

PLANO DE AÇÃO PESSOAL, CARTÃO DE CRISE/SOS E RECOVERY: UMA EXPERIÊNCIA BRASILEIRA

*Personal action plan, crisis / SOS card and Recovery:
a brazilian experience*

Sara Letícia Bessa¹

Camila Rosa Santos de Souza²

Artigo encaminhado: 11/02/2021

Artigo aceito para publicação: 30/04/2021

RESUMO: Os anos 70 foram marcados por movimentos sociais e de cidadania em diversos países do mundo e muitos foram os avanços nas políticas públicas de saúde, em especial na saúde mental e na luta por direitos humanos. Alinhada a esse contexto, surge nos Estados Unidos, a abordagem *recovery* que avança e reconhece o direito de pessoas em sofrimento psíquico, ainda que severo, de participação plena na sociedade, constatando que essas pessoas podem melhorar significativamente de seus sintomas, retomando suas atividades pessoais, sociais e se recuperando de seu adoecimento. Este artigo apresenta relato de duas experiências de implantação da ferramenta plano pessoal de ação e cartão de crise/SOS como instrumento de *recovery* já utilizado em diversos países com grande sucesso. Trata-se de uma experiência vivida em um centro de convivência em saúde mental, álcool e outras drogas e a outra em uma equipe de acompanhantes terapêuticos, ambas em Brasília-DF. Através das experiências foi possível identificar que o plano de ação e cartão de crise/SOS é uma ferramenta muito potente e sua implantação no contexto da rede de atenção psicossocial brasileira pode trazer grandes benefícios, já que é uma ferramenta com foco na retomada da autonomia, cidadania e empoderamento, garantindo direitos e corroborando com a abordagem *recovery*. Notou-se também que é uma ferramenta provocadora de transformações ainda mais amplas nas lógicas hierárquicas e institucionais que atravessam os serviços e os modos de promover saúde mental em nosso país.

Palavras-chave: Recovery na saúde mental. Saúde mental. Intervenção na crise. WRAP.

ABSTRACT: The 1970s were marked by social movements and citizenship in different countries around the world and many advances were made in public health policies, especially in mental health and fighting for human rights. Aligned with this context, emerges in the United States, the recovery approach that advances and recognizes the right of people in psychological distress, although severe, of full participation in society, noting that these people can significantly improve their symptoms, resuming their personal and social activities, and

¹ 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

² Terapeuta Ocupacional, acompanhante terapêutica, cofundadora do Lugar de Encontro. E-mail: camilarosasantosdesouza11@gmail.com

recovering from illness. This article presents an account of two implantation experiences of the personal action plan and crisis card/SOS tool as a recovery instrument already used in several countries with great success. It is a lived experience in a coexistence center in mental health, alcohol and other drugs and the other in a team of therapeutic companions, both in Brasília-DF. Through these experiences was possible to identify that the action plan and crisis card/SOS is a very powerful tool and its implantation in the context of the Brazilian psychosocial care network can bring great benefits, given that it is a tool focused on the resumption of autonomy, citizenship and empowerment, guaranteeing rights and corroborating with the recovery approach. It was also noted that is a provocative tool for even broader transformations in hierarchical and institutional logics that cross services and ways to promote mental health in our country.

Keywords: Recovery in mental health. Mental health. Crisis intervention. WRAP.

1 INTRODUÇÃO

Os anos 70 foram marcados por movimentos sociais de cidadania em diversos países do mundo como Itália, França, Inglaterra, Brasil e EUA. Muitos foram os avanços nas políticas públicas de saúde, em especial na saúde mental e na luta por direitos humanos.

No Brasil, os serviços de saúde mental se organizaram construindo novas formas de cuidado e olhar para o sofrimento psíquico intenso, avançando para um novo cenário cultural em relação à loucura. Ao longo dos anos, foram implantados inúmeros serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, promovendo um longo processo de desinstitucionalização das práticas, dos discursos e das relações. Movimento amplo, pautado na luta pela liberdade, afirmando um novo lugar social às pessoas em sofrimento psíquico, incidindo em todas as dimensões da vida (AMARANTE; TORRE, 2017).

Os dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) demonstram as inúmeras conquistas e avanços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que pautada nas tendências internacionais e evidências científicas, têm deslocado o centro do cuidado em internações e reclusão para uma atenção comunitária, de base territorial. A partir dessa mudança de paradigma as pessoas em sofrimento psíquico passaram a ser respeitadas em suas necessidades e desejos, vivendo e sendo tratadas em condições mais dignas (THORNICROFT e TANSELLA, 2008).

