

DANIELA RAVELLI CABRINI

**Recovery na saúde mental brasileira: revisão de literatura e reflexões
críticas**

ASSIS

2022

DANIELA RAVELLI CABRINI

Recovery na saúde mental brasileira: revisão de literatura e reflexões críticas

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, para o Exame Geral de Defesa, como requisito para a obtenção do título de mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Orientador: Prof. Dr. Silvio Yasui

Coorientadora: Dra. Ana Carolina Florence

Bolsista: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Processo 130254/2020-7- Modalidade Mestrado GM.

ASSIS

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Ana Cláudia Inocente Garcia - CRB 8/6887

C117r Cabrini, Daniela Ravelli
Recovery na saúde mental brasileira: revisão de
literatura e reflexões críticas / Daniela Ravelli Cabrini.
Assis, 2021.
90 p. : il.

Dissertação de Mestrado - Universidade Estadual
Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis
Orientador: Prof. Dr. Silvio Yasui
Coorientadora: Dra. Ana Carolina Florence

1. Recovery. 2. Superação. 3. Reestabelecimento.
4. Atenção Psicossocial. 5. Revisão por Scoping. I. Título.

CDD 362.2

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: Recovery na saúde mental brasileira: revisão de literatura e reflexões críticas

AUTORA: DANIELA RAVELLI CABRINI

ORIENTADOR: SILVIO YASUI

COORIENTADORA: ANA CAROLINA FLORENCE DE BARROS

Aprovada como parte das exigências para obtenção do Título de Mestra em PSICOLOGIA, área: Psicologia e Sociedade pela Comissão Examinadora:

Prof. Dr. SILVIO YASUI (Participação Virtual)
Departamento de Psicologia Social e Educacional / UNESP/FCL-Assis

Prof. Dr. EDUARDO MOURÃO VASCONCELOS (Participação Virtual)
Escola de Serviço Social / UFRJ/Rio de Janeiro

Prof. Dr. SERGIO RESENDE CARVALHO (Participação Virtual)
Departamento de Saúde Coletiva da FCM / UNICAMP/Campinas

Assis, 08 de dezembro de 2021

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq, uma vez que o presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico– Brasil (CNPQ) – Código de Financiamento 130254/2020-7, durante o período de dois anos (01/02/2020 a 31/01/2022).

Em memória de minha mãe, **Marilisa**, que, desde muito cedo, me ofereceu pistas e recursos para perseguir meus objetivos com afetos, e, como ela mesma dizia, “*comer e coçar é só começar*”.

Às minhas amigas maringenses – PR, ou, mais carinhosamente dizendo, “mais velhas”, que muito inspiraram minha trajetória como mulher acadêmica. Me apoiaram e incentivaram aonde quer que eu estivesse, ou quisesse perseguir. **Lorena, Garça, Caruline, Karina, Melissa, Meline, Ana Flávia, Babi, Ana Eliza.**

Em especial à **Natália Bazargui**, minha irmã mais velha, que em nossos encontros italianos e, sempre cotidianos, me impulsionou no campo da Reforma Psiquiátrica, e na vida.

Aos meus caros colegas do grupo **Conexões- Unicamp**, que, pelo período de dois anos (2019-2020), estiveram instigando meu lado crítico, apontando modos de existência e afirmação da vida, sempre na potência da luta e da festa. Um especial agradecimento para **Luana Marçon, Henrique Sahter, Cathana Oliveira, João, Jonathas, Sérgio Resende.**

À **Fabricio Donizete**, entre São Paulo e Campinas, de caminhos tão parecidos e invertidos, encontro em você um ombro amigo, subversão literária, e companheiro na prática psi. Obrigada por tanto!

Aos meus colegas do IPq-HCFMUSP, que, desde 2020, estamos tecendo um trabalho de complexidade desafiadora! **Felipe Szabzon, Lenora Bruhn, Elisangela Miranda, Cristóbal Abarca e Laura Helena**, obrigada pela aposta na diferença, na experiência, e no diálogo. E principalmente pelo apoio mútuo semanal.

À **Carol Assumpção**, pelas nossas potentes conversas de cuidado (s), e superação dos emblemas da escrita feminina, pela qual construímos um espaço para habitarmos, para além de Gioconda Belli e Virginia Woolf.

À **Lenora Bruhn**, pelo privilégio de seguir contigo como companheira de pesquisa e amiga. Obrigada pelas conversas constantes e repentinas; pela paciência aos aprendizados e possibilidade de ser aquilo que se é.

À **Thayná Nardelli**, nos cafés online me permitiram compartilhar angústias e vivências muito similares. Que sempre me fez rir de mim mesma, nos momentos em que estava levando as coisas a sério demais. Muito obrigada.

Aos meus amigos de São Paulo, **Luciano, Guilherme, Jefferson, Clara, Vitor, Dedimar e Emília**, que hoje fazem parte da minha rotina e têm sido casa. Obrigada pela leveza dos cafés agressivos e cultos para dar conta da ansiedade de Grandes dias, quando tudo era apenas um dia grande.

À **Vitor Stipp** por caminhar lado a lado, pela partilha do sono, pela água no feijão, e desta estrada de fazer o sonho acontecer.

À **Ana Florence**. Mesmo em hemisférios diferentes, sua presença foi não apenas constante, mas estrutural para o desenvolvimento desta pesquisa. Agradeço pela disposição de se colocar, para, então, negociar com os limites necessários ao fluxo de consciência característico de minha escrita. E, principalmente, pelo seu apoio de me distinguir como pesquisadora!

Finalizo agradecendo ao meu orientador, **Silvio Yasui**, sem o qual nada disso estaria acontecendo, muito menos as “*networks*” de minha trajetória. O Sílvia tem esse efeito de dar asas aos sonhos e fazer imaginar um mundo de possibilidades que antes ainda não existiam. Ser sua orientanda restaurou minha confiança na relação de aluno (a) /professor (a). Obrigada pela presença em todo o processo, por me escutar, me orientar e oferecer os melhores “pitacos”. Agradeço também a aposta em um tema tão desafiador para meu encargo, e por ampliar meus horizontes sobre a pesquisa internacional. Levo comigo memórias das viagens rotineiras para Campinas e para Nova Iorque. Aguardo por aquelas que ainda vêm pelo caminho que continuamos e pelas novas histórias que iremos contar.

Breu

Eu de pele alva

Tua pele breu

Noite.

Quando a vida não anda bem

É: “ a coisa tá preta”

Dizes que ouvistes

“ Ele é um negro de alma branca”

Há alma na cor?

Tu noite

Os lábios grossos de estrela

Corres com a força

Dos cavalos que voam

Não sei se brancos ou se negros

Meus olhos de espírito não conseguem saber

Se há o mais forte

O mais inteligente

O mais negligente

Só sei que minha alvura

Não consegue livrar-se

Dos grilhões que te prendem

Ao teu preconceito.

Penso, logo te amo.

1988

Nilo Sergio Fernandes.

(Usuário de saúde mental brasileiro e ativista da Luta Antimanicomial)

*Esse trabalho é dedicado a todas as pessoas com problemas de saúde mental que
trabalharam no passado para que suas vozes fossem escutadas,
e ainda lutam para serem tratadas como sujeitos.*

RESUMO

Este estudo teve como objetivo apresentar o conceito de Recovery na literatura científica brasileira e analisar suas aplicações no campo da Atenção Psicossocial brasileira. O termo Recovery se desenvolve a partir de seu contexto histórico anglo-saxônico, despertando dúvidas ao alcance de uma tradução que incorpore sua complexidade. As discussões sobre essa temática ainda são incipientes no campo da saúde mental brasileira e seu aprofundamento se revela enquanto uma perspectiva interessante para a Atenção Psicossocial, já que ambas refletem em uma rede de cuidado à saúde mental fundamentada por princípios semelhantes. Inspirado pela metodologia de revisão por *Scoping*, este estudo possibilitou (1) selecionar as produções bibliográficas que circunscrevem a literatura nacional disponível; (2) apontar lacunas e ramos na temática do Recovery que carecem de ser aprimorados; (3) efetuar uma análise crítica e propor articulações com o cenário brasileiro de saúde mental. Os resultados desta revisão por *Scoping* demonstraram que este campo científico ainda carece de definições, categorias e consensos de linguagem para avançar o conhecimento. Uma das principais características das pesquisas em *Recovery* na saúde mental brasileira procura envolver a perspectiva de usuários de saúde mental e familiares na produção do conhecimento científico, com destaque para desenhos participativos e avaliativos. Esta pesquisa se posiciona criticamente quanto à formulação das pesquisas participativas, e aponta para o desenvolvimento de múltiplas evidências científicas no paradigma da saúde mental brasileira.

Palavras-chave: Recovery na Saúde Mental; Reabilitação Psiquiátrica; Literatura de Revisão como Tópico; Brasil.

ABSTRACT

This study aimed to present the concept of Recovery in the Brazilian scientific literature and analyze its applications in the field of Brazilian Psychosocial Care. The term Recovery is developed from its Anglo-Saxon historical context, awakening doubts within the reach of a translation that incorporates its complexity. Discussions on this topic are still incipient in the field of Brazilian mental health and its deepening reveals itself as an interesting perspective for Psychosocial Care, as both reflect on a mental health care network based on similar principles. Inspired by Scoping's review methodology, this study made it possible to (1) select which bibliographic productions circumscribe the national literature available; (2) point out gaps and which branches in the subject of Recovery need to be improved; (3) carry out a critical analysis and propose articulations with the Brazilian mental health scenario. The results of this Scoping review demonstrated that this scientific field still lacks definitions, categories and language consensus to advance knowledge. One of the main characteristics of research in Recovery in Brazilian mental health seeks to involve the perspective of mental health users and their families in the production of scientific knowledge, with emphasis on participatory and evaluative designs. This research takes a critical stance on the formulation of participatory research, and points to the development of multiple scientific evidence in the Brazilian mental health paradigm.

Keywords: Mental Health Recovery; Psychiatric Rehabilitation; Review Literature as Topic; Brazil

ABSTRACTO

Este estudio tuvo como objetivo presentar el concepto de Recuperación en la literatura científicabrasileña y analizar sus aplicaciones en el campo de la Atención Psicosocial en Brasil. El término Recuperación se desarrolla a partir de su contexto histórico anglosajón, despertando dudas al alcance de una traducción que incorpora su complejidad. Las discusiones sobre este tema son aún incipientes en el campo de la salud mental brasileña y su profundización se revela como una perspectiva interesante para la Atención Psicosocial, ya que ambos reflexionan sobre una red de atención en salud mental basada en principios similares. Inspirado en la metodología de revisión de Scoping, este estudio permitió (1) seleccionar qué producciones bibliográficas circunscriben la literatura nacional disponible; (2) señalar las brechas y qué ramas en el tema de Recuperación necesitan ser mejoradas; (3) realizar un análisis crítico y proponer articulaciones con el escenario brasileño de salud mental. Los resultados de esta revisión de Scoping mostraron que este campo científico aún carece de definiciones, categorías y consenso de lenguaje para avanzar en el conocimiento. Una de las principales características de la investigación en Recuperación en salud mental brasileña busca involucrar la perspectiva de los usuarios de salud mental y sus familias en la producción de conocimiento científico, con énfasis en diseños participativos y evaluativos. Esta investigación toma una postura crítica sobre la formulación de la investigación participativa y apunta al desarrollo de múltiples evidencias científicas en el paradigma brasileño de salud mental.

