



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Marília



CULTURA
ACADÊMICA
Editora

Dimensão individual e social do processo de recovery

Izabel Marin

Como citar: MARTIN, I. Dimensão individual e social do processo de recovery. *In:* SADE, R. M. S. (org.). **Boas práticas:** caminhos e descaminhos no processo de desinstitucionalização. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2017. p. 151-160.
DOI: <https://doi.org/10.36311/2017.978-85-7983-933-7.p151-160>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

Dimensão individual e social do processo de *recovery*

Izabel Marin

Nestes últimos 15 anos tenho me dedicado, junto a outros profissionais, familiares e usuários¹ dos serviços de saúde mental, a estudar, descrever e compreender o que facilita e o que dificulta o processo de *recovery* de um transtorno mental severo.

As principais fontes desse conhecimento são três: (a) como base, os estudos epidemiológicos clássicos que, entre 1970 e 1990, questionaram a própria ideia de que o transtorno mental severo fosse “incurável” (de Ciompi, 1980, e Harding, 1987, à *Recovery from schizophrenia* de Warner, só para mencionar alguns; (b) as pesquisas qualitativas dos anos 90 sobre o protagonismo das pessoas na superação do sofrimento mental (DAVIDSON; STRAUSS, 1992); (c) os relatos das próprias pessoas que vivenciaram um transtorno mental e conseguiram reconquistar uma vida social satisfatória – que apresentarei a seguir.

¹ Na Itália, o termo “usuário” tem sido criticado por alguns grupos de portadores de transtorno mental, que o consideram reduutivo e estigmatizante e preferem usar a definição “pessoa com experiência de sofrimento mental”. Será mantido neste breve texto, todavia, pelo seu imediato entendimento, da mesma forma que o termo *operatore* é utilizado, na Itália, para definir um profissional de saúde mental.

<https://doi.org/10.36311/2017.978-85-7983-933-7.p151-160>

Começo falando da definição da noção de *recovery*. O termo inglês *recovery* possui uma ampla gama de significados: desde o conceito de “readquirir posse ou controle” ou obter uma compensação por meios legais até a definição de “recuperar-se” ou “restabelecer-se”, da mesma forma como se diz que uma pessoa “se recuperou” ou “se restabeleceu” de uma doença ou de uma experiência incapacitante. Nestes casos, costuma-se dizer que essa pessoa realizou um percurso de *recovery*. Hoje, aquilo que definimos como *recovery*, no campo da saúde mental, corresponde a uma ideia de (re)apropriação, em primeira pessoa, do percurso e do processo que levam as pessoas que sofrem de um transtorno mental severo a superar suas maiores dificuldades existenciais, sociais e psíquicas.

Essa é uma ideia que surgiu na década de 1990 e que se difundiu e consolidou na primeira década deste século, quando a noção de *recovery* obteve pleno reconhecimento no âmbito da saúde mental. A partir de então, esse conceito foi adquirindo cada vez mais importância na literatura científica que trata da reestruturação dos serviços de saúde mental; hoje, a *recovery* de um transtorno mental possui um valor programático que a distingue de concepções mais tradicionais, como a de “cura clínica”.

A *recovery* como visão (e práxis) transformadora foi impulsionada pelos nascentes grupos e movimentos de luta pelos próprios direitos por parte dos usuários de serviços de saúde mental. O surgimento tanto de narrativas de experiências vivenciadas em primeira pessoa quanto de formas de organização dos usuários, com a constituição de grupos de auto e mútua ajuda e de empoderamento coletivo, incidiu fortemente no que hoje pode ser definido como prática orientada para a *recovery*.

Patricia Deegan (1988), líder do *Mental Health Consumer Movement* nos Estados Unidos, baseando-se na própria experiência compartilhada com outros que, como ela, sofriam de problemas graves relacionados às habilidades físicas ou mentais, alerta para a necessidade de compreender que as pessoas com um sofrimento psíquico não devem ser “consertadas”, como se conserta um carro, não são recipientes passivos de programas de reabilitação. Ao contrário, elas se experimentam como pessoas capazes de construir ativamente um novo sentido para si e estabelecer novos propósitos para suas vidas.

O percurso de redefinição de si mesmo é marcado por uma nova consciência a respeito da própria condição, mas isso não significa nem recuperar uma condição anterior ao problema mental, nem aceitar passivamente o problema e suas limitações.

