

O PAPEL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL NO PROCESSO DE RECOVERY: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

The role of the mental Healthcare professional in the Recovery process: an integrative review

Ana Lúcia Cidade¹

Paulo Renato Pinto de Aquino²

Sara Letícia Bessa³

Walter Ferreira de Oliveira⁴

Artigo encaminhado: 14/010/2020

Artigo aceito para publicação: 30/03/2021

RESUMO: *Recovery* é uma abordagem a problemas psicossociais que vem sendo utilizada e orienta serviços de saúde mental em diversos países, com relatos de alta eficácia e eficiência. Através de uma revisão integrativa, este artigo pretende contribuir para o maior conhecimento sobre o papel dos profissionais de saúde mental no trabalho orientado por *recovery*. As revisões integrativas sintetizam a literatura científica, apresentando o conhecimento acumulado sobre o tema de estudo, podendo contribuir para desenvolvimentos teóricos e especificamente para o avanço das ciências da saúde. Nesta revisão, foram levantadas diversas modalidades de publicação, permitindo reflexões sobre o papel dos profissionais na abordagem *recovery*. A literatura sobre este tema é ainda relativamente escassa, tendo sido encontrados 10 artigos publicados em periódicos indexados nas bases de dados mais utilizadas nas ciências da saúde. Os temas mais explorados na literatura foram o vínculo dos profissionais de saúde mental com as pessoas sob seus cuidados, bem como a diretividade e as habilidades e competências dos profissionais necessárias para promover mudanças nos âmbitos interpessoais, institucionais e culturais.

Palavras-chave: Recovery. Saúde Mental. Papel profissional. Recuperação da Saúde Mental.

ABSTRACT: Recovery is an approach to psychosocial problems that has been guiding mental health services in several countries with reports of high effectiveness and efficiency. This integrative review aims to contribute to greater

¹ Mestranda em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Grupo de Pesquisas em Políticas de Saúde/SM (GPPS) Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Psicóloga. E-mail: ana.l.cidade@gmail.com

² Mestre em Saúde Coletiva, Grupo de Pesquisas em Políticas de Saúde/SM (GPPS) UFSC. Psicólogo sanitário. E-mail: aquino.sap@gmail.com

³ Especialista em Psicopatologia e Saúde Pública/USP. Psicóloga e supervisora clínica, acompanhante terapêutica, cofundadora do Lugar de Encontro. E-mail: saraleticia_bessa@yahoo.com.br

⁴ PhD, Professor titular do Departamento de Saúde Pública, líder do Grupo de Pesquisas em Políticas de Saúde/SM (GPPS) Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: Walter.oliveira@ufsc.br

knowledge about the role of mental health professionals in recovery-oriented work. Integrative reviews synthesize the scientific literature, emphasizing what is known about a subject of study, contributing to theoretical development especially of the health sciences. In this review several types of publication were analyzed. The literature on recovery is still relatively scarce. In the consulted health sciences databases only 10 articles about the role of professionals in recovery were found. The main themes were the working alliance, professionals' directive actions as well as their focus, skills and competences needed to promote changes in interpersonal, institutional and cultural spheres.

Keywords: Recovery. Mental Health. Professional role. Mental Health Recovery.

1 INTRODUÇÃO

Recovery é uma abordagem a problemas psicossociais que vem orientando serviços de saúde mental (SM) em diversos países, com relatos de alta eficácia e eficiência. O conceito *recovery* não se refere a uma maneira definida de cuidar, nem a alguma forma específica de tratamento, nem à recuperação de um episódio patológico, mas a um processo vivencial conjuntural, onde diversas relações se coadunam com objetivo de trazer melhoria à situação de uma pessoa atingida por um problema, no caso aqui tratado, de natureza psicossocial. (COSTA, 2017; WHO, 2013).

Por isso, *recovery* tem sido definido como abordagem, filosofia, orientação, perspectiva e método de tratamento e cuidado, e entendido como um movimento social surgido a partir dos movimentos de usuários nos Estados Unidos da América (EUA) na década de 1980 e que atualmente se espalha por vários países (COSTA, 2017).

Uma proposição central dessa abordagem é que as pessoas com transtorno mental (PTM) podem alcançar recuperação clínica, funcional e social, encontrando ou resgatando significado em suas vidas. Assim, o *recovery* possibilita um horizonte mais otimista na área de SM, trazendo esperança para pessoas em sofrimento emocional. Apresenta-se como uma alternativa para os tratamentos tradicionais, transgredindo a ideia de que a doença mental e o uso problemático de álcool e outras drogas constituem algo irreversível e sem volta (DAVIDSON, 2016; LE BOUTILLIER, 2011).

Estes princípios fundamentais implicam em uma mudança paradigmática na forma de exercer o cuidado, com impactos tanto para as pessoas em *recovery*, quanto para a atuação dos profissionais, bem como na organização e

no direcionamento das políticas e serviços. Além disso, tem implicações na maneira como culturalmente se encara o lugar social das PTM (DAVIDSON, 2016; BRASLOW, 2013).

Na perspectiva *recovery*, a responsabilidade sobre o cuidado e a recuperação recai predominantemente sobre o usuário e não sobre o profissional, o que se contrapõe à ideia tradicional de que é a contínua supervisão profissional que leva o “paciente” à melhora e ao retorno, tanto quanto possível, à vida “normal”. Na visão *recovery*, ao contrário, os usuários são os agentes mais ativos na condução de suas próprias vidas (DAVIDSON&STRAUSS, 1992).

O papel do profissional nesta postura menos diretiva e menos controladora modifica-se de *expert* e de autoridade para consultor ou conselheiro. Entretanto, a formação profissional não costuma preparar para estes papéis, o que se traduz em grande dificuldade dos profissionais para entendê-los, aceitá-los e assumi-los. *Recovery* incide, portanto, sobre pelo menos três dimensões fundamentais em SM e atenção psicossocial: processos de trabalho ligados a cuidado e tratamento, formação profissional e relações institucionais.

A partir destas considerações, o presente estudo teve como objetivo compreender como a literatura científica relacionada à SM tem tratado a abordagem *recovery* no que se refere ao papel dos profissionais. Para isso, conduzimos esta revisão integrativa, levantando diversas modalidades de publicação sobre o papel dos profissionais na abordagem *recovery*.

2 MÉTODO

Através de uma revisão integrativa, este artigo pretende contribuir para o maior conhecimento sobre o papel dos profissionais da SM no trabalho orientado pelo *recovery*, conforme metodologia de pesquisa detalhada na sequência.