Palabras llave: Recuperación en Salud Mental; Rehabilitación Psiquiátrica; Revisar la literatura como tema; Brasil.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: estratégia de pesquisa I	36
Figura 2: estratégia de pesquisa II.....	38
Figura 3: Critérios de Exclusão	39
Figura 4: Quantidade dos estudos selecionados.	39
Figura 5: Tabela dos estudos selecionados quanto às Autoras (es), Ano, Instituição Proponente	46
Figura 6: Distribuição dos estudos por Instituições proponentes por região.	47
Figura 7: Contagem dos anos de publicação dos estudos selecionados.	48
Figura 8: Estudos selecionados quanto à Metodologia (s), Grupo Populacional, Palavras- chave.	55

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
INTRODUÇÃO	15
Movimento Recovery e Mad Pride	16
Política do Recovery	20
OBJETIVOS	31
Geral	31
Específicos	31
MÉTODO	32
ESTRATÉGIA DE BUSCA	35
Estágio 1: identificar a questão da pesquisa	35
Estágio 2: identificar estudos relevantes	35
Estágio 4: “Charting” ou mapeamento	41
Estágio 5: Coletar, sintetizar e reportar os resultados obtidos	41
RESULTADOS	42
Eixo I- Análise quantitativa-descritiva	42
Eixo II- Análise qualitativa- descritiva	49
Eixo III: Análise qualitativa.	57
DISCUSSÃO	61
Metodologias Participativas no Campo da Saúde Mental Brasileira	63
Desafios para revisões sistemáticas para literatura cinzenta	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
Outras formas de pensar a produção de evidências	66
Repensando pesquisas participativas na saúde mental no Brasil	69
REFERÊNCIAS	72

APRESENTAÇÃO

Loucura, embora tem lá o seu método (SHAKESPEARE, 1879).

Este texto pretende me ajudar a colocar em questão os caminhos que a palavra fecunda, inscrita na minha história, deixou vir à tona um campo infinito de possibilidades. Da necessidade de conversar comigo mesma, escrevo para quem se lê, um ritmo de como minhas ideias e movimentos constituíram meu corpo discursivo acadêmico. A fim de que o leitor encontre um ponto de congruência entre a subjetividade, ontogênese e a própria ciência.

O ano de 2012 marca o início da minha jornada com a Psicologia na Universidade Estadual de Maringá (UEM), espaço institucional onde me graduei. Minha formação em saúde mental, entretanto, veio literalmente das ruas, as minhas universidades. “Samba não se aprende na escola”, dizia um professor todo início de aula. Ainda escuto o barulho do giz e suas reticências... eu queria compreender a experiência da cura nas piores adversidades. Minha curiosidade me levava a escutar para além das quatro paredes da instituição, na interface entre o mundo, a vida cafetina e a possibilidade de invenção. Esse espírito leigo me levou a perambular entre os Hospitais Psiquiátricos e praças públicas. Sujei-me com o teatro na Rua, os poemas nos saraus, as feiras ao ar livre, o palco aberto para quem quisesse se expressar. Eu sentia que não precisava ir muito distante para ter um consultório sem fronteiras, quando me lancei para a luta antimanicomial. Para tanto, as coisas de menor importância são material de poesia: um ouvido atento, um corpo que se joga para a construção conjunta da experiência Do Sul do Brasil, entre o Rio de Janeiro em Engenho de Dentro e até na Itália nas bordas de Trieste, entrei em contato com histórias não contadas e muito menos escutadas.

A ideia de cura veio na busca de desamarrear as vozes, no desabrochar dos sonhos. Na crença que trajetórias, embora interrompidas, ainda tinham possibilidades de na morte, nascer e serem, então, recriadas. Eu encontro, na vontade de revelar algo potente, o exato centro da morte horrorosa, a vida que desossa na cara. Os discursos à deriva escorrem no meu corpo como se fosse sangue. A escrita se faz uma memória viva que une os poros, penso eu, e que a narradora os tem povoados por todos esses rostos.

Uma realidade possível habita dentro do delírio e as evidências nascem de nossa fidelidade às nossas dúvidas e fragilidades. Tal contradição é o pulmão da minha prática de

cuidado em saúde mental; entre o diagnóstico e a terapêutica, os afetos se desenrolam como uma das doenças mais contagiosas.

Somos, enfim, o que fazemos para transformar o que somos. A identidade não é uma peça de museu, quietinha na vitrine, mas a sempre assombrosa síntese das contradições nossas de cada dia. Nessa fé, fugitiva, eu creio. Para mim, é a única fé digna de confiança, porque é parecida com o bicho humano, fodido, mas sagrado, e à louca aventura de viver no mundo (GALEANO, 1995, p. 66).

Concluo o curso de graduação em Psicologia (UEM), entre o assassinato de Marielle Franco, e a eleição de Jair Bolsonaro para a presidência. Neste cenário caótico de 2018, processo seletivo para o mestrado na UNESP, no campus de Assis, foi o ensejo para retomar uma temática que há muito tempo queria me debruçar.

Minhas experiências curriculares no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (Capsi) produziram (im)possibilidades que me levaram à pesquisa em saúde mental. Eu derivo de uma geração de trabalhadores da saúde mental após trinta anos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, o que ressalta minhas ingenuidades e curiosidades de uma jovem terapeuta; no entanto, também emerge um olhar atento para os diferentes problemas de nossas “soluções”, e me deslocaram para questionar muitas das contradições existentes na condição atual da clínica da Atenção Psicossocial. Percebo que, o espaço prometido para o engajamento dos usuários de saúde mental retém pouca vitalidade e a figura do profissional de saúde se expande com maior legitimação.

Será que temos urgência de uma Reforma da própria Reforma? Quais lógicas, discursos, subjetividades e condutas atravessam e escapam por todos os lados dessas fronteiras manicomiais? Apresento-me ao Prof. Dr. Silvio Yasui com muito mais perguntas do que respostas, com o intuito de pensar a Reforma Psiquiátrica por um olhar diferente, pela narrativa dos usuários de saúde mental. Eu tinha o interesse de colocar na caneta quais tipos de histórias seriam contadas partindo da perspectiva de quem vivencia as crises diárias de saúde mental. Lima Barreto, Sylvia Plath, Alda Merini foram sujeitos revolucionários da experiência de loucura ao contar suas histórias, abrindo espaço para narrativas invisibilizadas. Quais narrativas estão ocultas na própria trajetória da luta antimanicomial brasileira?

Talvez o ponto mais fundamental para o encontro de minha pergunta de pesquisa seja a busca de jogos de referências e metodologias que potencializem narrativas que foram sulcadas por forças políticas dominantes. A meu ver, a pesquisa em saúde mental é um dispositivo que promove o encontro entre a academia e as práticas de cuidado informal de quem vive profundas

crises psíquicas. Deste modo, ela precisa ser reinventada a todo momento para tencionar as verdades, os saberes científicos e as crenças naturalizadas, que muitas vezes interditam e colonizam a própria voz dos sujeitos que experienciam o sofrimento psíquico.

Pensar nos usuários de saúde mental e seus protagonistas é reconhecer um campo de disputas de narrativas em relação às histórias normativas e identidades categóricas (SCOTT, 1998). É compreender como os processos discursivos operam sobre o que se entende de uma determinada realidade. É recusar a dicotomia entre experiência e linguagem, na medida em que o acontecimento discursivo ecoa em uma nova ordem de significados; em que os sujeitos são agentes de seus discursos, e não vítimas epistêmicas.

A inclusão de subjetividades subalternizadas no próprio ato discursivo científico deve ser uma constante, a fim de desenvolver uma base de conhecimento que desequilibre a narrativa do(a) pesquisador(a) em dominância. Deste modo, a pesquisa em saúde mental se constrói no constante exercício de (re)pensar o papel do(a) acadêmico-clínico. Parafraseando Spivak (2003), na habitual certeza de que é um campo muito problemático.

Ano 2019. Jair Bolsonaro assume a presidência do Brasil. Com a bandeira do país nas mãos, ele afirma em rede nacional que nossa nação jamais será vermelha. Início do mestrado na UNESP, no campus de Assis.

A partir dessas reflexões ético-políticas de se fazer e pensar a clínica em saúde mental, me envolvo com a temática do *Recovery* em saúde mental. Ela se desmembra em dois caminhos durante o processo do mestrado, que ora são consonantes entre si, construindo um ritmo em comum; ora suas contrariedades evidenciam as dissonâncias de tais linhas de pensamento, desorganizando o próprio tema de pesquisa, porém dando passagem para novos sentidos. Esse material é a tentativa de fazer uma unidade para toda esta produção por meio da qual eu persegui o meu tema de mestrado e seus predicados, fazendo casa nas gramáticas da Atenção Psicossocial (UNESP-FCL), Saúde Coletiva (Unicamp), Epidemiologia Psiquiátrica (IPQ-USP).

O *Recovery* é uma repercussão do movimento dos usuários de saúde mental, que no compartilhamento de suas vivências com o sofrimento psíquico puderam não apenas reivindicar, mas formular um novo atendimento à saúde mental. As narrativas dos usuários de saúde mental tiveram grandes reverberações, pois, abriram passagem para um discurso liberatório proveniente de um movimento social específico (*mov recovery/ pacientes mentais/ sobreviventes da psiquiatria*) para a formulação e estabelecimento de uma política de saúde

mental. Os caminhos históricos do *Recovery* são interessantes no que se refere à dominância dos usuários de saúde mental em todo processo, diferindo da trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira, cuja liderança foi dos profissionais de saúde.

A minha investigação exploratória sobre o *Recovery* circunscreve-se no feixe entre da discussão internacional de saúde mental, na busca de estabelecer um diálogo adequado para o contexto cultural e social brasileiro. Por um lado, estava claro que as estratégias oriundas do *Recovery* eram proeminentes para o cenário alarmante brasileiro de desmonte das políticas públicas e cronificação da Atenção Psicossocial após anos de sua implementação. Ambas as abordagens convergiam na visão da produção de cuidado, autonomia e inclusão social dos usuários de saúde mental, cada uma com suas particularidades. Nesse sentido, eu procurava compreender como o Brasil estava interpretando e introduzindo o *Recovery* para o campo da saúde mental e, principalmente, se a solução de tal abordagem anglo-saxônica responderia às demandas brasileiras.

Por outro lado, a transposição de uma forma generalizada do *Recovery* apresentava riscos e desafios que precisavam ser levados em conta. A noção de autonomia e independência do contexto anglo-saxônico e latino apresentam diferenças históricas notáveis, e quando se tornam princípios profissionalizados da política de saúde mental, é crucial que seus contrastes sejam explicitados, antes de introduzidos, pois terão um impacto direto na prática de cuidado à saúde mental.

Até o momento, eu não tinha uma visão muito clara da reverberação do *Recovery*, mas era evidente seu fortalecimento e articulação com a luta antimanicomial. Esta linha de pensamento ficou mais clara quando participei do congresso “*ISPS-US 18th Annual Meeting, Psychosis, Citizenship, and Belonging: Forging Pathways toward Inclusion and Healing*”, em 2019, totalmente conduzido por usuários de saúde mental dos Estados Unidos. Havia uma discussão constante, que era ainda nova para mim, sobre a mistura entre os papéis do “clínico e usuário”. Eles alegavam que, muitas vezes, isso ficava difuso, pois um especialista em saúde mental também era uma pessoa que estava sujeita a vivências profundas de sofrimento psíquico. Nesse momento, eu conheci especialistas em saúde mental (psicólogos, terapeutas, psiquiatras) que também se denominavam *psychiatric survivors* (sobreviventes da psiquiatria) e, portanto, tinham dois saberes que se interconectam: o da experiência e o acadêmico-clínico. A tensão residia no ponto de qual narrativa efetuava maior poder no que se refere a tomada de decisões

sobre a saúde mental, ou, melhor dizendo, qual papel, em uma mesma persona, dava a “carteirada final”.

No mesmo ano (2019), eu frequentei o Encontro Nacional da Luta Antimanicomial do Brasil, em São Paulo, um evento que deveria ter em grande parte usuários de saúde mental. Não sei se fiquei muito afetada pela minha experiência com o *Recovery* (provavelmente sim), mas os usuários participavam de uma forma muito diferente. As mesas eram totalmente dirigidas pelos profissionais, sendo que o papel que os usuários exerciam era mínimo e, quando tinham um destaque, era uma função de “secretariado”. Alguns questionamentos me orientaram naquele momento: mesmo com as diferenças sociais e educacionais, não haveriam outras formas de realizar um evento feito “*por eles e para eles*”? Será que suas experiências, muito legitimadas pelo saber popular, não poderiam compor mesas acadêmicas? Tais pessoas, estavam minimamente desorganizadas mentalmente, e tinham pleno domínio de compor um Congresso feito para elas. De fato, as falas dos(as) profissionais(as) haviam sido muito intrigantes e políticas, mas mantinham a circulação de saberes do Congresso na mesma redoma acadêmica.

