foi visto pelo grupo principalmente como aliado no tratamento e no caminho de superação das pessoas que vivenciam algum transtorno mental.

“Eu acho que é um aliado no nosso tratamento e na nossa jornada de superação ... sem o serviço de saúde, sem a gente utilizar o serviço de saúde, fica muito mais difícil a gente superar a doença”(V).

“Eu acho que o profissional de saúde ... tem que ser um aliado e esse aliado, ele tem que ter uma certa conduta. Então acho que existe a eficácia maior no tratamento quando o profissional de saúde se alinha ao paciente, né, ele se aproxima do paciente, vê o paciente como aliado, como um parceiro” (V.).

Ambos os atores (serviço e profissional) foram reconhecidos em sua trajetória histórica, por terem passado por mudanças na qualidade e na forma de exercer e prestar o cuidado às pessoas. Participantes ressaltaram que inicialmente o cuidado prestado pelos profissionais nos serviços se dava sobretudo de maneira desumanizada, com condições sub-humanas de tratamento. L. expõe sua visão sobre a evolução dos serviços:

“Quando surgiu os sanatórios, tudo era bem complicado mesmo, assim, era uma coisa sub-humana, né, o tratamento com as pessoas que tinham esquizofrenia. Agora acho que tá indo cada vez melhor ... as pessoas tão se conscientizando que é importante a gente ter tratamento bom, né. Nós somos seres humanos, então acho que isso tem que ir mudando mesmo”(L.).

Apesar do reconhecimento desta evolução, o problema do estigma esteve presente também neste, como em outras categorias temáticas, ligado a atitudes por parte do público em geral, mas também dos profissionais de saúde mental em particular. Os participantes trouxeram vivências de relações estigmatizantes na relação de cuidado que ocorre no contexto dos serviços, o que levou um dos participantes a qualificá-los como ainda pautados pela desumanização. Quanto aos profissionais, aspectos marcantes foram destacados principalmente quanto à postura e à abordagem do cuidado oferecido pelos médicos psiquiatras:

“Eu tenho 46 anos hoje, mas quando eu fiquei doente eu tinha 17 anos. Os psiquiatras eram frios demais, tinham uma postura, eu odiava psiquiatra. E eu odiei psiquiatra por uns 10 anos, por essa frieza deles. E hoje tem um profissional, um psiquiatra mais amigo meu, mais acolhedor pra mim”(R.).

“O psiquiatra se coloca acima, né, se coloca numa posição distante, eu aqui, você ali, eu sou o profissional aqui, eu não sou seu amigo, eu não sou seu parceiro. Aí isso expõe e exclui mesmo” (V.).

Foi destacada a importância de os profissionais de saúde desenvolverem aptidões e competências para apoiarem e estabelecerem relações mais humanizadas, colaborativas e efetivas junto às PTM, condições consideradas fundamentais para otimizar os processos de cuidado. Esta observação corrobora o trabalho de Lakerman (2010) que se refere ao termo competências como uma articulação entre conhecimento, habilidades e atitudes por parte do profissional. Este autor advoga que essas competências voltadas para o *recovery* servem como modelos para o diálogo e para estimular e basear a orientação de serviços para o *recovery*. Para V. e L. competências devem ser aliadas ao comportamento do profissional:

“... porque senão ele vai expulsar a pessoa do consultório ou do serviço. Então, por exemplo, tem que ser uma pessoa preocupada com a dignidade humana... que tenha

empatia...que esteja preocupada com o todo da pessoa, e não só com o diagnóstico... não é qualquer pessoa que pode ser um profissional na área da saúde... tem que ter um comportamento típico e, acima de tudo, ele tem que ser humano, ver o outro como humano, como um colaborador, como parceiro e não como uma pessoa distante, eu aqui, ele lá. (V.)

“Profissional pra mim é aquela pessoa que entende o que a gente quer dizer”(L.).