Os relatos “de dentro” da experiência de sofrimento psíquico revelam como é possível subtrair-se ao destino do transtorno mental como uma doença incurável: como é possível, apesar do sofrimento mental, reconquistar uma identidade social significativa e retomar a própria vida.

Gostaria agora de citar algumas palavras de Silva Bon, líder da Associação “Luna e l’altra”, uma associação de voluntariado de Trieste, criada por e, sobretudo, para mulheres. Para Bon (2012), os percursos de *recovery* podem ser realizados por meio de duas *metodologias relacionadas ao fazer*: a primeira, diz respeito ao fazer para si mesmo, pois “só conseguindo interiorizar uma metodologia de fazer para nós mesmos e para quem amamos podemos construir regras de vida que se tornem sustentáveis, sólidas dentro de nós e, por fim, necessárias, mas principalmente úteis para que possamos crescer e caminhar rumo ao bem estar”. A segunda *metodologia relacionada ao fazer* se refere aos contextos de cuidados e de facilitação: “nos centros de saúde mental, as profissões, as competências, as energias dos vários profissionais precisam ser renovadas, sustentadas, formadas para construir um apropriado modelo de atenção à pessoa que busca os cuidados oferecidos pelo Centro e que se coloca como um protagonista que julga: a unicidade da sua experiência lhe permite selecionar situações, relações, contatos”. É o caminho que deve ser percorrido, acrescenta Bon, “para desenvolver uma consciência sobre os próprios direitos como pessoas, cidadãos que reivindicam o valor da experiência do sofrimento mental e não querem retroceder nas garantias de proteção e respeito que já conquistaram” (2012, p. 67).

Esses dois aspectos indicados por Bon, que são interligados, tornam-se imprescindíveis para a promoção da saúde mental, sobretudo para as pessoas que enfrentam situações de prolongado sofrimento psíquico: a dimensão subjetiva da *recovery*, que se dá pelos esforços que a própria pessoa faz para melhorar e que aumentam o sentido de autoeficácia e de *agency*; e a dimensão social, que sustenta ativamente este processo no qual

todos estão envolvidos – profissionais, usuários, familiares, políticos, cidadãos em geral.

Para ilustrar concretamente o papel dessa dupla dimensão, gostaria de mencionar duas experiências realizadas em Trieste consideradas significativas pelos usuários para o desenvolvimento de um sentimento de self ativo e de pertencimento à própria comunidade.

A primeira é uma experiência de pesquisa baseada em entrevistas aprofundadas realizada na primeira metade da década de 2000, cujo tema era *os fatores da recovery de um transtorno mental severo na perspectiva dos usuários*. A ideia principal desse estudo era permitir que emergisse a experiência/competência de cada pessoa no que se refere aos fatores que contribuíram para o próprio percurso de *recovery*. Num primeiro ciclo de entrevistas, a tarefa da entrevistadora era favorecer, mediante perguntas que incentivassem o relato de vivências e significados, conforme os construtos pessoais do protagonista da experiência. Em um segundo ciclo, algumas pessoas entrevistadas foram envolvidas em um grupo para planejar e elaborar novas entrevistas. Isso possibilitou focalizar e enriquecer mais ainda os conhecimentos sobre os fatores de *recovery*, na interação entre a experiência do usuário entrevistador e a experiência de novos usuários entrevistados. Posteriormente, o material coletado e elaborado serviu como base para discussões e percursos de formação em contextos mais amplos, dos quais participaram outros profissionais, usuários e familiares em contato com os serviços de saúde mental de Trieste. Dessa forma, a ideia de “copesquisa”² que nos tinha inspirado foi realizada por meio da circularidade das experiências e de competências específicas que permitiram tanto obter um conhecimento mais aprofundado como promover o que pode ser chamado de uma cultura da *recovery*³.

² A copesquisa (em italiano, *conricerca*) é uma metodologia de produção de conhecimento de campo “horizontal” (não de mera observação) e, ao mesmo tempo, de subjetividade, bem como uma metodologia de análise e organização de transformação social: “a pesquisa como um momento de conhecimento da realidade e, paralelamente, de atividade prático-críticas que visam a sua transformação” (MONTALDI, 1971, p. 11). Danilo Montaldi publicou estudos pioneirísticos relacionados às mudanças ocorridas nas classes subalternas, como *Milano, Corea. Inchiesta sugli immigrati*, em coautoria com Franco Alasia e *Autobiografie della leggera* (1961).