Nos Estados Unidos, na mesma época, nos anos 70 e 80, emergiu um movimento social, liderado por usuários de serviços de saúde mental ou pessoas com experiência vivida de sofrimento psíquico que questionaram a lógica de

cuidado imposta, entendendo que pessoas com diagnóstico psiquiátrico conseguem construir um senso de pertencimento e cidadania. A esse movimento deu-se o nome de *recovery*.

A abordagem *recovery* avança e reconhece o direito de pessoas em sofrimento psíquico, ainda que severo, de participação plena na sociedade. Constata que podem melhorar significativamente de seus sintomas, retomando suas atividades pessoais, sociais e se recuperando do seu adoecimento. Hoje, nos EUA, todos os serviços de saúde mental devem ser orientados com foco no usuário, na promoção do *recovery* e não limitados à redução dos sintomas, mas no esforço para a restauração de uma vida significativa e produtiva (DAVIDSON, 2016).

Essa abordagem parte do princípio de que todas as pessoas têm habilidades e merecem ser vistas além do diagnóstico, implicando em um conjunto de pressupostos como acesso à habitação, ao trabalho, estudos, à socialização e cidadania. (DAVIDSON, 2016 apud COSTA, 2017). *Recovery* é definido como um processo profundamente pessoal de descoberta de identidade e de criação de um novo sentido para a vida, fortalecendo a autodeterminação e participação ativa em cada etapa. (DUARTE, 2007). Envolve a superação de estigmas, de tratamentos reducionistas, retomada da esperança, responsabilidades pelas próprias ações, criação de novas habilidades e identidade social (DEEGAN, 1988; TURNER CROWSON e WALLCRAFT, 2002 apud GRIGOLO et al, 2017).

Recentemente, a partir da década de 2000, a abordagem *recovery* vem orientando serviços de saúde mental em diversos países e tem como proposta a reorientação do sistema de saúde mental, avançando os processos de reforma do modelo assistencial em todo o mundo, com muitos estudos analisando sua aplicação nas mais diversas regiões (COSTA, 2017). Nessa perspectiva de reorientação do cuidado em direção ao processo de *recovery* viu-se a necessidade de criação de ferramentas capazes de instigar esse processo, umas dessas ferramentas é o plano de ação pessoal e cartão de crise, utilizado para o consentimento livre e esclarecido, em que a pessoa tem o direito de escolher todos os aspectos de seu processo de tratamento, ainda que vivencie momentos de desorganização psíquica (GRIGOLO et al, 2017).

Apesar dos inúmeros avanços na implementação da RAPS, o que se percebe no sistema de saúde brasileiro, é que existem fragilidades no modo de ofertar saúde mental que necessita de avaliações e de serem repensados (DELGADO, 2015). O grande desafio se dá nos papéis e relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários que acabam sustentando uma relação de tutela e dependência. Silva (2005) aponta que para o cuidado emancipatório deve haver mudanças no discurso, valores e nos papéis dos espaços assistenciais, acadêmicos e institucionais no campo da saúde mental.

Ainda hoje as decisões em relação ao processo de tratamento estão muito centradas no profissional e na doença, com utilização de formas arbitrárias e autoritárias do saber técnico, com caráter corretivo e de controle, invalidando a capacidade do indivíduo de cuidar de si e de sua existência (AREJANO, PADILHA e ALBUQUERQUE, 2003 apud GRIGOLO et al, 2017).

Em momentos de crise e situações de risco a tutela fica ainda mais evidente, são momentos em que a pessoa fica sem condições de decidir sobre sua vida, seus direitos e vontades. Profissionais acabam intervindo e tomando decisões “em nome” do usuário, e, muitas vezes, contra sua vontade, utilizando seus conhecimentos enquanto profissional. Porém, entende-se que isso pode ser feito de maneira menos impositiva e hierárquica, levando em consideração a vontade da pessoa, seu gosto, seu desejo, sua forma. (VENTURINI, 2017).