Revisões integrativas (RI) são usadas para sintetizar a literatura científica ou teórica apresentando perspectivas diversas sobre um fenômeno a partir de um conjunto de estudos que tratam destes temas. As RI provêm, desta forma, uma maior compreensão de problemas específicos. Este tipo de revisão apresenta o conhecimento acumulado sobre o tema de estudo e o estado atual da ciência, podendo contribuir para desenvolvimentos teóricos, e

especificamente para o avanço das ciências da saúde, informando a prática e a formulação de políticas (BROOME, 2000). As RI podem atualizar o conhecimento, fornecendo novas fontes de informação e publicações ainda pouco conhecidas, bem como iluminar problemas que a pesquisa deixou sem solução (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Do ponto de vista operacional, a RI permite a inclusão de diversas metodologias (ex.: experimental e não experimental) servindo como base para a prática baseada em evidência (KIRKEVOLD, 1997). Nesta revisão, várias formas de publicação foram coletadas focando o papel do profissional na abordagem *recovery*, permitindo refletir sobre o conteúdo das publicações como uma forma de compreender como este tema tem sido tratado na literatura e o que podemos inferir do corpo de publicações encontrado.

2.1 A Revisão Passo a Passo

As buscas foram realizadas em janeiro de 2019, sem restrição do ano de publicação. Os critérios de inclusão foram, inicialmente, artigos publicados em bases de dados pré-selecionadas (detalhadas adiante), nos idiomas inglês, espanhol e português, que abordaram a temática do *recovery* em SM e transtornos relacionados ao uso de substâncias. Uma vez realizada esta pré-seleção, aplicou-se como critério que os artigos abordassem o papel dos profissionais no cuidado orientado por *recovery*. As etapas da revisão incluíram exclusão de duplicatas, leitura dos títulos, leitura dos resumos e leitura na íntegra dos artigos. Foram excluídos artigos publicados em outros idiomas; os que não tratavam do tema *recovery* vinculado à SM e ou transtornos relacionados ao uso de substâncias; e os que não tratavam do papel dos profissionais nessa abordagem.

As bases de dados selecionadas foram: Scopus, Pubmed, Scielo e LILACS, utilizando as palavras-chave *recovery*, saúde mental e abuso de substâncias, e utilizando-se operadores booleanos, de acordo com cada base de dados, suas derivações e traduções em inglês e espanhol. Realizamos busca por outras produções (teses e dissertações) no portal da Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) do Ministério da Educação e Cultura (MEC) brasileiro. Nesta busca, utilizamos as palavras-chave “*recovery*”, mantida no original por não existir consenso quanto à tradução do termo para o português, e “profissional”, chave de busca reconhecida no índice

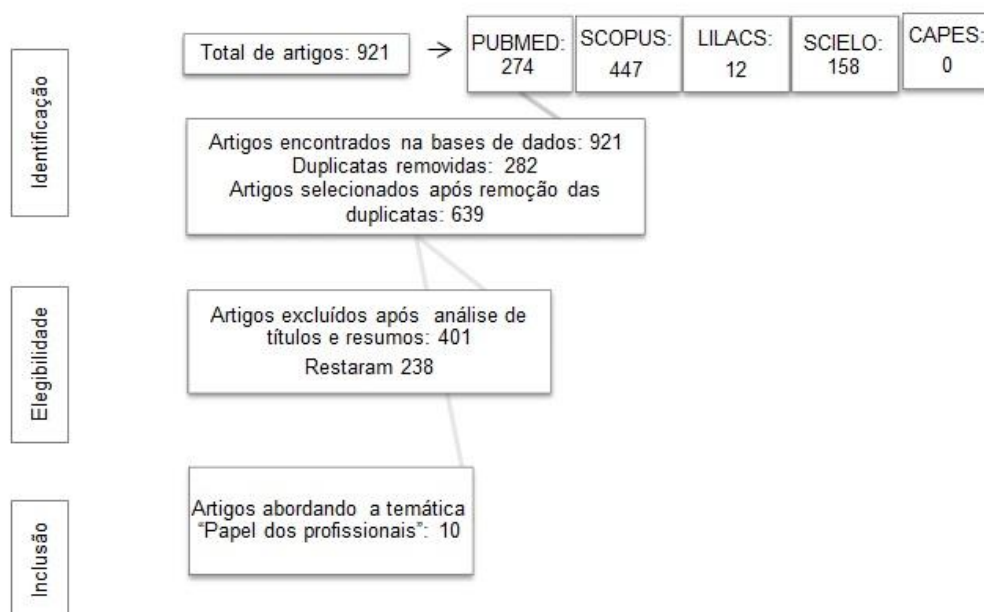
da Capes e que se adapta ao escopo desta pesquisa. Para gerenciar as referências bibliográficas, foi utilizado o *software* Mendeley.

A pesquisa dirigiu-se a todas as áreas do conhecimento e foram utilizados os mesmos critérios de inclusão e exclusão da etapa de busca por artigos em bases de dados. Finalmente, foi realizada uma busca aleatória por periódicos não indexados, a partir de referências de publicações selecionadas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O resultado inicial trouxe um universo de 921 artigos (PUBMED: 274; SCOPUS: 447; LILACS: 12; SCIELO: 158). Destes, removemos os artigos duplicados, permanecendo 639 artigos. O próximo passo foi a análise dos títulos, em que foram excluídos 256 artigos que não estavam de acordo com a temática de *recovery*, restando 383 artigos. Na fase seguinte foram avaliados os resumos desses artigos, com a exclusão de mais 145, restando 238 artigos. Desse universo, após leitura dos mesmos, apenas 10 artigos tratavam do objeto central deste estudo, o papel dos profissionais no processo de *recovery*. Não foram encontradas teses ou dissertações na base da Capes abordando o tema em questão. A Figura 1 apresenta o fluxograma com o detalhamento das etapas de busca:

Figura 1: Fluxograma da revisão de literatura



Fonte: Autores

A Tabela 1, abaixo, caracteriza os artigos que têm como tema central o “papel dos profissionais na abordagem *recovery*”, selecionados nas bases de dados, de acordo com a metodologia adotada. Os títulos dos artigos listados na Tabela 1 podem ser encontrados nas Referências, ao final do presente artigo.

Tabela 1: Detalhamento de informações dos artigos selecionados

Autor e ano	Método	Profissão tratada no artigo	Periódico
Korsbek, 2016.	Ensaio teórico	Profissionais de SM	American Journal of Psychiatric Rehabilitation
Raeburn; Hungerford; Escott; Cleary, 2015.	Estudo de caso/narrativa	Enfermeiros	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing
Lakeman, 2010.	Grupo Delphi (painel de especialistas) com <i>experts by experience</i>	Profissionais de SM	Journal of Mental Health
Lloyd; Tse; Bassett, 2004.	Ensaio teórico	Terapeutas Ocupacionais	International Journal of Therapy and Rehabilitation
Moran; Mashiach-Eizenberg; Roe.; Berman; Shalev; Kaplan; Garber Epstein, 2014.	Estudo transversal com uso de instrumentos	Profissionais de SM	Psychiatry Research
Osborn; Stein, 2017.	Pesquisa qualitativa com entrevistas semiestruturadas	Profissionais de SM experientes	Psychiatric Quarterly
Osborn; Stein, 2019.	Narrativas em primeira pessoa		American Journal of Orthopsychiatry
Tiderington, 2017.	Pesquisa qualitativa com entrevistas semiestruturadas e observação	Profissionais de serviços de apoio à habitação	Administration and Policy in Mental Health and Mental