Encontro aqui, o partícipio de contemplar a tensa mistura: o usuário que também é especialista ou o especialista que também é usuário; insistimos no monólogo que mantém uma visão dicotômica sobre a razão e a loucura, sendo que uma mesma pessoa pode transitar entre esses dois saberes. Seria o diálogo um substantivo utópico?

Achego-me aos estudos sobre Governamentalidade e Biopolítica, em especial de Nikolas Rose, mediante disciplina ministrada pelo Prof. Dr. Sérgio Resende (FCM/Unicamp), que contou com uma gama de especialistas sobre a saúde mental para discutir o livro “*Our Psychiatric Future*”. Eu uso a palavra “achegar”, quase em seu sentido figurado de “aconchegar-se” ou até “ser acolhida”, pois foi exatamente isso que o Coletivo Conexões fez com minha chegada na cidade de Campinas (SP).

Essa vasta discussão circunscreve uma questão epistemológica que desloca os problemas de saúde mental do cérebro, e a insere em outras questões reformuladas no campo de aleatoriedade da vida (ROSE, N. 2019). Nesse ponto, construir um conhecimento em torno do saber, (*experts by experience*) torna-se uma forma de evidência? A linguagem científica é um dispositivo de disputa de poderes, na qual o conhecimento de quem vive a experiência de adoecimento psíquico é radicalmente inferiorizada. Contaminada pela literatura de Diane Rose, encontro um potencial analítico e crítico fundamental para discutir o desafio ético no ato de

envolver usuários nas pesquisas brasileiras de saúde mental. Em recente conversa com a autora (set/2021), ela aponta os obstáculos de sua identidade enquanto acadêmica e sobrevivente da psiquiatria, questionando: A saúde mental é uma questão de saúde ou de vida?

Percebo, nesta trajetória com a produção de conhecimento tradicional-acadêmico à respeito da saúde mental e seus sujeitos, circunscrevendo no âmbito internacional, e principalmente convivendo na/ escrevendo sobre as particularidades do cenário brasileiro, que a afirmação da vida se dá na encruzilhada e em campos de disputas.

Cabe ao pesquisador(a) a posição ético- crítica com suas práticas científicas, que convida a interrogar o campo de poder que constituem a ciência. Com o intuito de desvelar a relação dos sistema de verdades e valores enraizada entre os corpos e a linguagem, que codificam e modelam a vida dos atores envolvidos nos jogos de conhecimento. Contruindo perspectivas parciais que apontem para redes de conexões menos influenciadas por eixos de dominação, para que então, possa suscitar a potência da alteridade, o desvio da norma, e outras possíveis existências e modos de vida (HARAWAY, 1995).

Espero que esse texto tenha servido para promover uma compreensão acerca do meu objeto de pesquisa, e de como que eu mesma componho esse próprio objeto. Revelo meu particularismo, enquanto um sujeito epistêmico finito, que questiona o sentido totalizante da ciência objetiva. Demonstro aqui, um manuscrito que trilhou o seu próprio caminho do que poderia ser versado a respeito do *Recovery* no Brasil. Procurei demonstrar meu percurso de investigação, suas heterogeneidades, singularidades, obstáculos e fronteiras. Ainda com suas incongruências e notável escassez de meu objeto de trabalho, me apoio no paradoxo de que a conclusão é uma construção coletiva.

INTRODUÇÃO

A abordagem *Recovery* surge na efervescência do debate internacional técnico-científico sobre a saúde mental, envolvendo diversas áreas de conhecimento no planejamento e formulação de políticas públicas. Amparado no modelo de Reabilitação em conjunto com o Sistema de Suporte Comunitário (CSS) em 1980, o termo *Recovery* surge nos anos 1990, no terreno norte-americano, para o debate científico internacional, ampliando inúmeros significados e noções sobre os impactos do sofrimento psíquico severo (WILLIAM, 1993; WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2013). *Recovery* é um conceito multidimensional, que procura construir outros discursos e práticas em relação ao modelo biomédico sobre o sofrimento psíquico (TOPOR et al., 2018)

O paradigma do *Recovery* percorre dois caminhos diferentes para sua consolidação enquanto uma abordagem de saúde mental em países de língua inglesa. A primeira, denominada *clinical recovery*, tem sua emergência na literatura científica, e tem enquanto objetivo último a redução do quadro sintomático e manejo de crise das pessoas com diagnósticos psiquiátricos, o que se contrapõe com a visão debilitante e crônica, como denominam os estudos deste campo teórico, “doença mental” (WILLIAM, 1993; SLADE, 2008; HARDING et al., 1986).

A segunda se insere na crescente visibilidade de narrativas de pessoas que experienciaram o sofrimento psíquico e utilizaram em algum momento os serviços de saúde mental, e nas conquistas, impactos e esforços do movimento de consumidores/clientes/sobreviventes da psiquiatria. Neste caso, o termo *Recovery* incorpora um sentido e *ethos* “pessoal” (*Personal Recovery*), que modifica a noção de “cura”, muito utilizada nas práticas e intervenções *psi*, não necessariamente buscando a ausência de sintomas, mas enriquecendo outros aspectos para pensar a melhora da qualidade de vida de pessoas em sofrimento psíquico (DEEGAN, 1998; WILLIAM, 1993). A complexidade deste processo consiste na diversidade de tipos de evidências que compõem os estágios de *Recovery*, e que conta com um conjunto de técnicas e instrumentos para a execução de seus princípios para que o usuário de saúde mental se torne um agente ativo de sua própria experiência de *Recovery*.

Para introduzir a temática, apresento neste estudo a dimensão pessoal do *Recovery* (*Personal recovery*) com seus princípios éticos, até a formulação de sua forma profissionalizada (*Recovery oriented-services*), e subsequente de uma breve articulação do

conceito do *Recovery* no campo científico da saúde mental brasileira, e suas possíveis aproximações com a práxis da Atenção Psicossocial.

O presente trabalho retoma o percurso histórico e social do *Recovery* (*Recovery movement e mad pride*) no contexto dos países de língua inglesa até a sua consolidação enquanto uma política de saúde. Para narrar este cenário, eu sublinho o envolvimento de pessoas com sofrimento mental em três campos, a saber, (1) no movimento político, princípios éticos na formulação de uma práxis em saúde mental (2) nos discursos e práticas de empoderamento que constituem as diretrizes dos serviços de saúde (3) e na produção do conhecimento alternativo sobre a saúde mental, orientada e realizada por usuários/consumidores/clientes/sobreviventes da psiquiatria.

Movimento Recovery e Mad Pride

O conceito *Recovery* surgiu do movimento de consumidores/sobreviventes/clientes da saúde mental na década de 1970 nos Estados Unidos (WILLIAM, 1993). Estas pessoas, também chamadas de ex-pacientes, ex-internos, mad people, mental patients ou usuários de serviços, são indivíduos que receberam cuidados de saúde mental no passado e, a partir de experiências frequentemente negativas, se organizaram para mudar os serviços e sistemas de saúde mental existentes no país à época. Organizações de consumidores/sobreviventes/clientes da Saúde Mental gradualmente ganharam lugar nas mesas de negociações das políticas públicas de Saúde Mental, exigindo o acesso a grupos de suporte nas comunidades e voz política nos processos decisórios (DAVIDSON et al., 2010; 2016).

Os termos empregados para se referir a pessoas pertencentes a pessoas minoritárias, e muitas vezes marginalizadas, não são neutros, mas elaborados por um certo grupo e seu conjunto de práticas-discursivas e ético-políticas. Nomenclaturas apresentadas neste texto para se referir a pessoas identificadas com deficiências psicossociais, são contingentes com o contexto de cada país e seu campo histórico de luta e conquistas - consumidores/sobreviventes/clientes/ex-pacientes/usuários (VASCONCELOS, 2013; 2017a; 2017b; 2021; WEINGARTEN, 2001). Pretendo aqui narrar o contexto no qual, na busca por contrapor o modelo biomédico sobre a doença mental, um grupo de pessoas submetidas ao poder da psiquiatria formulam um conjunto de estratégias políticas para (re) definirem vocabulários e sintaxes que melhor capturem a experiência vivida de sofrimento mental e social.

Uma série de coletivos de *ex-pacientes* que foram criados nos países de língua inglesa passaram a denunciar tais práticas, a renunciar o lugar de vitimização como “doentes mentais”

e a desenvolver alternativas de resistência ao modelo psiquiátrico tradicional associado à conquista de seus direitos cívicos. No Reino Unido, a União Escocesa de Pacientes Mentais foi formada em julho de 1971, e a União de Pacientes Mentais (MPU), que surgiu de encontros de grupo no *Paddington Day Hospital*, foi formada em março de 1973. A Frente de Libertação dos Pacientes Mentais foi fundada em 1971 (ROSE, N., 2019; WEINGARTEN, 2001).

O movimento político pela luta pelos direitos sociais dos *sobreviventes* da psiquiatria e dos *ex-pacientes* nos países anglo-saxônicos, ganha força e é influenciado pela efervescência do ativismo que permeava a década de 1960. Como o pensamento da antipsiquiatria, também o movimento feminista, a luta dos portadores de deficiência, a emergência do movimento *queer*, dentre outros, foram grupos subalternizados que tiveram seus direitos humanos básicos negligenciados (ROSE, N, 2019).

O termo “*usuário*”, embora muito utilizado no contexto da saúde mental brasileira situado no Sistema Universal de Saúde (SUS) e no campo dos direitos e participação social, não possui a mesma conotação no cenário norte-americano e nos países de língua inglesa. O termo “*ex-paciente e sobrevivente*” é empregado para indicar as situações dos serviços tradicionais de internação hospitalocêntrica, e, ainda que tenha conotações vitimizadoras, é incorporado por grupos que se identificam com a luta de denúncias contra as opressões vivenciadas pela dominação psiquiátrica (VASCONCELOS, 2013; 2017a; 2017b; 2021; WEINGARTEN, 2001).

A expressão “*consumidor e cliente*” tem maior destaque no cenário anglo-saxônico, terreno fértil para a luta de pautas identitárias no campo de direitos de consumo. Pela perspectiva consumerista, os sujeitos buscam na sua participação no debate público um tipo de cidadania financeira. A racionalidade neoliberal celebra atributos como a autonomia, diversidade e livre escolha, que operam e modelam a ação dos indivíduos, que, agora, são transformados em consumidores (ROSE, N., 2019; VASCONCELOS, 2021; DEAN, 2019).

Na seção da introdução serão utilizadas diferentes terminologias para narrar as histórias de grupos específicos e seus contextos sociais e culturais. No decorrer da pesquisa, escolhi adotar terminologias como usuários de saúde mental e pessoas com deficiências psicossociais, pois articulam com a realidade do Sistema Único de Saúde no Brasil, o modelo de Reabilitação Psicossocial da América Latina, e implica no projeto ético-político da luta pelo protagonismo participação/cidadania social (VASCONCELOS, 2017a; 2021).

Judi Chamberlin foi ativista norte-americana e notável representante do movimento de sobreviventes psiquiátricos. Seu ativismo político seguiu seu confinamento involuntário em uma instituição psiquiátrica na década de 1960, onde publicou um manifesto fundante ao movimento do Orgulho Louco (*Mad pride*). No seu livro *On Our Own: Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System* (1988), ela realiza denúncias às opressões vivenciadas enquanto paciente psiquiátrica e propõe uma alternativa de modelo à saúde mental totalmente dirigido pelos pacientes mentais (ROSE, N., 2019, p. 155).