³ Este trabalho resultou em algumas publicações na Itália e nos Estados Unidos. Junto com o grupo de pesquisa multicêntrico denominado *International Recovery Research Group*, foi publicado o volume coletivo *Processes of recovery in serious mental illness: findings from a multi-national study*, que inclui: della salute mentale).

O segundo exemplo se refere à tentativa de traduzir o conteúdo desta ação inicial de difusão cultural em alguns princípios operacionais que reestruturassem as práticas dos serviços, para orientá-las explicitamente para processos de *recovery*. Entre 2011 e 2012, foi constituído um grupo misto, composto por usuários, profissionais, familiares e voluntários: este grupo confrontou os diversos saberes práticos para fazer emergir um conhecimento compartilhado sobre princípios, finalidades e funções de um serviço de saúde mental. O resultado desse trabalho foi um documento intitulado “Para uma Carta dos serviços orientados para a *recovery*”, contendo 10 pontos-chave, que retomarei adiante e que se referem principalmente a: espaços e instrumentos que fornecem suporte às pessoas com experiência de sofrimento mental; estratégias de inclusão social e de empoderamento; organização dos usuários mediante associações e suporte entre pares; necessidade de enfrentar o preconceito e o estigma associados ao transtorno mental. Nesse caso, também, ampliou-se o campo de discussão, com a criação de diversos grupos focais, distribuídos nos quatro centros de saúde mental de Trieste, que discutiram e aprovaram o primeiro esboço do documento; desta segunda etapa, desenvolvida em 2013, participaram cerca de 100 pessoas, das quais 60 eram usuários. É importante salientar que, nessa segunda fase, os usuários que tinham participado da elaboração do esboço da Carta, na primeira fase, assumiram o papel de formadores dos outros usuários e participantes, ou seja, assumiram uma responsabilidade tanto na exposição do conteúdo quanto na coordenação dos grupos de discussão. Darei agora alguns exemplos desse processo de elaboração, citando opiniões expressas pelos usuários sobre alguns pontos qualificantes da Carta dos serviços, intitulada *Carta della Recovery* 2014. Breves comentários reassumirão as palavras-chave mais representativas que emergiram nessa discussão⁴.

1. O primeiro item da Carta diz respeito ao “Serviço centrado na pessoa”. Essa característica – que, aliás, faz parte da experiência de Trieste desde a época de Basaglia – foi definida mediante diversas indicações concretas, pormenorizadas, sobre como é percebido e vivenciado o contato com o serviço desde o momento do acolhimento. Alguns exemplos revelam como este tema do contato inicial é particularmente sentido pelos usuários.

⁴ As citações são dos usuários participantes do projeto, os nomes são fictícios.

Foi proposta a imagem de um “abraço metafórico”: algo muito diferente de um acolhimento formal, pois requer que o usuário encontre *antes de tudo uma pessoa e, depois, um profissional*.

O acolhimento é um momento importante, em que a necessidade de ser compreendido é grande. Não bastam os medicamentos... é preciso uma forte relação no momento do acolhimento; às vezes, uma pessoa que vive a mesma experiência também poderia ser um interlocutor apropriado para compartilhar todo o nosso sofrimento. A escuta é fundamental (Anna).

Dessa forma, *ser escutado e não somente “ouvido”*. A capacidade de escuta depende da capacidade humana de quem acolhe:

Quando você é acolhido, é bom perceber que as pessoas estão realmente interessadas no que lhe aconteceu e que não lhe impõem uma forma de tratamento. No início, o principal é ser bastante escutado. Antes de propor os medicamentos, é preciso deixar que a pessoa relate longamente a sua experiência, mesmo que às vezes seja difícil contar tudo imediatamente porque a sua cabeça esta confusa (Anna).

Um importante aspecto evidenciado é o fato de poder recorrer a um Centro sem medo de ser rotulado:

O diagnóstico não coincide com a pessoa. É necessário questionar o próprio conceito de diagnóstico, pois para lidar com ele é necessária uma cultura de acolhimento. O diagnóstico não é um fato objetivo; é subjetivo, porque o indivíduo é único e as respostas a serem dadas devem considerar as variáveis que têm a ver com a existência de cada pessoa. Os ingredientes são infinitos, assim como é infinita a nossa mente (Carlo).