			Health Services Research
Stanhope;Solomon, 2008.	Revisão sistemática	Assistentes sociais	British Journal of Social Work
Cohen; Abraham; Burk; Stein, 2012.	Narrativas de profissionais	Psicólogos	Professional Psychology: Research and Practice

Fonte: Autores

3.1 Análise descritiva dos artigos e discussão dos dados

A discussão sobre o papel do profissional em processos de *recovery* implica, para alguns autores, na forma de conceituar estes processos. Com base em sua própria experiência pessoal de *recovery* e na literatura existente, Korsbek (2016) conceitua *recovery* como um processo de mútua transformação que acontece em uma relação entre um profissional e uma pessoa com problemas de SM. Apoiando-se na concepção de relacionamento interpessoal proposta por Harry Stack Sullivan e na terapia relacional de D. W. Winnicott e André Green, a autora afirma que a reciprocidade na relação profissional é pré-requisito para que ocorra o processo referido como *co-recovery*.

Para a autora, como para Tondora, Miller, Slade e Davidson (2014) é clara a necessidade de reconceituar o papel do profissional no processo de *recovery*, devendo este ser mais de facilitador e menos diretivo, inspirando mais esperança que pessimismo, buscando o fortalecimento da autonomia e rejeitando posturas paternalista. A concepção de diretividade torna-se central e é apresentada por Osborn e Stain (2017) como o grau em que os profissionais tentam influenciar os clientes a aceitarem uma solução de acordo com a preferência do profissional.

A adoção de *recovery* implica, nesta perspectiva, em transformação pessoal, na medida em que o profissional deve contemplar a vontade de se envolver no processo, sem ver a pessoa em *recovery* como um objeto e sim como produtor de conhecimento. Aparece aí a questão do respeito pelo saber e capacidade do outro, reconhecendo que as mudanças ocorrem de maneira recíproca. Nesse contexto, enfatiza Korsbek (2016), o profissional precisa de

coragem para tornar-se parte ativa na interação e aceitar sua própria mudança de acordo com o desenvolvimento do relacionamento.

Já o estudo de caso relatado por Raeburn, Hungerford, Escott e Cleary (2015) explora o papel de uma enfermeira de SM australiana no apoio ao processo de *recovery* de uma pessoa em situação de miséria com comportamentos de acumulação. A jornada rumo ao *recovery* de uma pessoa nesta situação é dinâmica e o apoio do profissional requer mais do que conhecimentos clínicos e psicoterapêuticos. Esta postura leva os autores a refletir sobre as mudanças no papel dos enfermeiros de SM, acostumados com atuações pautadas em um paradigma biomédico, com foco na doença, e que mais recentemente passaram a orientar-se pela abordagem *recovery*. Nesse novo contexto, a demanda é adotar uma postura plena de aceitação, humanizada, construir um relacionamento terapêutico forte, confiável e uma forte aliança com a pessoa em sofrimento e sua família. Nesta perspectiva, é importante reconhecer os pontos fortes de cada pessoa e ajudá-las a equilibrar assistência e cuidados médicos. Neste sentido, os autores enfatizam a utilidade do suporte de pares em reforçar positivamente pequenos ganhos e promover acolhimento quando ocorrem esperados retrocessos.

Raeburn, Hungerford, Escott e Cleary (2015) destacam, ainda, a importância dos enfermeiros de SM usarem suas habilidades de forma mais focada na família, cuidadores e comunidade, explicando e defendendo os direitos das pessoas vulneráveis. A família e cuidadores precisam estar envolvidos e informados de que a mudança é possível. A construção de uma boa relação de trabalho do enfermeiro com eles pode, desta forma, ser fator facilitador do processo de *recovery*.

A tentativa de garantir um ambiente estável e ajudar a PTM a atingir seus objetivos de recuperação, pode ser altamente estressante e os familiares normalmente necessitam de apoio para lidar com o estresse e com os conflitos associados a seus papéis, bem como para confrontar persistentes estigmas sociais. Para Cohen, Abraham, Burk e Stein (2012) é importante prover tanto apoio psicoterápico quanto educacional para ajudar cuidadores e familiares a enfrentarem estes desafios.

Lakeman (2010) buscou identificar, na Irlanda, métodos e práticas de profissionais de SM considerados importantes e valorizados na promoção de

recovery. O estudo tinha dois objetivos específicos: 1) identificar competências de trabalhadores de SM que promovam *recovery*, definidas em consenso por pessoas com experiência pessoal de *recovery*; 2) Desenvolver exemplos/narrativas ilustrativas de competências de *recovery* em ação. Para tal, utilizou a forma *online* do método *Delphi* (painel de especialistas) baseada na concepção metodológica de Linstone e Turoff (1975). Nesta técnica interativa, um grupo anonimamente apresenta respostas a questões ou itens com intenção de atingir consenso. Os participantes, pessoas em *recovery*, consideradas “especialistas por experiência” (*experts by experience*) realizaram uma breve e seletiva pesquisa bibliográfica com fins de esclarecer as origens e o significado de *recovery* e posteriormente foram convidados a responder a 103 assertivas sobre competências de *recovery* em SM advindas de diversas fontes autorais e institucionais.

O termo competência, para Lakeman (2010), refere-se a uma articulação entre conhecimento, habilidades e atitudes por parte do profissional. O artigo advoga que essas competências voltadas para promoção de *recovery* podem ser compreendidas como modelos para dialogar, estimular e provocar debates em um movimento para orientação de serviços por *recovery*.

Cinco das competências profissionais apresentadas receberam maior *escore* pelo grupo: A primeira, "Um profissional de SM competente reconhece e apoia a desenvoltura pessoal de portadores de transtornos mentais". As três próximas, iniciadas da mesma forma “Para trabalhar de forma focalizada no *recovery* trabalhadores de SM precisam ...”, foram (1) “refletir a crença de que o *recovery* é possível”; (2) “ser capazes de ouvir o que usuários (*consumers*) estão realmente dizendo e respeitar seus pontos de vista”; e (3) “refletir o respeito pela experiência e conhecimento exclusivo adquirido como resultado de se ter experimentado problemas de SM”. A última competência tinha a afirmativa "Um profissional de SM competente ajuda a pessoa a desenvolver autoconfiança, promovendo, portanto, sua habilidade em ajudar a si mesma" (LAKEMAN, 2010, p. 68-71).

Lloyd, Tse e Bassett (2004) estudaram o desenvolvimento da abordagem *recovery* na Nova Zelândia e Austrália e discutiram as implicações dos conceitos de *recovery* para a terapia ocupacional (TO). Os autores também se debruçaram

sobre as competências deste profissional necessárias para que suas intervenções em SM se orientem por *recovery*.