Deste modo, o movimento passou por uma fase radical nos anos 1970, organizada por s/c/s da psiquiatria, que realizaram conferências nacionais denominadas Conferência de Direitos Humanos e Opressão Psiquiátrica (WEINGARTEN, 2001). A transformação sucedeu com o impacto do compartilhamento de relatos pessoais para a esfera coletiva, situando histórias individuais em seu contexto político-cultural, assim, as trajetórias de sofrimento agora tinham uma implicação política na realidade e identidade do grupo de sobreviventes da psiquiatria (WEINGARTEN, 2001). Logo depois, uma assembleia foi realizada nos dias 18 e 20 de setembro de 1986, a chamada "*Survivors Speak Out*". O evento envolveu ativistas mais radicais que elaboraram uma carta de necessidades, demandas e direitos com o principal foco na autoridade e legitimação da experiência dos sobreviventes da psiquiatria, na ampliação das pautas de direito, proteção e cidadania (ROSE, N., 2019).

A pauta de Chamberlin na saúde mental "*Por nossa Conta*" propõe que a mudança para modelos de parceria com pacientes mentais - ela utiliza esse termo pois escreveu durante o processo de desinstitucionalização - não transforma as relações de poder da psiquiatria e as narrativas que estavam sob domínio, concluindo a insuficiência destas reorganizações institucionais nos serviços de saúde, e reivindicando outro tipo de mudança. O movimento de saúde mental ganha uma forma radical em termos de demanda, na qual se difere do movimento de outros países, quando a pauta do movimento das pessoas portadoras de deficiência "*Nada sobre nós sem nós*", de James Chalton, ressoa na luta da saúde mental para a esfera dos direitos e formulação de políticas públicas. Apresentando outras estratégias no enfrentamento da questão do poder de práticas paternalistas que mantém as pessoas em dependência (ROSE, N., 2019; VASCONCELOS, 2017a; 2017b; 2021).

Assim, o grupo de ex-pacientes não apenas produziu uma linguagem diferente sobre a psiquiatria, mas apresentou um tipo de ação política constante e estruturada para desafiar o monopólio dos profissionais e práticas *psi* sobre a loucura, considerando a luta pelos direitos

civis. Uma das fortes conquistas do movimento foi o espaço e autoridade para o envolvimento de c/s/c da psiquiatria nos serviços de saúde mental. Apresentado propostas desde os primórdios de estabelecimento das políticas de saúde mental, a partir deste momento os c/s/c da psiquiatria não eram apenas colaboradores, mas obtinham um papel ativo nos seus serviços de tratamento (WEINGARTEN, 2001).

É interessante notar que os movimentos anglo-saxônicos dos c/s/c da psiquiatria destacam, e, principalmente, tornam possível o protagonismo da narrativa em primeira pessoa de quem experiência o sofrimento mental. Isso difere dos movimentos da Reforma Psiquiátrica em diversos países latinos nos quais, embora se tenha atentado para a experiência de pacientes psiquiátricos, como o fez Basaglia e os reformadores na Itália, Nise da Silveira, Osório de Cesar, e o movimento brasileiro da desinstitucionalização, os escritos e a forma de conhecimento produzida ainda são predominantemente realizados e interpretados por especialistas (ROSE, N., 2019; CARVALHO et al., 2020).

Há um esforço na comunidade de sobreviventes/consumidores/clientes da psiquiatria para a mudança da etimologia das palavras, de seus usos e terminologias finais, pois “a constituição da loucura como uma doença mental empurra para o esquecimento todas aquelas palavras imperfeitas gaguejadas sem sintaxe fixa na qual a troca entre a loucura e a razão foi feita” (FOUCAULT, 1967, p. 154). Para romper com o monólogo da razão sobre a loucura, mantida pelo seu silêncio, a voz e os escritos deste grupo, pela dignidade de poder falar por si mesmo (s), tecem um diálogo entre diferentes saberes e apontam para a tomada de decisões pautadas em suas vivências e não apenas na interpretação de especialistas.

Deste modo, o movimento dos c/s/c da psiquiatria define novas terminologias que apontam para uma transformação na concepção sobre o sofrimento mental e gramáticas mais adequadas com seus modos de vida e experiências. O termo “doença” possui diferentes implicações no cenário de língua inglesa como explica Weigarten (2001): “*disease*”, que tem a apropriação de uma tensão somática, ou também “*illness*” que aponta para uma dimensão psicológica. Já os vocábulos “*distress*” e “*crisis*” apresentam estados temporários, e têm sido utilizados na literatura de abordagens colaborativas (ROSE, N., 2019; WEINGARTEN, 2001).

No Brasil, o termo *doença mental* é totalmente abolido pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, e foi substituído por sofrimento psíquico, uma concepção menos biomédica e estigmatizante (AMARANTE, 1998). Porém, segundo Vasconcelos (2021) ainda remete à perspectiva individualista das elites ocidentais. Para tanto, este estudo procura adotar o termo

sofrimento mental porque faz menção a classes populares e, a sua esfera política de participação social, tradicionalmente empregada pela literatura da antropologia social (VASCONCELOS, 2021).

Política do Recovery

Nos anos 1990, uma nova definição de Recovery emerge como um processo único e pessoal de produção de uma vida com sentido, satisfação, esperança e generosidade dentro dos limites impostos pelo adoecimento. Esta definição do Recovery encontrou ressonância no campo científico com a publicação de estudos longitudinais de desfecho na esquizofrenia, que indicavam que mais de 60% das pessoas diagnosticadas com este transtorno apresentavam melhoras significativas ao longo do tempo (HARDING et al., 1986; WILLIAM, 1993). Os estudos de desfecho publicados na década de 1980 colocaram em questão a natureza crônica e degenerativa da esquizofrenia. Harding et al. (1986) apontaram para outra conotação sobre condições consideradas até então crônicas, contrariando a visão de que a esquizofrenia leva o indivíduo progressivamente a uma incapacidade nas relações, gerando um sofrimento para toda a vida.

O conjunto de evidências científicas que sucedeu os estudos longitudinais de Vermont representou uma abertura no campo da Saúde Mental e a promoção do Recovery, enquanto uma perspectiva eficaz, ganhou força. Em consequência dessas articulações teórico-práticas e da organização da sociedade civil, a noção de Recovery foi subsidiada por documentos de políticas federais, tais como US Surgeon General's report (1999) e US New Freedom Commission report (2003), legitimando a promoção desta abordagem nacionalmente nos serviços de Saúde Mental (DAVIDSON et al., 2010; 2016).

Consolidando os esforços deste movimento, políticas públicas foram delineadas para acomodar as reivindicações de que os sistemas de Saúde Mental deveriam considerar os seguintes princípios: o processo de recuperação está ligado à esperança; deve ser guiado pela própria pessoa; pode ocorrer por diversos caminhos; é holístico; deve contar com o apoio de pares e aliados; tem base social e comunitária; leva em conta a cultura; reconhece o lugar do trauma; envolve responsabilidades individuais, familiares e sociais, e, por fim, tem como base o respeito (DAVIDSON et al., 2016). Esses princípios sugerem que as pessoas em sofrimento psíquico, suas famílias e sua comunidade são peças centrais no seu processo de *Recovery*, de acordo com o qual

[...] cada parte, incluindo uma comunidade mais ampla, possui pontos fortes e recursos que podem ser identificados e construídos no processo de *Recovery*, que podem evoluir de muitas maneiras diferentes para pessoas diferentes. As pessoas são apoiadas em seu *Recovery* quando são respeitadas e tratadas com dignidade como seres humanos completos, que são mais do que apenas seu diagnóstico ou doença; quando lhes é oferecida esperança; e quando sua identidade cultural, valores e afiliações e preferências são honrados (DAVIDSON et al., 2016, p. 34, tradução minha).¹

Orientado por esses princípios, o Movimento *Recovery* é definido enquanto uma mudança conceitual na prática dos trabalhadores de Saúde Mental, nas concepções sobre o sofrimento psíquico e aponta para a necessidade de uma mudança nos sistemas de saúde (DAVIDSON et al., 2010; 2016; 2017). Após três décadas de pesquisas, experimentação e efetivação de programas, a política norte-americana tem inspirado projetos e políticas de Saúde Mental semelhantes em outros países:

Organização Mundial de Saúde (OMS), bem como sua subsidiária Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a realizar eventos, publicar e adotar programas de estímulo e fomento à implementação mais amplas destas políticas de reabilitação psicossocial em todo o mundo (VASCONCELOS, 2017, p. 07).

A relevância internacional do conjunto de práticas orientadas para o *Recovery* se traduziu na incorporação deste conceito a uma série de diretivas de importantes agências. A partir dessa demanda internacional, desenvolveu-se o Plano de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2013 a 2020. Ele inclui o conceito de *Recovery* na sua estratégia de ação, tendo como horizonte a construção de novas políticas que visem à transformação do cerne da prática dos profissionais da Saúde Mental:

A visão do plano de ação é um mundo em que a saúde mental é valorizada, promovida e protegida, os transtornos mentais são prevenidos e as pessoas afetadas por esses transtornos são capazes de exercer toda a gama de direitos humanos e acessar saúde de alta qualidade e culturalmente apropriada e assistência social de forma oportuna para promover *Recovery*, a fim de atingir o nível mais alto possível de saúde e participar plenamente na sociedade e no trabalho, livre de estigmatização e discriminação (Organização Mundial de Saúde, 2013, p. 11, tradução minha) ²

¹ “Each party, including broader community, possesses strengths and resources that can be identified and build on in the recovery process, which can evolve in many different ways for different people. People are supported in their *Recovery*, when they are respected and treated with dignity as whole human beings who are more than just their diagnosis or illness; when they are offered hope; and when their cultural identity, values and affiliations and preferences are honoured” (Davidson et al., 2016, p. 34).

² “The vision of the action plan is a world in which mental health is valued, promoted and protected, mental disorders are prevented and persons affected by these disorders are able to exercise the full range of human rights and to access high quality, culturally-appropriate health and social care in a timely way to promote recovery, in order to attain the highest possible level of health and participate fully in society and at work, free

Em síntese, o Movimento *Recovery* se configurou em uma política de saúde mental, a partir de um conjunto complexo de influências internacionais, movimentos tecnocientíficos e da comunidade de interesse, além de evidências científicas articuladas com conquistas legislativas (DAVIDSON et al., 2010). A abordagem norte-americana e de países de língua inglesa tem inspirado outros países, principalmente aqueles que atuam orientados pela política da reabilitação psicossocial, como países do norte da Europa, Portugal, Itália e Brasil (NAPOLI, 2017; VASCONCELOS, 2017a; 2017b). Assim, avançou-se na ampliação de sistemas de saúde mental orientados pelos valores centrais do exercício da cidadania e autonomia, bem como a ideia de que o processo de superação e restabelecimento não é linear e implica acomodações e invenção da vida mais do que a eliminação de sintomas (DAVIDSON et al., 2016; 2017; 2010).

Recovery e Serviço orientado por Recovery

A noção de *Recovery* não implica apenas uma revisão conceitual dos processos de sofrimento psíquico. Os princípios do *Recovery* orientam práticas e sistemas cuja efetividade está assentada sobre a promoção de estratégias de reconstrução da vida e da subjetividade que não exigem a melhora dos sintomas antes de serem implementadas. A estratégia de *Recovery* se empenha em orientar sistemas e práticas em Saúde Mental que auxiliem o sujeito neste processo não linear de inventar a própria vida. Conforme Davidson et al. (2016) destaca:

Em contraste com o modelo baseado em hospital ou desintoxicação / reabilitação de: *recuperação em primeiro lugar e ter uma vida em segundo plano*; o modelo para a prática orientada para *Recovery* é: *aceitar-me como uma pessoa inteira com uma história única e importante primeiro e depois trabalhar junto para encontrar e viajar pelos caminhos que são mais propícios para o meu Recovery* (DAVIDSON et al., 2016, p. 36, grifo meu, tradução minha).³

Assim, uma transformação ocorre quando a noção de Saúde Mental e serviço de saúde avança para a perspectiva do *Recovery*, em que a pessoa a ser atendida vem a ser a protagonista do seu processo (DAVIDSON et al., 2016). Mas como incluir essa concepção no serviço orientado por *Recovery*? Primeiramente, ele precisa focalizar no processo em andamento, ao

from stigmatization and discrimination” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013, p.11).