Como desafio e em uma proposta de avanço, no momento contemporâneo, tem-se a necessidade de manter ativa a ideia de emancipação e processo de mudança de paradigma, que questiona a lógica de cuidado imposta e que não leva em consideração a pessoa com experiência vivida. Entendendo que é possível superar os efeitos de ser “doente mental” - pobre, com moradia precária, com perda de papel social e identidade - a fim de retomar o controle sobre a própria existência, levando-se em consideração não somente aspectos clínicos, mas também sociais (DAVIDSON, L. ROWE, D.,2007).

Dessa forma, o objetivo do artigo é apresentar experiências de construção do plano de ação pessoal e cartão de crise como uma ferramenta inovadora, utilizada em outros países com grande sucesso. Para isso, serão relatadas duas experiências de construção dessa ferramenta, sendo a primeira em um Centro de Convivência e a segunda em uma clínica territorial de acompanhamento terapêutico, ambas em Brasília-DF. O artigo visa também provocar meios para

efetivar a ferramenta como instrumento de *recovery* possível para os dispositivos da rede de atenção psicossocial no Brasil.

2 ORIGEM DO PLANO DE AÇÃO PESSOAL E CARTÃO DE CRISE:

Breve histórico

Thomas Szasz, referência da saúde mental no mundo, trouxe uma proposta que ficou conhecida como “Vontade Psiquiátrica”, cujo objetivo era criar uma alternativa em que os usuários pudessem falar aos profissionais como gostariam de ser cuidados e como as pessoas poderiam lidar com as situações de crise psicótica ou maníaca. (FREITAS, 2008).

O lançamento do primeiro cartão de crise se deu em 1989 pela Rede Internacional de Self-Advocacy no País de Gales. Nos anos 1990, o uso do cartão de crise intensificou-se na Inglaterra, bem como na Suíça e na Itália. (COMPAIJEN et al., 2004).

Em 1997, Mary Ellen Copeland e um grupo de colegas com experiência vivida de transtorno mental grave se reuniram em Vermont com o objetivo de pensar quais recursos estratégicos usavam em seu dia a dia para assegurar seu próprio bem-estar ainda que vivenciassem sofrimentos psíquicos. A partir dessa compilação de experiências foi criado o Plano Pessoal de Ação *WRAP* (*Wellnes Recovery Action Plan*) traduzido como “Plano Pessoal para o Bem-Estar e Recovery em Saúde Mental”. Esse grupo dedicou-se à estruturação e disseminação dessa metodologia. O plano de ação *WRAP* vem sendo utilizado em vários países como Nova Zelândia, Escócia e Estados Unidos, sendo que cada lugar tem seu formato para avaliar os resultados (GRIGOLO et al, 2017).

2.1 Experiências de implantação do plano de ação pessoal e cartão de crise

Na Holanda, o chamado plano de crise, é realizado nas organizações em que as pessoas em sofrimento psíquico frequentam ou em Centros de Crise. São unidades de tratamento de curta duração, em que o usuário pode ficar internado no prazo máximo de cinco dias ou fazer dez sessões de tratamento. Este espaço funciona 24 horas em todos os dias da semana e nele disponibilizado um consultor como um profissional de referência, que definirá junto ao usuário seu plano de crise (FREITAS, 2008).

Realizado o plano de crise, o conteúdo fica acessível nos centros de crise, na organização em que ele foi feito ou em outras instituições, e com pessoas de confiança que o usuário indicou inicialmente. Também existe a possibilidade de o plano ficar disponível na internet, sendo sua divulgação feita através do uso de palavras-chave. É importante ressaltar que toda divulgação só pode ser realizada com a autorização da pessoa (FREITAS, 2008).

No plano de crise constam dados importantes da vida cotidiana, como pagamento de contas, quem vai cuidar da sua casa ou dos seus filhos e animais domésticos, bem como onde e quando a pessoa quer ser cuidada, quais medicações deseja tomar ou não, entre outros fatores. Ao construir o plano de ação pessoal, os serviços e pessoas mencionadas no plano são comunicados sobre os acordos e a responsabilidade de cada um neste processo. Isso ocorre porque o usuário pode indicar de quem deseja receber ajuda e cuidados. Esse acordo é selado através da assinatura de todos os envolvidos no plano de crise, e, após isso, os principais dados são resumidos e colocados em um cartão portátil, no tamanho de um cartão de crédito, denominado Cartão de Crise. Essa ação precisa ser revista a cada 6 meses ou de acordo com a necessidade (COMPAIJEN *et al*, 2004).