Em 1998, a Comissão de SM da Nova Zelândia adotou *recovery* como política pública preferencial e definiu *recovery* como habilidade de viver bem na presença ou ausência de doença mental. Em 2001, esta Comissão produziu um *kit* educativo sobre 10 competências baseadas em *recovery*, o qual proveu educadores com diretrizes de inclusão desta abordagem em programas onde houvesse a presença de profissionais de SM. Na Austrália, diferentemente, *recovery* foi incorporado em documentos oficiais dirigidos aos profissionais de SM, como o *Framework for Rehabilitation for Mental Health* e o *National Practice Standards for the Mental Health Workforce*. (LLOYD; TSE; BASSETT, 2004).

Lloyd, Tse e Bassett (2004) entendem a TO como profissão que valoriza as dimensões da vida e a participação de usuários e cuidadores no processo de cuidado em SM. Na perspectiva de uma orientação por *recovery*, as competências do TO, segundo os autores, devem se dirigir à valorização da experiência vivida e à promoção da autonomia dos usuários. O tema focalizado, no entanto, é o trabalho colaborativo que facilite esta valorização e a potência que usuários trazem para o processo de *recovery*. Em concordância, Cohen, Abraham, Burk e Stain (2012) sugerem que parcerias com PTM (ex., como especialistas de grupos de apoio ou como militantes de defesa de direitos - *advocates*) demonstram a vontade de profissionais de tomar seus clientes como colegas, o que facilita educar outros através do modelamento de papéis e do desenvolvimento de oportunidades em que habilidades das PTM podem ser apreciadas e validadas.

Para Lloyd, Tse e Bassett (2004), a TO é importante também para a intersectorialidade, pois para que a PTM exerça plenamente a vida em comunidade é necessário acesso à ampla gama de serviços relacionados a moradia, trabalho, finanças e lazer, entre outros. Assim, é necessário que o profissional apoie o constante aumento de parcerias e relações intersectoriais para garantir atendimento às necessidades dos usuários.

O artigo alerta, ainda, que usuários, familiares, profissionais e decisores políticos geralmente possuem entendimentos diferentes sobre *recovery*. Aponta o risco que os profissionais correm de adotar uma mesma forma de intervenção

para todos, o quê, em SM, não é recomendável nem suficiente para ajudar às pessoas em processo de *recovery*.

A relação profissional e terapêutica em *recovery* baseia-se no reconhecimento de que as duas partes envolvidas trazem *expertises* que otimizam a probabilidade de sucesso. A relação é vista como ato de colaboração e não de conformidade ou submissão, oferecendo ao usuário o papel de *expert* e parceiro, cujas habilidades e experiência o capacitam para o entendimento do que pode ou não funcionar para sua melhora. O envolvimento do profissional se dá em vários níveis, inclusive incentivar e prover liderança em diversas interlocuções, facilitar a escuta de demandas e *feedback*, e na defesa de direitos dos usuários. O vínculo é estabelecido por ambos, profissional e pessoa em tratamento, e pode mediar resultados de terapias independentemente de sua modalidade. Um bom vínculo estaria associado a resultados positivos no tratamento de diversos transtornos como depressão e esquizofrenia. Uma aliança pobre na admissão em hospital, por exemplo, estaria relacionada a comportamento violento na primeira semana de hospitalização (MORAN *et al*, 2014).

Moran *et al* (2014) relatam uma pesquisa de campo, recorte de um estudo maior realizado em 2011 no sul de Israel, que aplicou um instrumento avaliativo em 72 PTM com a finalidade de estudar a inter-relação entre vínculo profissional (*working alliance*), com utilização de estratégias promotoras de *recovery* por parte do profissional, e percepção do usuário sobre esses profissionais.

Foram estudados, na pesquisa mãe, 43 serviços comunitários psiquiátricos de reabilitação. Esse relato focalizou 14 serviços comunitários residenciais onde foi aplicado o IMR (*Illness management and recovery*) em encontros semanais de uma hora em pequenos grupos. Após 10 meses de intervenção, entre os anos de 2010 e 2011, foi auto aplicado um questionário avaliativo que continha três medidas: *Recovery Promoting Relationships Scale* (RPRS), *Recovery Assessment Scale* (RAS) e *Working Alliance Inventory - versão curta* (WAI-S), que é a medida mais estudada e utilizada para vínculo profissional (*working alliance*).

O estudo sugere associações positivas no que diz respeito à complexa relação entre usuário e profissional na promoção de *recovery*. O vínculo explica a relação entre estratégias de *recovery* e a recuperação pessoal. Ou seja, quanto

mais os usuários perceberam que o profissional se utiliza de estratégias de *recovery* com eles, maior sua percepção de vínculo com esses profissionais. Em contrapartida, quanto mais os usuários perceberam uma aliança sua com profissionais, maior seu senso de *recovery*. É potente o papel do vínculo profissional nas mudanças terapêuticas no contexto de *recovery* para PTM grave. O artigo alerta que o estudo é transversal e relações de causalidade devem ser feitas com cautela.

Neste estudo, foi considerada forte a relação entre percepção das estratégias de *recovery* do profissional e as subescalas interpessoais do RAS “vontade de pedir ajuda” e “confiança nos outros”, em comparação a uma menor correlação com “não ser dominado por sintomas” e “confiança pessoal e esperança”. Os autores sugerem que experiências positivas com profissionais que adotam estratégias de *recovery* estão associadas à oferta de ajuda fora do *setting* profissional. Os achados apontam a importância da relação entre profissional e pessoa em *recovery* que pode ficar mascarada nos aspectos práticos da reabilitação (MORAN et al, 2014).

O vínculo entre profissionais e usuários pode apresentar características muito diversas em diferentes *settings*, e isso é visto quando se observam estes vínculos no contexto de hospitalizações. Recomendações para orientar-se por *recovery* atingiram também os hospitais psiquiátricos (HP) nos EUA, mas pesquisas sobre como isso está ocorrendo são escassas (TSAI e SALYERS, 2010; KIDD; DAVIDSON; MCKENZIE, 2017). Partindo do princípio de que a aliança terapêutica é o fator mais importante no incremento da qualidade de vida dos usuários, Osborn e Stein (2019) conduziram um estudo com 47 homens e 13 mulheres com transtornos mentais graves internados em um HP no estado da Virgínia, EUA, que se autodefine como orientado pelo modelo *recovery*.

Os autores examinaram associações entre as visões das relações destes usuários com profissionais de SM, suas percepções sobre a orientação por *recovery* no serviço e relatos de seu bem estar. Foram utilizados os instrumentos *Working Alliance Inventory – Short Revised (WAI-SR)*, *Provider Directiveness Scale*, *Recovery Self-Assessment-Revised (RSA-R)*, *Colorado Symptom Index*; *BBC Well-being Scale*; e um questionário demográfico.