³ “In contrast to hospital or detox/rehab based model of: recovery first and have a life second; the model for recovery-oriented practice is: accept me as a whole person with a unique and important story first, and then we can work together on finding and travelling together down to the pathways that are most conducive to my recovery” (Davidson et al., 2016, p. 36).

invés da busca em eliminar o sintoma; basear-se nos objetivos e aspirações pessoais de cada usuário; articular com seus apoiadores no processo de manejar sua condição; desenvolver as capacidades pessoais, pontos fortes, e interesses dos usuários; focalizar na relação com a comunidade, mais do que os programas segregados dela; compreender incertezas, falhas e desentendimentos como passos inevitáveis desse processo de emancipação (DAVIDSON et al., 2016; WILLIAM, 1993; SLADE et al., 2008).

Esses princípios compõem o *person centered-planning* (PCP), uma estratégia desenvolvida para que as pessoas que vivenciam condições múltiplas e complexas de sofrimento psíquico possam alcançar seus objetivos pessoais. William (1993) define *Recovery* como:

[...] um processo profundamente pessoal e único de mudança de atitudes, valores, sentimentos, metas, habilidades e/ou papéis. É uma forma de viver uma vida gratificante, esperançosa e contribuinte, mesmo com as limitações causadas pela doença. O *Recovery* envolve o desenvolvimento de um novo significado e propósito na vida à medida que a pessoa vai além dos efeitos catastróficos da doença mental (WILLIAM, 1993, p. 527, tradução minha).⁴

Uma das funções do serviço consiste em auxiliar a pessoa a enxergar-se como agente ativo do seu processo de *Recovery*. Nesse momento ocorre uma mudança paradigmática na prática, em que o profissional da Saúde Mental não decide sozinho sobre o plano terapêutico, mas escuta ativamente o usuário e quais recursos são necessários para manejar sua própria condição. Para tanto, uma colaboração ativa dos usuários e seus apoiadores é requisitada, de forma a contribuir em discussões sobre os objetivos de vida a serem alcançados e os passos a serem tomados para que se concretizem (DAVIDSON et al., 2016; WILLIAM, 1993). Deste modo, o plano centrado na pessoa (*person-centered plan*) é um componente fundamental para a execução dos princípios éticos do *Recovery*, ampliando as possibilidades dos trabalhadores e usuários de saúde mental de construir um plano de ação colaborativo que apoie a pessoa no processo de buscar seus próprios objetivos e sonhos (MILLER et al., 2017).

⁴ *Recovery* [...] is a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by the illness. *Recovery* involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness (WILLIAM, 1993, p. 527).

Conquanto, para que essa articulação teórico-prática seja garantida no serviço orientado por *Recovery*, algumas posturas devem ser tomadas. Dentre elas, o desenvolvimento de um suporte contínuo é um eixo primordial para que a pessoa possa conquistar uma vida com sentido e satisfatória na sua comunidade. Por este ângulo, conhecer a história de vida do sujeito a ser atendido, assim como seus afazeres cotidianos, circunscreve um contexto alvo para a intervenção terapêutica. Algumas perguntas podem ser usadas como guias ao atendimento, como, por exemplo, o que ela está fazendo, onde e como ela faz, quais recursos e forças ela mobiliza para realizar tal função, e por fim, quem a apoiaria nesse processo (DAVIDSON et al., 2016; MILLER et al., 2017; SLADE et al., 2008).

A partir dessas garantias, constituiu-se um importante e inovador elemento das práticas orientadas para o *Recovery: peer support work*. *Peer support* é a contratação de pessoas que se recuperaram de um problema de Saúde Mental para oferecerem serviços em conjunto com as equipes profissionais. Teve início na década de 1980 nos Estados Unidos e atualmente o número de *peer supporters* ultrapassa as dezenas de milhares, sendo empregados em mais de 30 estados nos EUA (DAVIDSON et al., 2016). Pesquisas sistemáticas indicam que o *peer support* reduz hospitalizações, número de dias de internação, aumenta a esperança, o empoderamento, o bem-estar, a qualidade de vida e reduz o uso de substâncias (DAVIDSON et al., 2012). Diversos países - dentre os quais, o Brasil - têm incluído o trabalho de *peer support* em seus serviços, apresentando benefícios como “[...] melhores conexões com os serviços, melhor qualidade de vida, maior integração da comunidade, menor carga familiar e maior orientação de recuperação” (STATSTY, 2012, p. 478, tradução minha)⁵.

Um sistema de Saúde Mental orientado por *Recovery* deve ter como seus valores centrais a cidadania, a autonomia e a ideia de que o processo de recuperação e restabelecimento da Saúde Mental não é linear e implica uma acomodação e invenção da vida, mais do que a eliminação de sintomas. Em outras palavras, não se espera que o sujeito melhore e depois organize a vida; espera-se que os passos entendidos por cada um como importantes para o restabelecimento da Saúde Mental sejam tomados com as devidas acomodações que se façam necessárias. Na medida em que essa abordagem contrapõe a noção de doença mental como crônica e debilitante, o *Recovery* afirma que a vida vem antes do sintoma e que a recuperação

⁵ “[...] better services with services, better quality of life, greater community integration, less family load and greater recovery orientation” (STATSTY, 2012, p. 478).

está ligada aos esforços de acomodação e restabelecimento da subjetividade com as perdas, ganhos e mudanças que possam acompanhar um problema grave de saúde mental (DAVIDSON, 2010; 2017, WILLIAM, 1993; DEEGAN, 1988).

Nesta perspectiva, o estado de Connecticut se destaca como uma experiência referencial da implementação do *Recovery* e da consolidação de suas práticas, a partir da reivindicação do envolvimento dos c/s/s da psiquiatria em todos os níveis do sistema de saúde mental. A conexão com o *Program for Recovery and Community Health da Universidade de Yale* foi primordial para que as conquistas do movimento político fossem implementadas, se destacando enquanto um centro irradiador de práticas e contribuições científicas para o campo da Saúde Mental, com parcerias com entidades não governamentais, universidades em todo o mundo e associações formadas por usuários e familiares.

Com extensa experiência em metodologias participativas, métodos mistos e pesquisas qualitativas, o *Yale Program for Recovery and Community Health* conta com financiamentos do governo estadual e federal, ele vem desenvolvendo pesquisas há mais de 30 anos sobre a temática em conjunto com o *Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services – DMHAS*. Além da frente de pesquisa, os programas ofertam pesquisas e projetos sobre o envolvimento de consumidores de saúde mental em diversas posições, como oferta de trabalho para consultas, suportes e planejamento no que se refere ao assunto de usuários em políticas estatais de saúde mental. (WEINGARTEN, 2001).

Críticas à Política do Recovery e articulações com a práxis da Atenção Psicossocial

Há uma literatura crítica a respeito da implementação do *Recovery* no contexto anglo-saxônico realizada por usuários-pesquisadores que, a partir de suas vivências nos serviços do *Recovery*, apontam para seus riscos (MCWADE, 2016; ROSE, N., 2019; SLADE et al., 2014; ROSE, D., 2014). Esta perspectiva crítica pode ser vantajosa para o modelo da Atenção Psicossocial do Brasil, suas práticas e modos de intervenções atuais. Embora muito se tenha avançado sobre a inclusão e valorização das pessoas com sofrimento mental, como o SUS que possibilitou que a participação e controle social dos usuários de saúde mental e seus aliados fosse concretizada na política pública de saúde, a forma profissionalizada de perspectivas de inclusão ainda mantém práticas de controle e tutela dentro do serviço de saúde mental. Deste modo, a política do *Recovery* e suas falhas podem apontar para estratégias interessantes e novas formas de produzir conhecimento e valorizá-lo no cenário da saúde mental brasileira.

As novas alianças público-privadas que se apresentavam na política de saúde norte-americana fez com que a incorporação do projeto de empoderamento nos serviços de saúde tivesse uma demanda menos radical e argumentos domesticados, distanciados de seu projeto ético-político. A versão profissionalizada do movimento *Recovery* entra em consonância com a redução de serviços públicos e o projeto de privatização e comercialização da saúde. A política do *Recovery* expandiu internacionalmente, prosperando em racionalidades e tecnologias neoliberais (MCWADE, 2016; ROSE, N., 2019; SLADE et al., 2014). A década de 90, considerada a década do *Recovery* nos Estados Unidos (WILLIAM, 1993), também foi período em que o neoliberalismo se tornou um projeto proeminente de governança (ROSE, N., 2019; MCWADE, 2016).

Uma possível explicação é a relação entre modelos terapêuticos altamente centrados no indivíduo, que apoiam o processo de uma vida independente, princípios que entram em ressonância com a reconfiguração de serviços de saúde mental e cortes de benefícios sociais (DEAN, 2019; ROSE, N., 2019; VASCONCELOS, 2013; MCWADE, 2016). Estes estudos críticos sobre *Recovery* realizados por usuários/consumidores/sobreviventes-pesquisadores enfatizam que tal abordagem frequentemente mantém o domínio médico intacto e não se atenta para aspectos estruturais que inexoravelmente agravam o sofrimento mental, como desigualdade social, insegurança no emprego e falta de suporte social (ROSE, D., 2014; ROSE, N., 2019; SLADE et al., 2014; MCWADE, 2016). Nesse ponto, pretendo introduzir o *Recovery* como um diagrama crítico para pensar as práticas reproduzidas e consolidadas da Atenção Psicossocial no Brasil.

Primeiramente, uma transposição generalizada ou monocultura da *Recovery* é preocupante. Os estudos de Vasconcelos (2013; 2017a; 2017b) ressaltam que para uma investigação adequada das políticas do *Recovery* no Brasil, devemos nos distanciar de uma transposição colonialista de políticas sociais internacionais. Embora haja um crescente interesse em incorporar as influências e experiências bem-sucedidas do *Recovery* ao campo da saúde mental brasileira, pesquisas devem se atentar às contradições culturais, econômicas e estruturais presentes entre o Norte e o Sul global (MCWADE, 2016; CARVALHO et al., 2020). Pontos em comum e em divergência carecem de melhor exploração científica tendo em vista que cuidados devem ser tomados para que as particularidades do contexto de nossos serviços e de nossa história social sejam adequadamente consideradas (SLADE et al., 2014).

Há um crescente interesse da comunidade científica em ampliar os debates sobre *Recovery* no campo da Saúde Mental brasileira, porém não se tem desenvolvido estudos sistemáticos para ampliar o conhecimento sobre a temática. A abordagem *Recovery* se faz cada vez mais presente nas discussões técnico-científicas e práticas da Atenção Psicossocial no Brasil. Recentemente, pesquisas apontam que as redes brasileiras e anglo-saxônicas refletem em experiências de cuidado à saúde mental fundamentadas por princípios semelhantes.

Esta revisão de literatura sobre o conceito de *Recovery* no Brasil e suas origens convida o leitor a notar que, de partida, há inúmeros valores, práticas e pontos em comum entre o movimento norte-americano e a Reforma Psiquiátrica brasileira, como autonomia, cidadania e singularidade. No Brasil, uma série de fatores e movimentos sociais contribuíram para a reformulação das políticas de saúde mental no país promovendo uma nova forma de conceituar a loucura e organizar o cuidado ao sofrimento psíquico: a Atenção Psicossocial. Este novo paradigma se caracterizou por “um conjunto de práticas cujo arcabouço teórico- técnico e ético-político caminha na direção da superação paradigmática da psiquiatria asilar” (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 21).

Na literatura brasileira, o termo *Recovery* tem sido empregado no Brasil majoritariamente tal como aparece no original na língua inglesa, na tentativa de evitar traduções que possam descaracterizá-lo de seu sentido original, embora alguns autores brasileiros tentem traduzi-lo como “recuperação”, “restabelecimento”, “fortalecimento” (OLIVEIRA, 2017; SILVEIRA et al., 2017; VASCONCELOS, 2017; 2017). No entanto, tem havido crescente esforço para definir melhor o que o conceito representa para que sua tradução venha acompanhada de um sentido histórico e social.