No Brasil, no final do ano de 2006, foi criado um projeto piloto com o intuito de investigar sobre a relevância do plano e cartão de crise em um Centro Psiquiátrico no Rio de Janeiro. Essa experiência se assemelha à holandesa e é também uma prática voluntária. O plano de ação e cartão de crise traduzido e elaborado nesta instituição contém perguntas e respostas objetivas. Dessa experiência, surgiu uma cartilha de implantação do cartão de crise para facilitar sua disseminação nos serviços de saúde mental da cidade (VASCONCELOS *et al*, 2013b).

Em 2015, em Florianópolis, um grupo organizado por professores e estudantes do curso de Psicologia interessados no tema recovery, traduziram e experimentaram o *WRAP* (Plano Pessoal de Ação) com a perspectiva de verificar a potencialidade desta ferramenta de efeitos já reconhecidos internacionalmente. Realizaram 8 oficinas de encontros quinzenais em que os participantes puderam elaborar as etapas do seu plano. O grupo acabou tendo uma dimensão de apoio e suporte mútuos e os participantes puderam elaborar

seus planos pessoais, colocando-o em prática no dia-a-dia (GRIGOLO et al, 2017).

O apoio de pares entre pessoas em sofrimento psíquico grave tem sido amplamente considerado para ajudar outras pessoas que sofrem psiquicamente e que tem uma história mais longa no processo de adoecimento psíquico, e esse apoio tem apresentado efeitos muito positivos ao longo da história da psiquiatria e essa prática tem crescido muito em todo o mundo (DAVIDSON, L.; BELLAMY, C.; GUY, K., MILLER, R, 2012).

Em Brasília-DF, em uma ONG de Saúde Mental, o plano de ação e cartão de crise foi implantado após profissionais, estudantes e usuários estudarem experiências de outros países. Segundo Miranda (2017) os usuários daquele espaço puderam enfatizar, no grupo, o desejo pelo acolhimento bem diferente de contenções ou outras formas já conhecidas de enfrentar a crise após essa experiência. Nesse plano de ação contém questões objetivas e discursivas, com perguntas mais abertas para que a pessoa possa expressar melhor suas necessidades.

O que se percebe é que cada local terá suas particularidades ao implementar a ferramenta, já que os sentimentos identificados na crise são diversos e únicos e vai depender do local e características das pessoas envolvidas, não perdendo sua essência e ideia principal (MIRANDA, 2017).

3 RELATO DE EXPERIÊNCIA: O CARTÃO SOS

Trata-se de uma experiência vivida entre frequentadores³ e profissionais de um centro de convivência em saúde mental em que juntos trabalharam para a implantação do plano de ação pessoal e cartão de crise que se tornou uma ferramenta de cuidado neste serviço a partir de setembro de 2017.

Esse Centro de Convivência é uma instituição privada, voltada aos cuidados de pessoas em sofrimento psíquico grave e/ou em uso problemático de álcool e outras drogas. Aproximadamente 50 pessoas frequentam o espaço e contam com uma equipe interdisciplinar de 15 profissionais.

³ Nome utilizado neste espaço após discussão em assembleia em que os participantes decidiram que não queriam ser chamados de usuários nem de pacientes e sim de frequentadores.

A iniciativa pela implantação do plano de ação pessoal e cartão crise partiu de duas profissionais que tiveram acesso à ferramenta, e levaram a proposta para discussão em assembleia em que frequentadores, familiares e profissionais decidiram pela introdução da ferramenta no serviço. Estiveram presentes na assembleia⁴ em torno de 30⁵ pessoas, e nesse dia, decidiu-se pela mudança do nome, cartão de crise, já que a palavra “crise” foi apontada por um frequentador como algo pesado, ruim e carregado de estigma, passando a ser chamado: Cartão “SOS”.

A disseminação e popularização dessas trocas entre pares é um exemplo de que o recovery é possível e necessário, e essas são ações que se tornam muito importantes na instilação de esperança, senso de pertencimento, identidade, trocas de informações, demonstrando ao frequentador do serviço que é possível passar de doente, sem controle, para dono de sua própria existência. Incluindo novas maneiras de explorar e usar seu conhecimento experiencial, superando estigmas, discriminação, traumas (DAVIDSON, L.; BELLAMY, C.; GUY, K., MILLER, R, 2012).