A partir das visões dos usuários confinados no HP, foram examinadas: as relações entre os relatos sobre a aliança terapêutica, a diretividade dos

profissionais, a orientação *recovery* do serviço e relatos de bem estar em geral. Uma hipótese era que os relatos sobre alianças terapêuticas fossem associados positivamente com relatos sobre orientação por *recovery* e bem estar individual. Outra, que as visões dos profissionais sobre alianças terapêuticas e sobre sua diretividade influenciaram significativamente a variância dos relatos dos usuários sobre orientação baseada em *recovery* e bem-estar, independentemente dos índices demográficos e dos autorrelatos de severidade dos sintomas.

Os resultados indicaram que os níveis de bem estar mensurados não apresentavam diferença significativa em função do gênero, SM, grau de educação ou religião. Estes fatores também não afetaram a percepção sobre a orientação do serviço. O número de hospitalizações psiquiátricas, mas não a autoavaliação sintomática, explicou 14% da variância nas percepções de orientação por *recovery*. Os usuários com percepção mais forte do vínculo profissional e menor relato de sintomas psiquiátricos eram mais propícios a relatar maior percepção de bem estar geral. Contrário à hipótese inicial, independentemente das características demográficas e patológicas, o estudo sugere que o relato dos usuários de maior diretividade por parte dos profissionais eram positivamente e significativamente relacionados à percepção de orientação por *recovery* no serviço. E que a aliança com o profissional, mas não a diretividade, estava positivamente associada ao bem-estar do usuário.

Os autores constataram que apesar das recomendações para adoção de princípios de *recovery* para orientar os HP, o modelo biomédico, incluindo práticas estritas e diretividade implícita, continua hegemônico nestas instituições nos EUA. Este modelo privilegia o papel do profissional como *expert* e com poder de determinar o tipo de tratamento que os usuários receberão no hospital, bem como o tempo que eles deverão permanecer ali. Os usuários podem considerar uma aliança positiva com os profissionais no HP como sinal de orientação por *recovery*. A diretividade, segundo os autores, pode estar articulada a um fenômeno mais sutil envolvendo formas de coerção em internações involuntárias ou compulsórias, tipicamente justificadas como medidas de proteção e para adesão ao tratamento. Os autores apontam que os usuários relataram ter experienciado medidas diretivas não relacionadas a manejo de risco e situações de proteção.

É possível que pessoas hospitalizadas aceitem medidas extremamente diretivas e de controle não só para sua proteção, mas também por acreditar que isso possa apressar sua alta. Podem também considerar a dedicação de tempo, atenção e os ditos diretivos como sinais de “bom tratamento”. As práticas restritivas podem ser aceitas no contexto de regras e contingências favorecendo comportamentos aceitáveis no hospital e como critérios para alta. Entretanto, no caso deste estudo, não foi a diretividade em si, mas combinada a uma relação positiva com o profissional, que se relacionava às percepções dos internos de maiores níveis de orientação por *recovery*.

Baseados na concepção da diretividade como grau em que os profissionais tentam influenciar os clientes a aceitarem uma solução de acordo com a preferência do profissional, Osborn e Stain (2017) conduziram estudo em que questionaram profissionais experientes que trabalham em serviços comunitários de SM sobre sua compreensão dos serviços orientados para *recovery* e sobre o uso de práticas diretivas no trabalho com usuários. O objetivo foi entender os fatores que influenciam o uso de práticas diretivas, atendo-se às possíveis tensões que os provedores possam sentir entre práticas diretivas, suas interações com os clientes e facilitação de sua autodeterminação. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas abertas individuais com 10 profissionais de SM (cinco mulheres e cinco homens) que trabalhavam há pelo menos cinco anos com PTM grave de dois centros comunitários de SM no Estado da Virgínia, EUA, orientados pelo modelo *recovery*.

Os profissionais pesquisados não apontaram dificuldades em articular princípios de atendimento orientado ao *recovery*. A respeito do entendimento de *recovery* como um processo ou jornada individualizada e contínua, relataram acreditar que os usuários passam por estágios de *recovery*, mas que não havia modelos existentes de estágio que pudessem ser aplicados a um consumidor individual. Reconheceram a realização de práticas diretivas com os usuários e usaram fatores clínicos tradicionais para avaliar a capacidade destes de tomar decisões autônomas. Quando entendiam seu cliente como incapaz de fazer uma escolha autônoma, devido à severidade de seus sintomas, questões de segurança, percepção de periculosidade ou dificuldades legais, os profissionais alegaram que conversavam com seus clientes para direcionar e orientar o foco

do tratamento. Os profissionais, no geral, não relataram tensão entre seus pontos de vista sobre *recovery* e a utilização de abordagens diretivas.

Os resultados levaram os autores a concluir que as ações de cuidado em SM continuam focadas no gerenciamento de riscos em vez de utilizar plenamente práticas de *recovery*. A autodeterminação dos usuários pode não ser alcançada se os profissionais continuam baseando o atendimento em um modelo que se concentra principalmente nas suas deficiências (SAWYER, 2008). Uma abordagem baseada em pontos fortes pode permitir que se identifiquem mais habilidades que limitações e Osborn e Stain (2017) veem como uma contradição que os profissionais estudados, no geral, não viram conflito entre o uso dos princípios de *recovery* e as práticas diretivas.

A literatura traz que o uso de práticas diretivas, por mais bem intencionadas, se assemelha bastante às formas mais leves de coerção, que incluem discutir, educar e persuadir usuários. A diretiva, considerada necessária em episódios de crise, no entanto, vem sendo utilizada como intervenção contínua, o que prejudica seriamente a autonomia e a autodeterminação (OSBORN; STEIN, 2017).

Em revisão sistemática das pesquisas existentes sobre a condução e resultados de psicoterapias aplicadas a PTM, Stanhope e Solomon (2008) apontam a importância da concepção de processo e o fato de que poucos estudos têm se debruçado sobre a terapia considerada como processo. As autoras sustentam que é essencial que este conceito entre na pauta de análises sobre o cuidado em SM, particularmente quando a terapia é orientada pela abordagem *recovery*. Analisam, então, a relação entre processo e resultados no trabalho de recuperação.

O artigo examina como diversos métodos de pesquisa têm explorado as relações entre profissionais de Serviço Social atuando como terapeutas e clientes, argumentando que métodos quantitativos não conseguem esgotar a produção necessária de conhecimento; e métodos qualitativos tradicionais, como a análise de discurso, têm se voltado para as micro relações existentes entre estes atores de forma limitada. A análise de discurso tradicional, argumentam, traz à luz componentes discursivos, mas não expõe a fenomenologia da relação e não explica como o processo relacional produz ou não resultados terapêuticos. A literatura revisada aponta que o diálogo é, do

ponto de vista de resultados terapêuticos, elemento chave no processo relacional profissional. O que se passa momento-a-momento, “cara-a-cara” é o que parece mais importar.