2. Com base nessas premissas, foi identificado pelos usuários o percurso *che* constrói a confiança em si mesmo, junto com a confiança no papel dos profissionais como *acompanhadores*: desta forma, é possível recuperar um sentimento de pertencimento a uma comunidade, que constitui um dos objetivos fundamentais do serviço (aspecto tratado principalmente no item número 5 da Carta: “Rede social e pessoas significativas”). Aqui, a opinião dos usuários evidencia a relação dinâmica, processual, entre aumento da autonomia pessoal e abertura à sociabilidade.

O processo de mudança tem início quando começamos a nos aceitar. É um processo que nasce dentro de nós e o profissional se torna importante quando sabe *estimular a pessoa a encontrar o próprio caminho*. Quer dizer aprender a chegar à raiz do problema, perceber a necessidade de mudar, de começar a mediar com o mundo. Significa compreender as outras pessoas, os outros pontos de vista, saber mediar entre o que existe e o que queremos (Dario).

Desenvolver uma capacidade de análise da realidade está relacionado a uma reflexão sobre o conceito de empoderamento, que salienta a importância de um serviço que não se limite ao mero assistencialismo:

[o serviço] deveria assimilar o princípio do “empoderamento”, que literalmente significa “enriquecimento, fortalecimento, potencialização”. As pessoas que chegam ao serviço deveriam ser cuidadas num momento de crise, mas depois acompanhadas de volta ao mundo. Isso requer um enorme esforço de todos os atores sociais envolvidos: profissionais, usuários, cooperativas sociais. Quando falta um desses aspectos, o empoderamento da pessoa em sofrimento torna-se muito complicado e ligado a circunstâncias casuais (Dario).

Nesta ótica deve ser considerado o empenho organizativo do serviço e a promoção de formas associativas diversificadas:

Não dá para imaginar que uma pessoa possa emancipar-se frequentando somente um centro de saúde mental, assim como não dá para imaginar que uma pessoa, após uma crise, mantenha o mesmo ritmo de vida da chamada normalidade. Associações frequentadas por pessoas sensíveis aos temas da saúde mental também desempenham um papel de vital importância. Possibilidade de praticar esportes, tocar um instrumento, escrever, viajar, “colocar os pés no mundo” são indispensáveis (Dario).

A reconstrução de vínculos sociais, ou seja, sentir-se parte de contextos gradativamente ampliados de sociabilidade, é compreendida como um processo que pode expandir-se da dimensão interna de um serviço à de uma mais ampla inclusão social:

Os vínculos entre pessoas que frequentam o mesmo serviço podem tornar-se duradouros. São vínculos que dizem respeito tanto aos profissionais quanto aos usuários. E é no plano da sociabilidade e da afetividade que desenvolvemos as nossas capacidades relacionais e construímos referências para relacionamentos dentro e fora do serviço (Elena).

3. Um passo seguinte neste processo é desenvolvido no item 6 da Carta: “Suporte entre pares”. A importância desse aspecto, amplamente reconhecido pelos usuários como fator propulsor para a saúde e a tomada de consciência, também é evidenciada nos testemunhos sobre como surge a motivação para assumir a responsabilidade por outra pessoa.

O impulso interior é fundamental; é preciso encontrar o próprio eixo para enfrentar a tempestade. Ser ativo também quer dizer “começar a preocupar-se com o outro” (um parente ou outras pessoas que frequentam o Centro), oferecer as próprias experiências positivas ao serviço para contribuir para a própria melhora e de outros (Fábio).

Certamente, a capacidade de ajudar num momento de crise é vista como um aspecto qualificante dos “pares”.

[...] a crise é um momento diferente de todos os demais, é avassaladora; encontrar uma pessoa competente, que já viveu essa experiência, poderia ajudar muito... (Elena).

Nas discussões realizadas em Trieste também emergiu um aspecto recorrente nas experiências mais consolidadas de suporte entre pares, especialmente nos EUA e no Reino Unido: o valor de exemplo que é oferecido pelos pares para “conseguir superar as dificuldades”, fonte de uma esperança que dá apoio à continuidade da experiência.

As pessoas têm necessidade e direito de ter esperança. Eis que o suporte entre pares torna-se, assim, um instrumento essencial. Pessoas que conseguiram resolver os seus problemas e que conhecem o sofrimento do transtorno mental podem ajudar muito os que ainda o estão vivenciando (Dario).