Ao longo da implantação da ferramenta, foi percebido que alguns participantes tiveram mais facilidade do que outros na apropriação da ideia já que planejar o futuro ou serem ouvidos em seus desejos não era algo comum em seu dia a dia ou em tratamentos já realizados nos serviços convencionais, causando estranhamento e até repulsa. A troca de experiências entre os participantes e o fato de perceberem mudanças na própria condição a partir dessas trocas auxiliou muito para sua efetividade.

Para o plano de ação se concretizar são necessários vários encontros entre a pessoa, seu profissional de referência e também trocas entre os pares. A escuta, agenciamento e postura ética diante do problema do outro são fundamentais neste processo a fim de garantir o desejo da pessoa. A proposta não é de forma alguma impositiva, é algo que cada um faz em seu tempo, no seu ritmo e a partir de seu desejo pessoal. Percebe-se que o conhecimento de si mesmos favorece com que as pessoas experimentem outras formas de partilhar suas histórias de sofrimento e de restabelecimento do seu bem estar,

⁴ Espaço deliberativo composto por frequentadores, profissionais e familiares, no qual todos têm poder de decisão.

⁵ Dados acessados pelos livros de registros da instituição.

provocando sentidos e esperanças através de seus discursos (GRIGOLO et al, 2017).

Ao final do processo de construção do plano de ação pessoal, por decisão conjunta, uma cópia do conteúdo é anexada ao prontuário do frequentador e outras cópias são entregues à rede de apoio, de acordo com a escolha individual de cada um. Em seguida, é sugerido ao frequentador produzir o seu cartão SOS. O cartão SOS é pequeno, portátil, contém informações importantes e necessárias caso a pessoa necessite de ajuda, de forma bastante resumida.

Na proposta de construção do plano de ação pessoal, nem todos os frequentadores do serviço tinham o desejo de fazê-lo, mas a maioria, mais da metade dos integrantes, passou a utilizar a ferramenta trazendo resultados e um sentimento de esperança. Daí se percebe a importância de encorajar o papel mais ativo dessas pessoas em seu tratamento.

Por parte dos profissionais foi possível identificar resistências e dificuldades e apesar dos esforços para efetivação dessa nova ferramenta através das trocas em reunião, nos espaços de supervisão, assembleias, nem todos os frequentadores tiveram acesso a esse instrumento. Isso foi percebido nas diversas reuniões (anotadas nos livros de registro) em que discutiram sobre o assunto e alguns profissionais se mostraram resistentes na implantação e oferta, alegando como uma ferramenta desnecessária ou secundária, não se envolvendo nas discussões e propostas.

3.1 Cartão “SOS” em um cuidado de base territorial

No ano de 2020, foi iniciado um trabalho de acompanhamento terapêutico (AT) na instituição, Lugar de Encontro, em Brasília-DF. Uma clínica territorial, privada, que oferece cuidado extramuros e intervenção em crise fora do setting tradicional. Um espaço de troca em que as pessoas se reconhecem, se identificam e constroem alternativas a partir disso.

Essa jovem equipe é composta por 12 profissionais de diversas áreas e todos têm ou estão cursando formação em AT. Atualmente acompanha um total de 27 pessoas e todos tiveram contato com o plano de ação pessoal.

O Acompanhamento Terapêutico é uma clínica que acontece na cidade e se utiliza dos espaços públicos para o “ato terapêutico”, cria espaços possíveis para as pessoas e a seu território (PALOMBINI et al, 2004). Se alinha aos conceitos de *recovery* em sua prática clínica, pois visa a cidadania, resgate da

esperança na superação de sofrimentos psíquicos e integração plena dos indivíduos à comunidade (GRUSKA; DIMENSTEIN, 2015).

A maioria dos acompanhados tiveram experiências em longas internações psiquiátricas, vivenciando processos de institucionalização sentindo-se desesperançosos, não estão acostumados a serem ouvidos e apresentam dificuldades em expor seus desejos. E essa experiência de um ano de implantação e utilização do plano de ação e cartão de crise tem se mostrado bem sólida e efetiva, incentivada pelos acompanhantes e bem recebida pelos acompanhados. A equipe já experimentou algumas intervenções em crise em que foi garantido os cuidados pré-estabelecidos no plano de ação pessoal, possível devido à articulação que o AT construiu com a rede de cuidado, anterior à crise.