É possível argumentar a favor do balanceamento entre estudos qualitativos e quantitativos para aprimorar o conhecimento sobre TM e sobre a vivência das PTM. No caso da SM há necessidade de aprimorar a noção de evidência. O paradigma positivista não dá conta das formas de evidência necessárias para o maior conhecimento sobre SM e sobre o fenômeno psíquico. Para Stanhope e Solomon (2008) é essencial ampliar o leque de metodologias, dada a importância capital dos aspectos fenomenológicos dos transtornos e, assim, das narrativas em primeira pessoa, das histórias de vida, apresentadas como essenciais ao avanço do conhecimento.

Essas considerações corroboram diversos trabalhos sobre a necessidade de incluir as pessoas com experiência vivida de TM como pesquisadores em todos os níveis dos estudos levados a cabo sobre este tema (WHITE, 2013; COHEN; ABRAHAM; BURK; STEIN, 2012). Isso tem relação com a mudança de posição da pessoa com experiência vivida frente ao profissional que cuida, em um conseqüente relacionamento mais horizontal, o que afeta o campo da SM como um todo. Essa compreensão já está legitimada no âmbito regulatório da pesquisa em saúde nos EUA (COHEN; ABRAHAM; BURK; STEIN, 2012) e tem alguma representatividade no contexto acadêmico brasileiro (LOPES et al, 2012), apesar da hegemonia do paradigma positivista em pesquisa e tratamento das PTM.

Cohen, Abraham, Burk e Stein (2012) analisam o impacto transformativo do movimento *recovery* (a que também se referem como revolução) na política de SM em nível estadual e federal nos EUA. Descrevem as múltiplas habilidades necessárias para implementar mudanças e apontam os psicólogos como facilitadores primordiais para a mudança nos serviços, dada sua formação, habilidades únicas e desenvolvimento profissional. O caso dos serviços de SM do Departamento de Veteranos de Guerra (*Department of Veterans Affairs' Office of Mental Health Services – VAMHS*) serve como exemplo tanto dos esforços para transformação como das oportunidades oferecidas aos psicólogos no novo sistema. São focalizadas as experiências de quatro psicólogos: um com atuação direta no serviço, um estagiário de pós-doutorado, um diretor de

treinamento clínico, profissional de clínica comunitária, e um que liderava a seção de reabilitação e *recovery*, todos ligados ao VAMHS.

O Departamento de Veteranos foi um dos primeiros nos EUA (em 2008) a orientar seus serviços de SM pela abordagem *recovery*. A mudança implicou em novas políticas institucionais, como criação de novos serviços e programas, e alteração dos focos e maneiras de conduzi-los. Particularmente importantes foram a inclusão de veteranos com experiência vivida de TM como especialistas de suporte de pares; o exercício, por parte de profissionais, de papéis de consultor e mentor em programas de suporte de pares; a contratação de profissionais, inclusive psicólogos, como “coordenadores locais de *recovery*”, com função principal de natureza educativa, focalizando especialmente a compreensão do estigma por parte da comunidade e de profissionais; a promoção da compreensão sobre a abordagem *recovery*; e a orientação de usuários sobre o processo de “estar em *recovery*”. Os profissionais passaram a liderar a mudança institucional requerida em um processo de transformação paradigmática. O sistema dedicou-se a criar oportunidades para que os profissionais de nível superior ou técnico pudessem mudar suas maneiras de encarar os processos de trabalho e sua própria função institucional.

Os profissionais no VAMHS atuam em níveis regional e nacional, fazem parte de grupos comprometidos com a produção de conhecimento e com a elaboração, implantação e avaliação de programas orientados por *recovery*, o que auxilia a expansão do movimento. Assim, a agenda do psicólogo no VAMHS é tomada por atendimentos de usuários e familiares, treinamento de especialistas em suporte de pares e outras habilidades, reuniões de equipe, comunitárias e interinstitucionais, e participação em eventos e comitês regionais e nacionais. Cohen, Abraham, Burk e Stein (2012) argumentam que a experiência do VAMHS permite afirmar que os psicólogos têm capacidades únicas que os habilitam para estas funções e para o sucesso em ambientes orientados por *recovery*, bem como para exercer liderança, defender direitos dos usuários e promover transformações.

Para assumir esses papéis, há necessidade de formação adequada, em níveis de graduação e pós-graduação, que contemple o aprofundamento conceitual, prática de métodos específicos de pesquisa e avaliação de programas. Também é muito relevante que haja supervisão com profissionais

orientados por *recovery*. Esta supervisão, que deve ser provida por profissionais que tenham um bom entendimento desta abordagem, ajuda a definir os novos papéis, reduzir ansiedade, desenvolver competências e suportar pressões em *settings* resistentes a mudanças.

A prática dos psicólogos em uma perspectiva *recovery* não requer necessariamente adoção de um conjunto de habilidades ou de um *setting* inteiramente novo, mas que aprendam a aplicar suas habilidades de maneira diferente. A preparação para uma verdadeira transformação do sistema de SM requer compromisso com uma nova filosofia de cuidado e com a mudança social.

Psicólogos no serviço público, no consultório privado, na academia ou em outros *settings*, a partir de pesquisa e psicoterapia, podem apoiar o movimento *recovery* em áreas como Pesquisa e Avaliação, bem como liderar o desenvolvimento, disseminação e treinamento de intervenções psicossociais orientadas por *recovery*. Podem também exercer papel de defesa de direitos dos usuários (*advocacy*) e papéis educativos para superar o estigma (HIDAY et al, 2001).

Para Cohen, Abraham, Burk e Stein (2012), a formação profissional voltada para os princípios e práticas de *recovery*, inclusive em níveis de mestrado e doutorado, será essencial para que os sistemas de SM continuem a caminhar na direção do cuidado orientado por esta abordagem. Para estes autores, as habilidades únicas dos psicólogos os colocam na posição de assumir papéis centrais na revolução do cuidado orientado por *recovery*, como provedores de cuidado direto, desenvolvedores e avaliadores de programas e de novas intervenções baseadas em evidências, formadores, mentores, *advocates*, *experts* em políticas públicas, educadores e pesquisadores.

Em estudo realizado nos EUA, Tiderington (2017) buscou compreender como profissionais atuando em serviços de moradia de apoio entendem seu trabalho no que se refere à prática orientada ao *recovery*, à identificação de barreiras percebidas na linha de frente e variação na concepção de *recovery* pelos profissionais. O estudo contou com amostra intencional de 35 provedores de linha de frente que participaram em dois programas de apoio à habitação para adultos diagnosticados com transtorno mental grave, sendo utilizadas entrevistas semiestruturadas e observações da prática do profissional. Estes foram selecionados em duas agências de serviço social e o campo de estudo

incluiu um programa com alojamentos PERM (permanente) e TRANS (transitório), e outro com apenas alojamento PERM. A análise de dados baseou-se na teoria fundamentada indutiva (STRAUSS e CORBIN, 1990) e as anotações de campo codificadas de acordo com o método de Saldaña (2012).