Em 2014, representantes da Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia (ABRE), consideraram que o termo “Superação” poderia vir a representar a ideia original de *Recovery*. Tal concepção surgiu nas próprias práticas e ações da ABRE, enquanto uma construção conjunta dos usuários, portadores, familiares e profissionais (MIRANDA et al., 2014). Apesar de ainda não haver um consenso, alguns autores têm adotado esse termo, principalmente ao se referir a experiências de superação relacionadas ao processo de recuperação de pessoas diagnosticadas com esquizofrenia (CORRADI-WEBSTER et al., 2018; SILVA et al., 2017; MIRANDA et al., 2014). Nesse mesmo sentido, outras pesquisas têm endereçado o *Recovery* enquanto um processo de estar em “Reestabelecimento” (DAHL, 2012; LOPES et al., 2012; MONTANHER e LEAL, 2014; PEREIRA e LEAL, 2017). Neste

trabalho, optei por manter o termo no original já que um consenso de sua tradução ainda não foi satisfatoriamente atingido.

A literatura sobre *Recovery* no Brasil revela que investigações sobre as ações realizadas na Saúde Mental em contextos anglo-saxônicos podem ser enriquecedoras para o conjunto de práticas e princípios da Reforma Psiquiátrica. Ambas são dispositivos clínicos que atuam sobre modelos centrados na pessoa (*Person-centered plan* e Plano Terapêutico Singular). A práxis da Atenção Psicossocial converge com os princípios do *Recovery* de promover uma vida significativa para a pessoa independente dos sintomas, baseada em estratégias de parceria, promoção de esperança e suporte de autodeterminação (SLADE et al., 2014). Objetivos últimos como independência, inclusão social e engajamento comunitário amparam a reorientação da prática dos trabalhadores de saúde mental e reorganização dos serviços, para que, neste caso, o usuário de saúde mental ganhe ênfase com modelos colaborativos, em que a co-produção também se torna um dispositivo de promoção, que alguns estudos brasileiros têm definido como “autonomia coletiva” (EMERICH et al., 2014; PASSOS et al., 2013; PALOMBINI et al., 2013; PASSOS et al., 2013; 2013).

O método de cogestão da Atenção Psicossocial propõe a articulação entre saberes diferentes e singulares e abre espaço para a criação, negociação de responsabilidades, riscos e descobertas. É processo que ocorre a partir do compartilhamento e negociação entre diferentes valores e pontos de vista, não reduzindo as diferenças, mas convergindo na pluralidade de perspectivas entre profissionais e usuários (LAMAS et al., 2013; PASSOS et al., 2013; PRESOTTO, 2013; EMERICH et al., 2014; PASSOS et al., 2013; PRESOTTO et al., 2013; SILVEIRA et al., 2014).

A autonomia coletiva revela-se, assim, um fenômeno complexo, que não se dá independentemente do contexto que envolve a experiência vivida junto ao coletivo. Construir processos de autonomização é uma direção do tratamento e da pesquisa em saúde mental, pressupondo a gestão compartilhada do cuidado e da pesquisa e a valorização do direito dos usuários – mais amplamente, dos direitos humanos (PASSOS et al., 2013, p. 10).

Por outro lado, a literatura anglo-saxônica apresenta críticas ao modelo de parceria desenvolvido nos serviços de *Recovery*, e questiona que os modelos de parceria e colaborativos não desafiam o monopólio dos profissionais sobre a loucura (CHAMBERLIM, 1978). Diana Rose (2014) salienta que a noção de autonomia preconizada pelo *Recovery* é controversa em sua prática, pois ainda recorre à dependência de uma gama de especialistas para que um modelo

de parceria com os usuários de saúde mental seja considerado efetivo. Nesse ato, os profissionais exercem a função de falar sob outro nome porque:

[...] eles ainda não têm ou ainda têm de desenvolver tais capacidades, eles precisam ser encorajados, seduzidos e até mesmo forçados, a se sujeitarem a uma série de práticas educativas e formações terapêuticas (ROSE, D., 2014, p. 217-218, *tradução minha*).

Embora seja crescente a fomentação do *Recovery* no campo da saúde mental brasileira, há poucos estudos que fomentam críticas e apontam lacunas ao modelo da Atenção psicossocial hodierna. Diana Rose (2014) argumenta que, paradoxalmente, por mais que os discursos e práticas do modelo centrado na pessoa operem pelo princípio ético da singularidade e diversidade, isto não garante que os interesses serão alinhados com as reais necessidades de quem vivencia diariamente o sofrimento psíquico. Muito pelo contrário, esta estratégia pode recair numa visão individualista sobre os próprios sujeitos, capturados pela perspectiva dos profissionais de saúde mental, ou até a racionalidade hegemônica sobre os transtornos psiquiátricos.

O *Recovery* é considerado “pessoal” (SLADE, 2009); isto é “profundamente individual”. Por que alguém se oporia a isso? Porque não somos indivíduos isolados, para ser franco. Focar na constituição psicológica dos indivíduos, seja por meio da psicologia profunda ou da TCC, é diluir e tornar sem importância as relações sociais nas quais estamos inseridos e que nos moldam e nos formam. Em um sentido real, somos essas relações sociais... não somos indivíduos isolados, a existência coletiva e a ação coletiva podem melhorar os serviços de saúde mental de uma forma que os usuários de serviço desejam (ROSE, D., 2014, p. 217-218).

Sem se distanciar das reflexões críticas, o seguinte estudo adota a revisão de literatura inspirada por *Scoping*, para avançar na compreensão do *Recovery* no Brasil. Visto que o paradigma do *Recovery* abre todo um campo metodológico interessante para a ampliação da Atenção Psicossocial, baseada em outros e similares marcadores para avançar o conhecimento, a revisão exploratória de literatura é capaz de agrupar diferentes tipos de metodologias e intervenções em sua sistematização. Busca-se consolidar o campo científico do *Recovery* no cenário brasileiro por meio de um quadro geral dos estudos, e principalmente, refletir sobre suas lacunas, riscos e críticas revelados na literatura, de maneira a contribuir com uma agenda de pesquisa para o campo, apontando para desafios científicos de futuras pesquisas (ARKSEY, O’MALLEY, 2005). Assim, o presente trabalho procura questionar o estado atual de produção

de conhecimento e evidências sobre *Recovery* na saúde mental brasileira, e, mais adequadamente, como os pesquisadores brasileiros têm interpretado e conceitualizado a temática do *Recovery* para o Brasil.

OBJETIVOS

Geral

✓ Investigar a extensão da literatura científica disponível, entre o período do ano de 2000 até 2019, das pesquisas sobre *Recovery* no campo da Saúde Mental brasileira.

Específicos

✓ Formular o protocolo de revisão e estratégia de busca para o levantamento bibliográfico inspirado pela metodologia do *Scoping*.

✓ Demonstrar, por meio da literatura já publicada, a discussão atualizada sobre o tema, as possíveis lacunas existentes e as principais limitações teóricas ou metodológicas;

✓ Identificar quais áreas do tema em revisão carecem de avanço em pesquisas e, assim, apontar para novas possibilidades de estudo, e definir itens para a agenda de pesquisa futura.

MÉTODO

A tarefa de se localizar no campo científico se complexificou desde o surgimento da medicina baseada em evidência. Desde então, os desenhos de estudos e os métodos empregados se multiplicaram, tornando essencial a sistematização e síntese de novas descobertas para que lacunas sejam apontadas e caminhos para avanços sejam delineados. O método empregado neste estudo é inspirado pela metodologia do *Scoping* (ARKSEY e O'MALLEY, 2005), uma estratégia de revisão de literatura de recente discussão científica adequada para os objetivos deste trabalho.

Dentre as inúmeras formas de levantamento bibliográfico, todas “compartilham certas características essenciais, a saber: coletar, avaliar e apresentar as evidências disponíveis” (ARKSEY e O'MALLEY, 2005, p. 20, tradução minha)⁶. São elas: a revisão sistemática, meta-análise, revisão rápida, revisão literária (tradicional), revisão narrativa, pesquisa de síntese e revisão estruturada (ARKSEY e O'MALLEY, 2005). No campo da medicina, em que doenças têm suas causas conhecidas e seus tratamentos testados por métodos experimentais, a síntese das evidências é mais simples. As revisões sistemáticas e meta-análises cumprem bem este papel comparando e agrupando estudos com o mesmo desenho. De outra parte, o campo da saúde mental emprega metodologias qualitativas e estudos observacionais mais frequentemente do que desenhos experimentais, pela própria natureza do objeto de estudo. Deste modo, a síntese e sistematização das evidências se torna mais difícil e demanda procedimentos específicos.

Dadas as particularidades do campo da Saúde Mental, as revisões sistemáticas e meta-análises que agrupam estudos com um mesmo desenho não são metodologias adequadas. Assim, tem havido um crescente interesse em desenvolver metodologias de revisão da literatura mais apropriadas aos campos onde há interface das ciências humanas e da saúde. Esta interface se traduz no emprego de métodos quantitativos e qualitativos combinados e na necessidade da apreciação deste corpo científico em sua totalidade. A revisão de tipo *scope* tem como objetivo orientar os pesquisadores na apreciação dos estudos em campos de difícil síntese (ARKSEY e O'MALLEY, 2005).

A temática *Recovery* se estabelece enquanto um conhecimento desenvolvido na década de 1990. Contudo, sua implementação em serviços de saúde e implicações no

âmbito internacional ainda são discussões recentes (DAVIDSON et al., 2010). Para Vasconcelos (2000; 2013; 2017a; 2021) e Weingarten (2001), a introdução do Recovery no Brasil oriunda de intercâmbios acadêmicos entre pesquisadores e visitas técnicas com países anglo-saxônicos e tem seu estopim a partir de 2000. Uma das principais características deste campo de estudos é a grande variabilidade metodológica nas investigações, e diferentes concepções e traduções fomentadas no campo científico brasileiro, tornando a síntese deste campo especialmente desafiadora. Uma revisão adequada para esta literatura exige um método que permita a exploração ampla do campo e a comparação de estudos que empreguem métodos qualitativos, quantitativos e mistos.

Um mapeamento sobre as pesquisas em *Recovery* na literatura nacional se faz indispensável para a organização do campo e a identificação de caminhos futuros de pesquisa. Ainda que duas revisões bibliográficas sobre Recovery foram identificadas na literatura brasileira (BACCARI et al., 2005; WALTER, et al., 2021), esta área de conhecimento ainda não obteve uma revisão de forma compreensiva, que pudesse capturar a complexidade de sua produção no campo da saúde mental brasileira. As particularidades do conceito Recovery, como a sua tradução polissêmica e interpretação incipiente, não são capturadas em estratégias de buscas tradicionais, e, portanto, correm o risco de excluir estudos fundamentais como tipos de pesquisas com descrições metodológicas, e palavras-chaves diversas.

Deste modo, a revisão *scoping* é particularmente útil neste caso porque se diferencia de revisões sistemáticas tradicionais ao se distanciar de limitações prévias – permitindo exploração do campo – e focaliza no alcance máximo que um estudo possa atingir. Para tanto, os descritores-chave e critérios de exclusão são definidos posteriormente com a familiaridade e maior exploração das características do corpo da literatura disponível sobre a temática, possibilitando maior foco para a extensão da seleção dos estudos (ARKSEY e O'MALLEY, 2005).

A seguinte pesquisa se inspirou no método por *Scoping* para desenvolver uma revisão da literatura disponível sobre *Recovery* no Brasil; isso significa dizer que algumas limitações e obstáculos da estratégia de busca inédita impediram que alguns importantes estudos fossem selecionados - tais problemas são endereçados no final da seção sobre a “estratégia de busca”.