O grande desafio com essa equipe foi o desconhecimento deste modo de cuidado e com isso houve inicialmente a dificuldade em oferecer o plano de ação. Como forma de viabilizar essa experiência foi proposto que cada um desenvolvesse a construção do seu plano de ação o que possibilitou entendimento da ferramenta e sua efetividade. Com essa experiência os profissionais se apropriaram ainda mais da proposta de recovery, refletindo o seu papel e repensando seu próprio bem-estar. É importante frisar que o plano de ação pode ser feito por qualquer pessoa, ainda que não tenha diagnóstico (GRIGOLO et al, 2017).

O plano de ação pessoal apresentado nas duas experiências relatadas é baseado no utilizado na ONG em Brasília (MIRANDA, 2017). Nele constam perguntas abertas relacionadas aos dados pessoais, nome do familiar ou amigo que deseja ser contactado, dados dos profissionais que são suas referências, comorbidades clínicas, alergia, tipo sanguíneo, medicações em uso, quais os sinais e sintomas que antecedem uma crise, os sentimentos que são experimentados, como a pessoa quer ser acolhida, bem como o lugar e a pessoa que deseja ao seu lado, se será administrado alguma medicação e alguma particularidade que desejar. Recentemente, em março de 2021, foi finalizado um ebook sobre o tema, disponibilizado nas redes sociais do Lugar de Encontro a todos que têm interesse na temática.

Para confecção do plano pessoal de ação é preciso 3 a 4 encontros, e após a finalização é estimulada sua circulação com o maior número de pessoas

possível para se tornar efetivo. Em seguida é elaborado o cartão “SOS” do tamanho de um cartão bancário dobrado ao meio contendo dados pessoais, comorbidades clínicas, medicações em uso, dados do plano de saúde, unidade de emergência a encaminhar e telefones de contato das pessoas que estão em posse do plano de ação. Tem-se pensado, nesse momento, como os acompanhados já conhecem a ferramenta, de eles apresentarem aos demais acompanhados que chegam à instituição a fim de promover troca mútua entre eles. Entendendo que alguém que já passou por uma crise consegue sentir o que se passa realmente e facilitará melhor o diálogo.

De maneira geral, percebe-se que a implantação e efetivação da ferramenta nas duas experiências citadas foi bastante positiva e tornou-se uma prática recorrente nas duas instituições, se mostrando promissora para uso em diversos dispositivos no Brasil. Assim como concluído por Cook et al, 2013, em seus estudos sobre o *WRAP* e sua utilização, denotando que o autogerenciamento reduziu a necessidade e o uso de serviços formais de saúde mental, melhorando significativamente ao longo do tempo os sintomas e resultados de *recovery*. Confirmando a importância do *WRAP* em serviços de saúde mental.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incorporação desses novos conceitos ainda está sendo construídos no Brasil. Existem poucos estudos e programas que trabalham com essas experiências na prática. Mais pesquisas ajudam e contribuem com o avanço do *recovery*, adaptando ao contexto social e econômico brasileiro.

A utilização de tecnologias como o plano de ação pessoal e cartão de crise/SOS no tratamento de pessoas que apresentam problemas de saúde mental avança e serve como instrumento de diálogo, empoderamento, divisão de responsabilidades e possui impacto importante na autoimagem. Tornando-se uma estratégia de cuidado que leva em consideração o desejo da pessoa em sofrimento, ainda que se encontre, naquele momento, vivenciando situação de crise.

Ao lançar mão dessa ferramenta, o profissional passa a ser coadjuvante no processo de superação e enfrentamento à crise. A voz para decidir o que fazer e como fazer é da pessoa que está afetada por problema de saúde mental

independente do diagnóstico e da crise que podem vivenciar. Nessa perspectiva, horizontalizando as relações e tornando cada sujeito centro de seu tratamento e sua vida, com voz ativa, garantindo direitos, liberdade e respeito por suas escolhas. (OLIVEIRA, 2017).