Os resultados sugerem que profissionais atuando no mesmo programa, em habitações PERM e TRANS diferem em sua concepção da prática relacionada ao *recovery*. Mesmo os que utilizam um manual com a filosofia de programa orientado ao *recovery* divergiam sobre o foco e entendimento a respeito dessa prática. Os provedores de habitações PERM se mostraram menos propensos a auxiliar os usuários a desenvolver habilidades, na preparação para *recovery* e na promoção de independência dos serviços de suporte. As visões práticas dos provedores de moradia TRANS pareciam estar mais alinhadas com a prática orientada ao *recovery* - capacitando usuários, instilando esperança - que os das moradias PERM.

O que se percebe na pesquisa é que os facilitadores de transição adotam uma abordagem mais rígida e até punitiva a fim de pressionar os consumidores para que sigam o prazo estipulado de moradia, que é de 24 meses. Prazo que, segundo os pesquisadores, não leva em consideração as necessidades de cada indivíduo.

Já os provedores de habitação PERM descreveram seu trabalho como menos diretivo e de apoio mais passivo, ofertando suporte sem julgamento, capacitando os usuários e fornecendo esperança de recuperação a longo prazo. Admitem que os primeiros seis meses são mais diretivos até que o cliente esteja mais acostumado com as novas moradias. Nestas, os profissionais se concentraram mais em estabilidade e manutenção.

Os autores deste estudo concluíram que os participantes, de maneira geral, entenderam a habitação permanente de apoio como o último passo do processo contínuo de *recovery*. No entanto, estes serviços, nos EUA, admitem outras etapas, como moradias subsidiadas sem serviços de apoio e aluguéis no mercado privado. Poucos profissionais, entretanto, mencionaram trabalhar para que os usuários saíssem do sistema de SM, ou apresentaram metas para promover essa mudança, como já anteriormente apontado por Padgett (2007).

Prover meios para habitação é um dos pontos cruciais indicados pelos primeiros trabalhos que defendem políticas e serviços orientados por *recovery*

(HARDING et al, 1987; STRAUSS e CARPENTER, 1974). Através da provisão de meios básicos para subsistência, como moradia e emprego, se concretiza uma inserção social e comunitária que caracteriza em grande parte o resgate da cidadania plena das PTM. Estes meios básicos se colocam como elementos de suporte aos processos mais gerais de recuperação que dão forma concreta a projetos de vida, muitos deles perdidos pela ausência de políticas coerentes com o discurso que defende cuidado adequado e equidade em saúde. Neste sentido, *recovery*, como processo, se revela não somente em termos de jornada individual, mas como mecanismo relevante para a promoção da Saúde Mental Coletiva.

4 CONCLUSÕES

A literatura revisada aponta fortemente a importância do vínculo profissional no cuidado em SM em diversos *settings*. Os estudos sugerem que esta aliança positiva está relacionada aos relatos de bem estar geral dos usuários. Em serviços orientados por *recovery*, o vínculo terapêutico tem conotação especial, já que deve ocorrer em meio a transformações profundas no relacionamento entre profissional e usuário no contexto institucional. Nesse sentido, o papel exercido pelos profissionais potencializa os processos de *recovery* de forma significativa.

Os artigos analisados indicam que profissionais com habilidades específicas ou experiências vividas de transtorno mental, que entendem o impacto de sistemas sociais sobre indivíduos, são capazes de trabalhar em múltiplos níveis de análise e de trazer visões diversas sobre um objetivo comum, qualidades essenciais em jornadas de *recovery*. Aliado a isso, estes profissionais demonstram compromisso profundo com mudanças de longo prazo, podendo liderar o movimento para criar, expandir e manter sistemas de cuidado mais eficazes para a melhoria da saúde mental.

Além disso, os estudos parecem apontar que os profissionais que atuam orientados pela abordagem *recovery* costumam levar em consideração as necessidades de cada indivíduo, sendo menos diretivos, ofertando suporte sem julgamento, empoderando os usuários e fornecendo esperança ao processo pessoal de *recovery*.

Outro ponto relevante levantado pela presente revisão foi relativo à importância de a formação dos profissionais ser voltada para os princípios e práticas de *recovery*, em todos os níveis. Tal capacitação pode ser essencial para que os sistemas possam oferecer um cuidado orientado por esta abordagem.

A abordagem *recovery* vem sendo adotada como orientadora de serviços públicos e privados de saúde mental em nível internacional. Considerando a literatura revisada, percebemos que o tema *recovery*, entretanto, não tem expressão significativa na literatura no Brasil, já que todos os artigos analisados são de origem internacional.

Algumas resistências por parte de grupos profissionais latino-americanos podem estar vinculadas a esta escassez. A própria terminologia e origem linguística do conceito são objeto de resistência. O termo *recovery* (que pode ser traduzido literalmente por recuperação) é usado tanto em sentido comum, genérico, coloquial, quanto com significado particular, para delimitar esta forma específica de encarar o cuidado a pessoas com transtornos mentais e em outros contextos sociais. No campo da saúde, o termo “recuperação” tem tradicionalmente sentido de remissão de sintomas ou melhora, busca de cura, mas nem sempre se reconhece no campo, um significado particular, como na abordagem *recovery*. O uso no original em inglês, opção tomada por autores por não haver consenso para uma tradução que abarque o significado particular, suscita, no Brasil, resistências devido a uma interpretação de que esta abordagem seria mais uma introjeção de modos de ser identificados com o imperialismo americano. A isso se alia o argumento de que a Reforma Psiquiátrica Brasileira já tem prescrições para uma clínica ampliada e a abordagem *recovery* pouco ou nada tem a acrescentar a estas. Estas razões dificultam não somente a adoção da abordagem por serviços brasileiros, mas a própria discussão do tema, o que impede que esta abordagem possa trazer maiores contribuições à discussão teórico-conceitual e à execução técnico-assistencial no campo da saúde mental brasileira.

Para que a ideia de *recovery* contribua com melhorias ao sistema de saúde é necessário compromisso por parte de profissionais, decisores políticos, comunidades e das próprias pessoas e famílias a serem diretamente

beneficiadas com estas contribuições. Sem sequer discutir o tema, no Brasil, este compromisso tem dificuldade de ser cogitado.

As evidências de eficácia e eficiência da abordagem *recovery* sublinhadas nesta revisão integrativa apontam caminhos para incorporar, totalmente ou em parte, seus preceitos de prática e suas bases conceituais. A experiência de profissionais em nível internacional, examinada nesta revisão, pode ajudar seus colegas latino-americanos a incrementar seus conhecimentos e aperfeiçoar suas práticas, contribuindo para consolidar seu compromisso com o avanço da saúde mental na América Latina.

REFERÊNCIAS

BRASLOW, JT. The manufacture of recovery. *Am. Rev. of Clin. Psychol.* Online, 9(1): 26-29, 2013. Disponível em: <<http://clinpsy.annualreviews.org>>. Acesso em: 13 jul 2020.