No entanto, dentro do que se pode desenvolver nos limites do mestrado foi uma busca exploratória da literatura tanto no reconhecimento de termos, identificação de estudos relevantes, quanto na seleção de textos originais, que se utilizou de seus instrumentos e técnicas de levantamento bibliográfico para coletar, identificar, compreender e sintetizar um campo científico. Esta revisão de literatura foi capaz de endereçar lacunas possibilitando a identificação de áreas de pesquisa pouco exploradas e sugerindo caminhos de avanço e solidificação para o conceito do Recovery no ciclo acadêmico brasileiro. Neste caso, foi possível:

- ✓ Determinar o valor de adotar uma revisão sistemática;
- ✓ Sintetizar e disseminar os resultados encontrados; descrever em mais detalhes as descobertas e alcances do estudo sobre Recovery no Brasil. A partir de seu mecanismo de síntese é possível disseminar os resultados relevantes para acadêmicos, políticos, profissionais da saúde mental, comunidade e usuários, economizando o tempo que despenderiam para tal função.
- ✓ Identificar as lacunas de pesquisa na literatura existente. O seguinte estudo pode identificar quais ramos na temática Recovery devem ser aprimorados, e despertar a atenção da comunidade tecno-científica para os pontos de maior necessidade de aprofundamento. Em outras palavras, na conquista de “novas fronteiras” sobre a temática Recovery, o que levou para a discussão mais ampla sobre metodologias participativas na pesquisa em saúde mental brasileira e desafios para a sistematização da literatura cinza.

ESTRATÉGIA DE BUSCA

Estágio 1: identificar a questão da pesquisa

A seguinte pesquisa se propõe a questionar “*Qual é a literatura disponível sobre Recovery no campo da saúde mental brasileira?* ”

Deste modo, as restrições sobre tipos de intervenções ou métodos desenvolvidos no estudo de *Recovery* poderiam limitar as possibilidades de alcance sobre artigos relevantes. Em contrapartida, pode gerar grande número de referências. Portanto, essa fase inicial da pesquisa não se preocupou em realizar limitações sobre as referências bibliográficas encontradas, mas, sim, obter um panorama geral sobre o campo de pesquisas em *Recovery*.

Estágio 2: identificar estudos relevantes

O foco primordial deste estudo por *scoping* é ser uma investigação exploratória, capaz de atender em abrangência a questão central da pesquisa. Para conquistar essa estratégia, utilizamos as fontes bibliográficas:

Bases de dados

Lista de referências

Revistas científicas chaves

Organizações e conferências relevantes para a temática

Literatura Cinza

O primeiro passo exploratório (Figura 1) utilizou os descritores “saúde mental” e “*Recovery*” nas bases Scielo, Google Acadêmico, CAPES e BVS. Foram selecionados estudos pelo seu título, resumo e palavras-chave que dissertassem sobre *Recovery* na saúde mental brasileira. Assim, a tomada de decisões foi realizada para a primeira seleção da revisão, em termos de tempo, língua, base de dados e descritores iniciais. Nessa busca inicial foi possível identificar 105 estudos.

Os conceitos principais que serão incluídos nesta revisão são Recovery e saúde mental. Apesar de que um período específico de publicação pode não ser, de início, determinante como um critério de elegibilidade para inclusão, nota-se que o estabelecimento de parcerias com países anglo-saxônicos envolvendo projetos piloto e iniciativas participativas com usuários de saúde mental e familiares brasileiros, ocorre depois de 2000 (VASCONCELOS, 2009; 2017a; 2021). Estudos que não tenham como foco o Recovery ou que não tenham base no Brasil ou que não sejam escritos em língua portuguesa, serão excluídos nesta primeira etapa de triagem de título-resumo.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA I

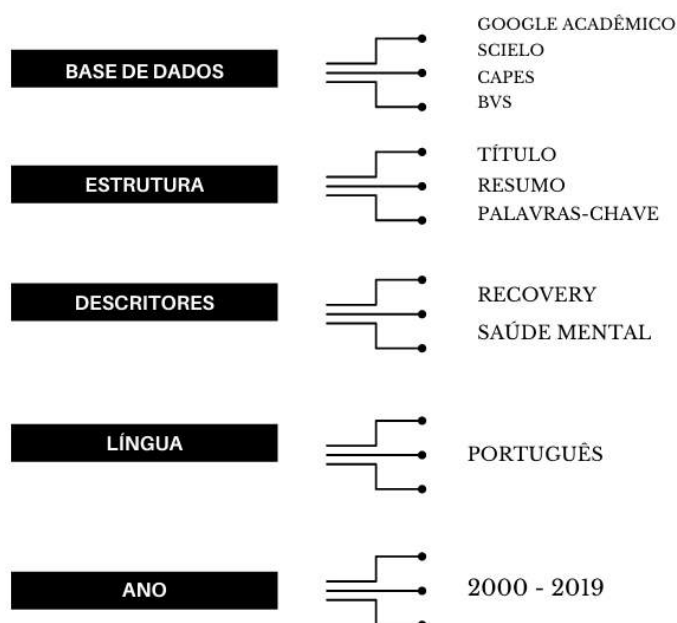


Figura 1: estratégia de pesquisa I

Estágio 3: Seleção de estudo

Baseado no aumento da familiaridade com a literatura na área (ARKSEY e O'MALLEY, 2005), após o estágio 2 identificamos uma polissemia gerada pela falta de um consenso sobre o Recovery no campo da saúde mental brasileira, o que causou dificuldades para encontrar, a partir das palavras-chave, os estudos sobre a temática, e seguir com a busca generalizada com o uso de dois termos (Recovery e Saúde Mental). A fim de garantir a maior

inclusão possível dos estudos, desenvolvemos uma estratégia de busca manual para compreender melhor como estes estavam conceptualizando o Recovery no campo da saúde mental brasileira, a partir da (1) busca na lista bibliográfica das pesquisas selecionadas; (2) busca das citações dos estudos selecionados; (3) identificação a partir da busca inicial o acervo de bibliotecas e jornal científico específicos para a fomentação do Recovery (Repositório Institucional UNICAMP, UFRJ e UFF; Cadernos Brasileiros de Saúde Mental), e (4) aproximação com alguns experts na área realizados presencialmente pela pesquisadora durante o desenvolvimento do mestrado (2019/2020), incluindo:

- ✓ **Visita ao Grupo Interfaces- UNICAMP-FCM (2019):** coordenado pela Profa. Dra. Rosana Onocko-Campos.
- ✓ **4º Fórum Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental – UFSC (2019):** Minicurso com o Prof. Dr. Eduardo Vasconcelos (Projeto Transversões - UFRJ): Estratégias de Empoderamento de Usuários; Apresentação de Trabalho: Revisão da literatura sobre o *Recovery* em saúde mental: estado da arte no Brasil.
- ✓ **XII Encontro Catarinense de Saúde Mental – UFSC (2019) - I Fórum Sul- Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental- II Encontro Latino-americano do Internacional *Recovery Citizenship Council* - I Simpósio de Prática e Pesquisa em Ibogaína:** Participação do grupo de trabalho (GT) sobre *Recovery* em saúde mental coordenado Pelo Prof. Dr. Walter Oliveira; e contato com a organização ABRE (Associação Brasileira de Esquizofrenia) com o representante José Alberto Orsi.
- ✓ **Encontro Sul da Rede Unida: Linha de Pesquisa Micropolítica e Governos de si- Observatório Nacional de Políticas Públicas e Educação em Saúde -** Apresentação do Trabalho: “*Recovery* na saúde mental brasileira: análise crítica de sua transposição”.
- ✓ **18th Annual Meeting: Psychosis, Citizenship, and Belonging: Forging Pathways toward Inclusion and Healing, in New Haven, CT, November 1-3, 2019.** Apresentação do Trabalho: *Recovery in Brazil: Experiences of users in mental health services*. Visita Técnica ao *Connecticut Community Mental Health Center (CMHC)* (2019).

Nessa direção, a literatura demonstrou descritores gerais e singulares para endereçar a discussão do Recovery no Brasil. Palavras-chave foram estabelecidas a partir do envolvimento com maior quantidade de estudos que incluíram: *(Recovery e Saúde mental)*; *(Recovery e Saúde Mental e Superação)*; *(Recovery e Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial)*; *(Recovery e Saúde Mental e Superação e Reabilitação Psicossocial)*.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA II

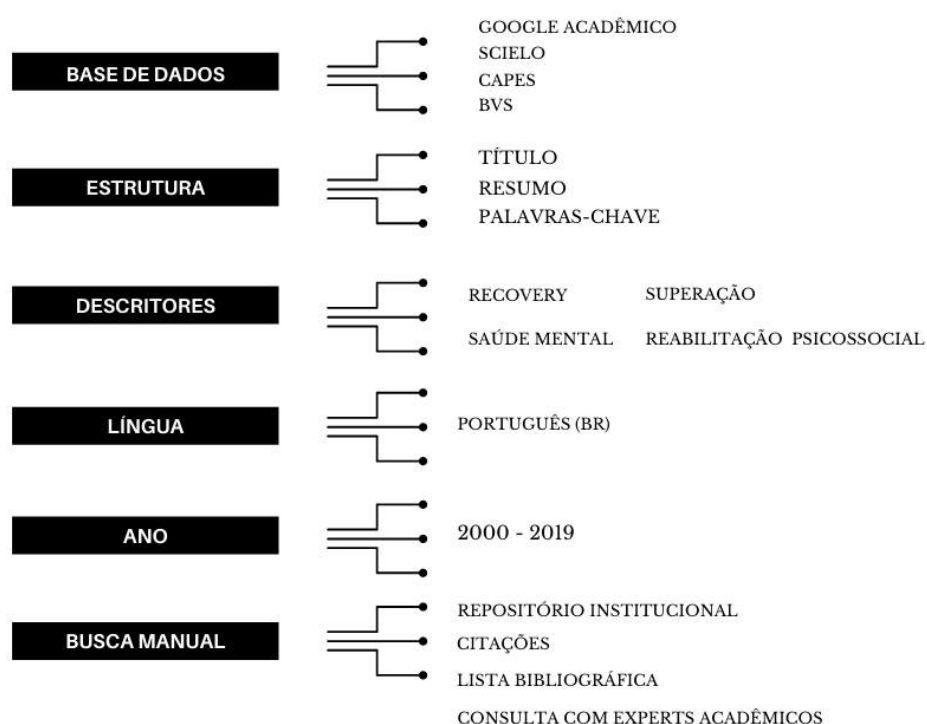


Figura 2: estratégia de pesquisa II

Essa etapa permitiu adotar mecanismos de auxílio para eliminar os estudos irrelevantes ao tema central da pesquisa:

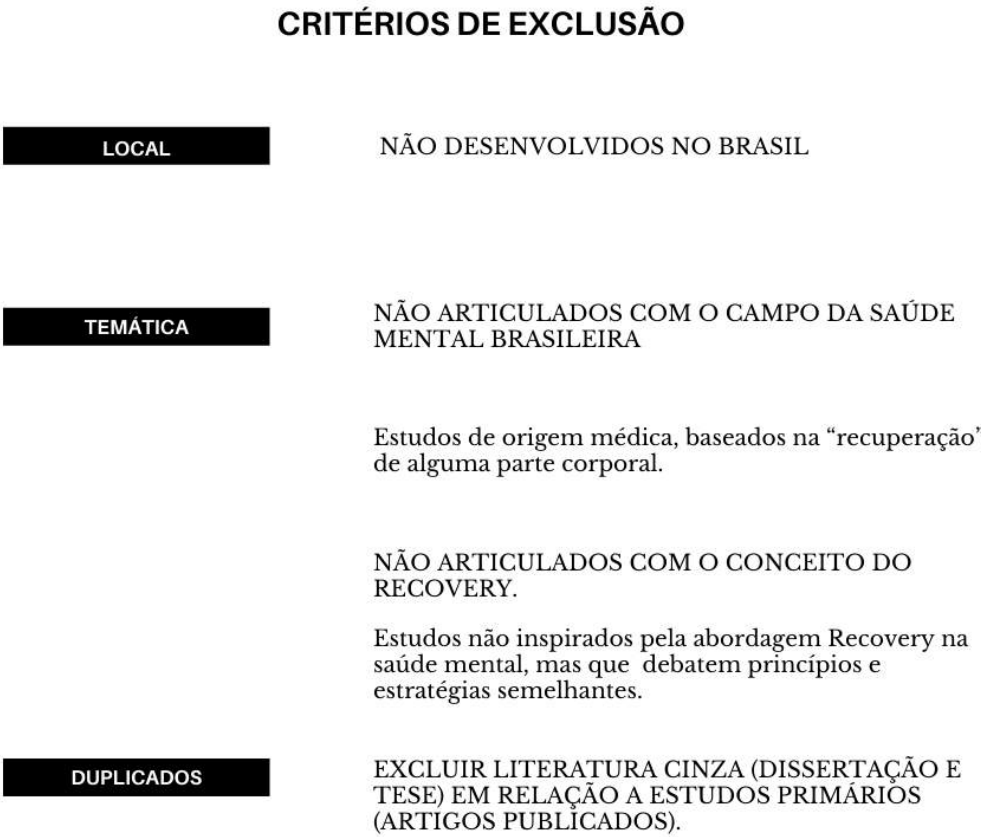


Figura 3: Critérios de Exclusão

Esta estratégia excluiu 58 artigos. Um total de 47 artigos foram incluídos nesta revisão.