Do ponto de vista organizativo, a Carta aborda as modalidades com as quais o suporte entre pares pode ser incentivado e apoiado pelo serviço, prevendo também que os novos saberes oriundos da experiência entre pares possam obter um reconhecimento económico (para que se tornem, no futuro, uma prática comum).

NOTAS CONCLUSIVAS

Para esta breve exposição, foram selecionados alguns aspectos significativos que podiam fornecer uma imagem mais evidente de um processo de amadurecimento que não foi, como disse anteriormente, nem breve nem linear. Sem dúvida, não era possível abordar nem a extensão sistemática dos aspectos tratados na elaboração da Carta, nem a riqueza das contribuições individuais dos participantes. Apesar disso, creio que podemos concluir destacando uma característica fundamental, um “fio condutor” que atravessa os diversos testemunhos e conteúdos reunidos.

Nesta experiência, foi possível observar e elaborar uma ideia de *recovery* como amadurecimento gradual: uma trajetória que parte (a) da condição de fragilidade de uma pessoa que precisa de ajuda; (b) leva ao reconhecimento de si como parte de uma comunidade; e (c) desenvolve-se na capacidade de ajudar os outros. Desta forma, não significa somente melhora de uma condição psíquica, mas também ampliação das possibilidades que envolvem profundamente a dimensão existencial e, diria, ética e civil. Um processo de amadurecimento que transformou não somente as pessoas que mais sofrem, mas também a consciência dos profissionais e de outros que dele também participaram.

Paolo, uma das pessoas mais ativas nas discussões, escreveu:

Os outros somos nós. Talvez seja o fato de ter mais consciência do que sou e do que poderia ser que me permite olhar ao redor e reconhecer o outro como um meu semelhante, uma pessoa a quem pedir e, ao mesmo tempo, doar experiência. Um encontro.

Isto é: “O outro não é uma cópia de mim, é a inteligência e a sensibilidade que reconheço e com as quais desejo compartilhar um momento”.

REFERÊNCIAS

CIOMPI, L. The natural history of schizophrenia in the long term. *British Journal of Psychiatry*, v. 136, p. 413-420, 1980.

HARDING, C. M.; ZUBIN, J.; STRAUSS, J. Chronicity in Schizophrenia: Fact, Partial Fact, or Artifact? *Hospital and Community Psychiatry*, v. 38, n. 5, p. 477-486, 1987.

MARIN, I.; BON. *Guarire si può. Persone e disturbo mentale*. Archivio critico della Salute Mentale, Edizioni Alfabeta Verlag, p. 27-31.

MONTALDI, D. *Militanti politici di base*. Torino: Einaudi, 1971. p. 11.

WARNER, R. *Recovery from schizophrenia*. Psychiatry and political economy. 2. ed. London, New York: Routledge, 1994.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

DAVIDSON, L.; STRAUSS, J. Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, v. 65, p. 131-145. 1992.

DAVIDSON, L. *Living outside mental illness: qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia*. New York, London: University Press, 2003.

COLEMAN, R. *Recovery an alien concept?*. Gloucester: Handsell Publishing, 1999.

DEEGAN, P. E. Recovery: the Lived Experience of Rehabilitation. In: COHEN, M. et al. (Ed.). *Assessing & Developing Readiness*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, 1993.

MARIN, I. *La riabilitazione psico-sociale nella prospettiva dell'utente: cinque percorsi di recovery in salute mentale*. Tesi di diploma universitario in servizio sociale, Università degli Studi di Trieste, 2000.

MARIN, I.; MEZZINA, R. Percorsi soggettivi di guarigione. Studio pilota sui fattori di recovery in salute mentale. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, v. 130, n. 1, p. 129-152, 2006.

MARIN, I. et al. The Person's role in recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, v. 8, n. 3, p. 223-242, 2005.

MEZZINA, R. et al. From participation to citizenship: how to regain a role, a status and a life in the process of recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. v. 9, n. 1, p. 39-61, Jan/Apr. 2006. Special Issue: Process and Contexts of Recovery, Part. II.

STRAUSS, J. The Person: key to understanding mental illness: towards a new dynamic Psychiatry, III. *British Journal of Psychiatry*, v. 161, p. 19-26, 1992.

UNZICKER, R. On My Own: A Personal journey Through Madness and Re-Emergence. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, v. 13, p. 75-77, 1989.