Finalmente, os participantes ressaltaram que pessoas com experiência pessoal de vivência com TM (referidas na literatura internacional como pessoas com experiência vivida – *persons with lived experience*) e que atuam como facilitadores na condução de grupos de apoio mútuo devem ser consideradas como um novo tipo de profissional no contexto da atenção psicossocial. Estes especialistas por vivência são pessoas que conseguiram desenvolver habilidades de autocuidado a partir de suas experiências pessoais. Muitas já atuam como facilitadores em grupos de apoio mútuo, também denominados grupos de suporte de pares (CLOSSEY; GILLEN; FRANKEL; HERNANDEZ, 2016).

A inserção profissional destes especialistas por vivência traz à discussão o lugar de cidadania, participação e validação de uma nova expertise de conhecimento e concretiza a inclusão de mais um ator nas equipes dos serviços de saúde mental, como já ocorre em diversos países com políticas públicas orientadas ao *recovery* (COHEN; ABRAHAM; BURK; STEIN, 2012).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os participantes deste grupo focal mostraram-se comprometidos com as finalidades do estudo e alertas para a importância da linguagem para definir e estabelecer padrões identitários. A linguagem conceitual foi entendida como elemento estruturante de diagnósticos e tratamentos, sendo utilizada para determinação de graus de gravidade de problemas diversos que afetam os participantes e a população em geral, mas também como determinante de

visões sobre os papéis a serem exercidos pela pessoa na sociedade.

As narrativas permitiram identificar elementos importantes, relacionados aos significados e entendimentos dos participantes sobre suas experiências, vivências e modos de estabelecerem suas vidas. Redes sociais, recuperação, superação de adversidades e o papel dos serviços e profissionais no cuidado foram tratados, com participação ativa de todos os integrantes do grupo, com respeito a seus graus de densidade e complexidade. De maneira geral, esta forma de atuação sustenta os princípios da abordagem *recovery*, que não aceitam a visão da pessoa com transtorno psicótico como incapaz de análises deste gênero e com o grau de complexidade que lhes foi no grupo conferido.

Nesse estudo foi possível, ainda, identificar elementos fundamentais que pontuam a importância do lugar ativo do sujeito na condução de suas vidas e do seu tratamento. Estudos sobre a concepção e entendimento do processo de *recovery* no contexto brasileiro ainda são incipientes e podem identificar aspectos importantes para a melhoria e qualidade das práticas de cuidado em saúde mental, por parte dos profissionais e serviços. Podem, ainda, subsidiar políticas públicas com fins de ampliar espaços de cidadania e auxiliar a mudança cultural necessária à diminuição do estigma ainda bastante presente sobre as pessoas que vivenciam um transtorno mental.

Apona-se também a necessidade de mais estudos que possam ampliar a discussão e o entendimento sobre a vivência das pessoas em processos de *recovery*, sobre a inserção destes processos nas políticas atualmente vigentes e no âmbito do processo de Reformas sanitária e psiquiátrica em curso no Brasil.

## REFERÊNCIAS

- ABRE (Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia). Estatuto Social. São Paulo: ABRE. Nov. 2002, 08p.
- ÅDNOY, EK; ARMAN, M; DAVIDSON L; SUNDFØR, B; KARLSSON B. Challenges in relating to mental health professionals: perspectives of persons with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2014, 23(2):110-7.
- AMARANTE, PDC; OLIVEIRA, WF. A saúde integral e a inclusão da saúde mental no SUS: pequena cronologia e análise do movimento de reforma psiquiátrica e perspectivas de integração. *Dynamis Revista Tecno-Científica*. Abr.-jun. 2004, v. 12, n. 47: 6-21. Blumenau: Edifurb.



ANDRADE, MC; SILVA, TR, BRESSAN, R; GADELHA, A. Recovery nos Transtornos Mentais Graves. In: MACHADO, L; MATSUMOTO, LS; (Orgs.). *Psicologia Positiva e Psiquiatria Positiva*. 2020, p. 270 – 280. Barueri – SP: Manole.

ANTHONY, WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993;16(4):11.

APA – American Psychiatric Association. DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Português). 2014, Porto Alegre: Artmed.

BACCARI, IOP; CAMPOS, RTO; STEFANELLO, S. Recovery: revisão sistemática de um conceito. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015, 20(1):125-136.