É preciso rever o lugar das pessoas com experiência vivida de sofrimentos psíquicos nos diversos serviços brasileiros tornando-os principais atores e parceiros, e não somente pessoas que recebem cuidado. Torna-se necessária reflexão do papel profissional e dos serviços de saúde mental como um todo que acabam reproduzindo a lógica estigmatizante e de dependência. Há de se pensar também nas questões jurídicas, para que o plano de ação pessoal seja uma ferramenta reconhecida legalmente e como implantar no sistema público de saúde. Ademais, é fundamental pensar em reformulações nas grades curriculares dos cursos universitários e nesse sentido, ainda se tem muito o que avançar.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P.; TORRE, E.H.G. Direitos humanos, cultura e loucura no Brasil: um novo lugar social para a diferença e a diversidade. In: OLIVEIRA, W, PITTA, A., AMARANTE, P. (Org.). *Direitos Humanos e Saúde Mental*. P.107-133. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados—12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015 (acesso em 20/01/2021).
- COMPAIJEN, J., NEDERVEEN, A., OBERMAN, H., SPAANS, A.; SMULDERS, R.; VOORBIJ C. De ontwikkeling van de crisiskaart in Rijnmond, Roterdã: Basisberaad Rijnmond, 2004.
- COOK, J. A., JONIKAS, J. A., HAMILTON, M. M., GOLDRICK, V., STEIGMAN, P. J., GREY, D. D., BURKE, L., CARTER, T. M., RAZZANO, L. A., COPELAND, M. E. Impact of Wellness Recovery Action Planning on service utilization and need in a randomized controlled trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(4), 250–257. 2013. <https://doi.org/10.1037/prj0000028>
- COPELAND CENTER (2016). History of WRAP. Disponível em <https://copelandcenter.com/what-wrap/history-wrap> -
- DAVIDSON, L. The recovery movement: Implications for mental health care and enabling people to participate fully in life. *Health Affairs*, 35(6), 1091-1097, 2016. The Recovery Movement: Implications For Mental Health Care And Enabling People To Participate Fully In Life (healthaffairs.org)
- DAVIDSON, L.; BELLAMY, C.; GUY, K., MILLER, R. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11(2): 123-28, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22654945/>
- DAVIDSON, L., ROWE, D. Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of*

Mental Health, 16(4): 459-470, 2007. Disponível em:
<https://doi.org/10.1080/09638230701482394>

DELGADO, P. G. Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 [1]: 13-18, 2015.

FREITAS, C. A participação e preparação prévia do usuário para situações de crise mental: a experiência holandesa do plano/cartão de crise e desafios para sua apropriação no contexto brasileiro. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). *Abordagens psicossociais: Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na ótica da cultura e das lutas populares*. São Paulo: Hucitec: v. 2, p. 142-70, 2008.

GRIGOLO, T.M.; ALVIM, S.; CHASSOT, C.S.; SILVA, V.V.S. Plano de ação para bem-estar e recovery: experimentando o “WRAP” no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9(21): 300-20, 2017. Disponível em:
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69552>

GRUSKA, V.; DIMENSTEIN, M. Reabilitação Psicossocial e Acompanhamento Terapêutico: equacionando a reinserção em saúde mental. *Psicologia clínica*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 101-122, July 2015 . doi:
<http://dx.doi.org/10.1590/0103-56652015000100006>.

MIRANDA, Ana Clara de Azevedo. Implementação do cartão de crise em um centro de convivência: cogestão e empoderamento. 2017. 77 f. Monografia (Graduação) - *Faculdade de Ciências da Educação e Saúde*, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2017.

OLIVEIRA, W. F. Recovery: o desvelar da práxis e a construção de propostas para aplicação no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil. *Revista Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.9, n.21, p.321-330, 2017.

PALOMBINI, A. L. et al. *Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2004.

SILVA, M. B.B. Responsabilidade e reforma psiquiátrica brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo de saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 2, n. 8, p . 303-321, 2005.

THORNICROFT, G. e TANSELLA, M. Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental? *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 3(1), 2008.

VASCONCELOS, E. M. Diretivas antecipadas e o plano e cartão de crise em saúde mental: fundamentos para sua apropriação e implementação no Brasil. Rio de Janeiro. *Projeto Transversões/ Escola de Serviço Social da UFRJ*. Texto provisório de discussão interna, 2014.

VASCONCELOS, E. M.; LOFTI, G.; BRAZ, R.; DI LORENZO, R.; REIS, T. R. . *Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

VASCONCELOS, E. M.; LOFTI, G.; BRAZ, R.; DI LORENZO, R.; REIS, T. R. . *Cartilha Ajuda e Suporte Mútuos em saúde mental*. Brasília: Ministério de Saúde, 2013b

VENTURINI, E. O consentimento informado e a recusa do tratamento. In: OLIVEIRA, W., PITTA, A., AMARANTE, P. (org.) *Direitos Humanos e Saúde Mental*. p: 92-106. São Paulo: Hucitec, 2017.