BROOME, ME. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: Rodgers BL, Knafelz KA, eds. *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications*. p.231-50 Philadelphia (USA): W.B. Saunders, 2000.

COHEN, JL; ABRAHAM, KM; BUR, JPK; STEIN, CH. Emerging Opportunities for Psychologists: Joining Consumers in the Recovery-Oriented Care Movement. *Professional Psychol: Res. And Practice*, 2012. Disponível em: <<http://doi.org/10.1037/a0024394>>. Acesso em 18 mai 2020.

COOPER, H. M. Scientific Guidelines for conducting integrative research reviews. *Rev. Of Educational Research*, pg 291-302, 1982.

COSTA, M. N. Recovery como estratégia para avançar a reforma psiquiátrica no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v.9, n.21, p.01-16, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69532/41654>>. Acesso em: 4 fev. 2020.

DAVIDSON, L. The Recovery movement: implications for mental health care and enabling people to participate fully in life. *Health Affairs*. 2016.

DAVIDSON, L; STRAUSS, J. S. Sense of self in recovery from severe mental illness. *British J. of Med. Psychol*, vol. 65(2), pg131-45, 1992.

EVANS, D.; PEARSON, A. Systematic reviews: gatekeepers of nursing knowledge. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 10, pg. 593–599, 2001.

HARDING, CM; BROOKS, GW; ASHIKAGA, T; STRAUSS, JS; BREIER, A. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness I: Methodology study sample and overall status 32 years later. *American Journal of Psychiatry*, 144: 6. June 1987

- HIDAY, V. A., SWANSON, J. W., SWARTZ, M. S., BORUM, R.,; WAGNER, H. R. Victimization: A link between mental illness and violence? *International Journal of Law and Psychiatry*, vol 24, pg. 559-572, 2001.
- JACKSON, G. Methods for integrative reviews. *Review of Educational Research*, vol 50, pg438-460, 1980.
- KIDD, SA, DAVIDSON, L; McKENZIE, K. Common factors in community mental health intervention: A scoping review. *Comm. Mental Health J.I*, vol. 5, pg 627–37, 2017.
- KIRKEVOLD, M. Integrative nursing research – an important strategy to further the development of nursing science and nursing practice. *J. of Advanced Nursing* 25, 977–984, 1997.
- KORSBEK, L. Corecovery: Mental health recovery in a dynamic interplay between humans in a relationship. *Am. J. of Psych. Rehab.*, vol. 19(3), pg 196–205, 2016.
- LAKEMAN, R. Mental health recovery competencies for mental health workers: A Delphi study. *Journal Of Mental Health*, vol. 19(1), pg. 62–74, 2010.
- LE BOUTILLIER, Clair et al. What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric services*, v. 62, n. 12, p. 1470-1476, 2011.
- LINSTONE, H.A.; TUROFF, M. The Delphi method: Techniques and Applications. Boston, Massachusetts: Addison-Wesley, 1975.
- LOPES,, T. S.; DAHL, C. M., SERPA Jr, O. D., LEAL, E. M., CAMPOS, R. T. O., DIAZ,, A. G.. O processo de restabelecimento na perspectiva de pessoas com diagnóstico de transtornos do espectro esquizofrênico e de psiquiatras na rede pública de atenção psicossocial. *Saúde e Sociedade*, vol. 21(3), pg. 558–571. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000300004>>. Acesso em: 20 jan 2020
- LLOYD, C; TSE, S; BASSETT, H. Mental health recovery and occupational therapy in Australia and New Zealand. *Int. J. of Therapy and Rehab.*, pg. 64–69, 2004.
- MORAN, G; MASHIACH-EIZENBERG, M; ROE, D, BERMAN, Y; SHALEV, A; KAPLAN, Z; GARBER EPSTEIN, P. Investigating the anatomy of the helping relationship in the context of psychiatric rehabilitation: The relation between working alliance, providers' recovery competencies and personal recovery. *Psychiatry Research*, vol. 220(1–2), pg 592–597, 2014.
- OSBORN, LA; STEIN, CH. Recovery-Oriented Services in an Inpatient Setting: The Role of Consumers' Views of Therapeutic Alliance and Practitioner Directiveness on Recovery and Well-Being. *Am. J. of Orthopsych.*, Vol. 89(1), pg 115–123, 2019.
- OSBORN, LA; STEIN, CH. Community Mental Health Care Providers' Understanding Of Recovery Principles and Accounts of Directiveness with Consumers. *Psychiatric Quarterly*, 88(4), 755–767, 2017.

PADGETT, DK. There's no place like (a) home: Ontological Security among persons with serious mental illness in the United States. *Social Science and Medicine*, vol. 64(9),pg. 1925–1936, 2007.

RAEBURN, T; HUNGERFORD, C; ESCOTT, P; CLEARY; M. Supporting recovery from hoarding and squalor: Insights from a community case study. *J. of Psych. and Mental Health Nursing*, vol. 22(8), pg 634–639, 2015.

ROWE, M.; DAVIDSON, L. Recovery and citizenship. *J Psychiatry RelatSci*, vol. 53, pg 1-21, 2016.

SALDAÑA, J. The coding manual for qualitative researchers (2nd ed.). London: Sage, 2012.

SAWYER, A. Risk and new exclusions in community mental health practice. *Australian Social Work*, vol. 61, pg 327–341, 2008.

STANHOPE, V; SOLOMON, P. Getting to the heart of recovery: Methods for studying recovery and their implications for evidence-based practice. *British Journal of Social Work*, vol. 38(5), pg 885–899, 2008.

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*, vol. 31; pg 37-42. 1974. Disponível em: <<http://doi.org/10.1001/archpsyc.1974.01760130021003>>. Acesso em 20 jan 2020

STRAUSS, AL; CORBIN, JM. Basics of qualitative research (Vol. 15). Newbury Park, CA: Sage, 1990.

TIDERINGTON E.. “We Always Think You’re Here Permanently”: The Paradox of “Permanent” Housing and Other Barriers to Recovery-Oriented Practice in Supportive Housing Services. *Adm. and Pol. in Mental Health and Mental Health Serv. Res.*, vol. 44, pg 103–114, 2017.

TONDORA, J; MILLER, R; SLADE, M; DAVIDSON, L. Partnering for recovery in mental health: a practical guide to person-centered planning. Hoboken, New Jersey: John Willey, 2014.

TSAI, J; SALYERS, M. Recovery orientation in hospital and community settings. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 37, 385–399. 2010.

WHITE, WL. Contrasting perspectives on recovery: an interview with Larry Davidson, *PhD*, New Haven, Connecticut: Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine. 2013. Disponível em: <<http://www.williamwhitepapers.com/pr/2013%20Dr.%20Larry%20Davidson%20Interview.pdf>>. Acesso em 30 ago 2020

WHITTEMORE R; KNAFL K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 52, pg 546– 553, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva: WHO Document Production Services. 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=A55CC3124E50673485D17CC18A81EF8C?sequence=1>. Acesso em: 12 abr. 2020.