CAPONI, S. Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada. 2012, ISBN: 978-85-7541-228-2, 210p. Ed. Fiocruz.  
<http://www.fiocruz.br/editora>

CATAPAN, S; OLIVEIRA, WF; UVINHA, R. Clown therapy in hospital settings: recovering health social identities, and citizenship. *Am. J. of Psych. Rehab.* 2020, No prelo.

CLOSSEY, L; GILLEN, J; FRANKEL, H; HERNANDEZ, J. The experience of certified peer specialists in mental health. *Social Work in Mental Health*. 2016, 14(4), 408–427. <https://doi.org/10.1080/15332985.2015.1038412>

COHEN JL, ABRAHAM, KM, BURK JP, STEIN CH. Emerging opportunities for psychologists: Joining consumers in the recovery-oriented care movement. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2012, 43(1), 24–31. 2012. <https://doi.org/10.1037/a0024394>

DUARTE, T. Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica*. 2007, 1 (XXV): 127-133.

FISHER, D. Heartbeats of Hope: The Empowerment Way to Recover. Paperback – Unabridged, 2017.

HEYERES, M; KINCHIN, I; WHATLEY, E; BROPHY, L; JAGO, J; WINTZLOFF, T; TSEY, K. Evaluation of a Residential Mental Health Recovery Service in North Queensland. *Frontiers in Public Health*. 2018, 6, 123. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00123>

KINOSHITA, RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 1996, V. 2, p. 55-59. São Paulo: Hucitec.

LAKEMAN, R. Mental health recovery competencies for mental health workers: A Delphi study. *Journal of Mental Health*. 2010, 19(1), 62–74. <https://doi.org/10.3109/09638230903469194>.

LEAMY, M; BIRD, V; Le BOUTILLIER, C; WILLIAMS, J; SLADE, M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*. 2011, 199(6):445-52.

MARTINI, TR. O teatro como recurso terapêutico na rede de atenção psicossocial de Florianópolis (Theatre as a therapeutic tool at the Florianópolis Psychosocial Care Net). Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Florianópolis: UFSC. 2017-2019, 65p.

OADES, LG;DEANE, FP; CROWE, TP. Collaborative recovery model: From mental health recovery to wellbeing. *Wellbeing, Recovery and Mental Health*.2017, <https://doi.org/10.1017/9781316339275.010>

OLIVEIRA, WF. As novas perspectivas de trabalho do profissional de saúde mental no contexto da saúde coletiva. *Dynamis Revista Tecno-Científica*. Abr.-jun. 2004, V. 12, n. 48: 82-97. Blumenau: Edifurb.

PATHARE, S;KALHA, J;KRISHNAMOORTHY, S. Peer support for mental illness in India: An underutilized resource. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2018, 27(5), 415–419. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000161>

PERNICE-DUCA, F. Family network support and mental health recovery. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2010, 36(1), 13–27. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00182.x>

PERNICE, FM;BIEGEI, D.E; KIM, J-Y;GARRISI, D. The Mediating Role of Mattering to Others in Recovery and Stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2017, 40(4), 395–404. <https://doi.org/10.1037/prj0000269>

RIBEIRO, JLP. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*. 1999, v. 3 (XVII), p. 547-558.

ROWE, M;DAVIDSON, L. Recovery and citizenship. *J Psychiatry Relat Sci*. 2016, 53 (1): 1-21.

SILVA,TR;BERBERIAN,AA;GADELHA,A, VILLARES,CC;MARTINI,LC;BRESSAN, RA. Validation of the Recovery Assessment Scale (RAS) in Brazil in people with schizophrenia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2017, 66(1):1-8.

SILVEIRA, AR, *et al*. Recovery e experiência brasileira na atenção psicossocial: diálogos e aproximações. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis. 2017, v.9, n.21, p.17-30.

STRAUSS, JS; CARPENTER, WT. The prediction of outcome in schizophrenia. Relationship between predictor and outcome variables. A report on WHO pilot study on schizophrenia. *Arc Gen Psychiatry*. 1974, 31; 37-42. DOI: 10.1001/archpsyc.1974.01760130021003

VANOS, J;GULOKSUZ, S; VIJN, TW; HAFKENSCHIED, A;DELESPAUL, P. The evidence-based group level symptom reduction model as the organizing principle for mental health care: time for change? *World Psychiatry*. 2019, 18(1):88-96.