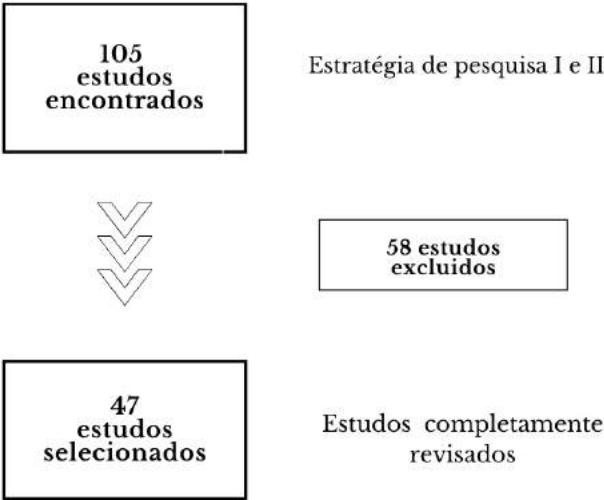


Figura 4: Quantidade dos estudos selecionados.

Esta etapa foi finalizada no final do ano de 2019. Uma atualização recente desta revisão incluiria duas publicações importantes para a produção brasileira sobre Recovery publicadas em 2021:

- ✓ CBSM, C. B. de S. M. Expediente. **Serviços, programas e políticas de saúde mental orientadas por Recovery e cidadania - panorama internacional - Parte II.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, [S. l.], v. 13, n. 36, p. i-ii, 2021.
- ✓ VASCONCELOS, E. M. (org). **Novos Horizontes em Saúde Mental:** análise de conjuntura, direitos humanos e protagonismo de usuários (as) e familiares. São Paulo: Hucitec Editora, 2021.

As limitações desta estratégia de busca realizada consistem no fato de que, em primeiro lugar, não houve o registro da quantidade de exclusão de estudos por cada critério definido, o que torna obscuro como de fato esse processo ocorreu na seleção da literatura disponível. Ainda, a preferência por artigos em relação à literatura cinza ignorou o perfil das produções científicas brasileiras que é, por outro lado, muito desenvolvida em banco de teses e dissertações. Por fim, outro ponto a ser atentado é o de que importantes estudos publicados na literatura de língua inglesa, mas que dissertam sobre *Recovery* no contexto da saúde mental brasileira não foram incluídos, como, por exemplo, os listados abaixo:

- ✓ BELLAMY, C., REIS, G., RESTREPO, M., & COSTA, M. **About this Special Issue.** Advances in Mental Health Recovery: Practice and Research in Latin America and the World *Revista Iberoamericana De Psicología*, 14(2), I-III. 2021.
- ✓ VASCONCELOS, Eduardo Mourão; DESVIAT, Manuel. **Empowerment and recovery in the mental health field in Brazil:** Socio-historical context, cross-national aspects, and critical considerations. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, v. 20, n. 3, p. 282-297, 2017.
- ✓ ONOCKO CAMPOS, R. et al. **Recovery, citizenship, and psychosocial rehabilitation:** a dialog between Brazilian and American mental health care approaches. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, n. 20, v. 3, p. 311-326, Nov. 2017.

Estágio 4: “Charting” ou mapeamento

Neste estágio, os textos completos foram lidos e uma síntese dos resultados foi produzida apresentando o título, os autores, o ano de publicação e a instituição proponente. Esta ferramenta de síntese foi conceituada por Arksey e O’Malley (2005) e denominada mapeamento:

[...] uma técnica de síntese e interpretação qualitativa ao filtrar, representar em gráficos, e classificar o material, de acordo com temas e aspectos chaves, processo similar a conotação do termo adotado (ARKSEY e O’MALLEY, 2005, p. 26, *apud* RITCHIE e SPENCER, 1994).⁶

O mapeamento envolve o desenvolvimento de um quadro geral sobre as descobertas realizadas na revisão, demonstrando os resultados de uma maneira compreensível e acessível aos leitores. Para tanto, escolhas substanciais quanto à distribuição geográfica dos estudos, ano e instituição, desenho, métodos de pesquisa e população, foram tomadas a fim de selecionar as informações relevantes para o estudo proposto aqui. Ademais, estudos com metodologias semelhantes fomentaram perspectivas comuns sobre o *Recovery* na saúde mental brasileira, que foram agrupadas em eixos temáticos a fim de estabelecer possíveis comparações entre os diferentes pontos de vista metodológicos sobre o *Recovery*.

Estágio 5: Coletar, sintetizar e reportar os resultados obtidos

A revisão por *scoping* procura apresentar um quadro geral do material revisado e a forma como os resultados são apresentados é aspecto primordial. A síntese, tal como proposta por esta metodologia, se distingue do sentido adotado em revisões sistemáticas pelo seu enfoque nos aspectos qualitativos da análise. Ademais, este tipo de revisão acessa um recorte menor da literatura nos seus resultados finais, porém permite comparações mais aprofundadas e de sentido e temas (ARKSEY e O’MALLEY, 2005). Para tanto, desenvolvemos gráficos e tabelas para a apresentação dos estudos selecionados a partir dos seguintes recortes:

I. Análise quantitativa da distribuição geográfica dos estudos, ano e instituição (Tabela I; Gráfico I e II).

⁶ “[...] a technique for synthesizing and interpreting qualitative data by sifting, charting and sorting material according to key issues and themes, a similar process to the one we adopted hence we have borrowed the term” (ARKSEY e O’MALLEY, 2005, p. 26, *apud* RITCHIE e SPENCER, 1994).

II. Desenho, métodos de pesquisa e população (Tabela II).

III. Temas (Tabela II em azul)

RESULTADOS

Eixo I- Análise quantitativa-descritiva

Título	Autores	Ano	Instituição Proponente⁷
Recovery: revisão sistemática de um conceito.	BACCARI, I.; CAMPOS-ONOCKO, R.; STEFANELLO, S.	2015	UNICAMP
Paradigma do Recovery como orientador de políticas e práticas em saúde mental.	CORRADI-WEBSTER, C. M.	2018	USP (RP)
Recovery como estratégia para avançar a reforma psiquiátrica no Brasil.	COSTA, M. N.	2017	UFSC
Recovery: O desvelar da práxis e a construção de propostas para aplicação no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil.	OLIVEIRA, W.	2017	UFSC
Recovery e a Experiência Brasileira na Atenção Psicossocial: diálogos e aproximações.	SILVEIRA, A., et al.	2017	UE MONTES CLAROS
As abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e Recovery (recuperação, restabelecimento) em saúde mental I: Uma apresentação história e conceitual	VASCONCELOS, E.	2017	UFRJ

⁷ UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas); USP (RP) (Universidade Estadual de Ribeirão Preto); UFSC (Universidade Estadual de Santa Catarina); UE MONTES CLAROS (Universidade Estadual de Montes Claros); UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro); UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais); UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo); FURG (Universidade Federal do Rio Grande do Sul- Campus Carreiros); UFPEL (Universidade Federal de Pelotas); UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul); UFSM (Universidade Federal de Santa Maria); UFF (Universidade Federal Fluminense); UFBA (Universidade Federal da Bahia); UFCE (Universidade Federal do Ceará); UNIJUI (Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul); UFMA (Universidade Federal do Maranhão); UFPB (Universidade Federal da Paraíba); UNB (Universidade de Brasília); UFPB (Universidade Federal da Paraíba); UEPA (Universidade Estadual do Pará); UFPR (Universidade Federal do Paraná).

para o leitor brasileiro.			
As Abordagens Anglo-Saxônicas de Empoderamento e Recovery (Recuperação, Restabelecimento) em Saúde Mental II: Uma apresentação histórica e conceitual para o leitor brasileiro.	VASCONCELOS, E.	2017	UFRJ
Recovery: Ambiguidades e Confrontações.	VENTURINI, E.; S. GOULART, B.	2017	UFMG
Superação em Esquizofrenia: relato de casos	ANDRADE, M.	2019	UNIFESP
Ouvir vozes: um estudo netnográfico de ambientes virtuais para ajuda mútua	BARROS, O. C.; SERPA JR., O.	2017	UFRJ
Valorizando as experiências pessoais, dialogando com as vozes e possibilitando o convívio: relatos de Ron Coleman.	BRUM, A. N., et al.	2018	FURG, UFPEL, UFRGS
Colaborando na Trajetória de Superação na Saúde Mental.	CORRADI-WEBSTER, C. M., et al.	2018	USP (RP)
Ouidores de vozes: uma revisão sobre o sentido e a relação com as vozes.	COUTO, M. L.; KANTORSKI, L. P.	2019	UFPeI
O papel do projeto " Comunidade Fala" no empoderamento e Recovery de usuários dos serviços de saúde mental.	COSTA, E.; OLIVEIRA NOAL, M. H.	2017	UFSM
Ouidores de vozes: relações com as vozes e estratégias de enfrentamento.	KANTORSKI, L. P., et al.	2018	UFPeI
"Anjos de uma Asa Só": processos de superação da esquizofrenia em um grupo de ajuda mútua.	MIRANDA, P. A.; PIMENTEL, A. F..	2014	UNIFESP
I Congresso Nacional de Ouidores de Vozes no Brasil na perspectiva dos seus protagonistas	GUEDES, A.C., et al.	2017	UFPEL

Experiência, Narrativa e Intersubjetividade: o processo de restabelecimento (“Recovery”) na perspectiva de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial.	DAHL, C.	2012	UNICAMP, UFRJ, UFF, UFBA
Estratégias de educação em saúde, no processo Recovery da esquizofrenia, em um centro de atendimento psicossocial de Iju-RS	FORSCHESATTO, A.	2016	UNIJUI
O processo de reestabelecimento na perspectiva de pessoas com diagnóstico de transtornos do espectro esquizofrênico e de psiquiatras na rede pública de atenção psicossocial.	LOPES, T. S., et al.	2012	UNICAMP; UFRJ
As redes sociais na perspectiva de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia em tratamento em um CAPS de Campinas e as implicações no Recovery.	MONTANHER, M.; LEAL, E.	2014	UNICAMP, UFRJ,UFF,UFBA
Insight na perspectiva de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia em tratamento em centros de atenção psicossocial	PEREIRA, M.; LEAL, E.	2017	UNICAMP, UFRJ, UFF,UFBA
Entre serviços e experiências de adoecimento: narrativas e possibilidades de Recovery em saúde mental.	RICCI, E. C.	2017	UNICAMP
Sobre mudar de lugar e produzir diferenças – A voz dos usuários de serviços públicos de saúde mental.	CATRO E MARQUES, C.; PALOMBINI, A.	2013	UNICAMP, UFF ,UFRGS
Participação de Usuários da Saúde Mental em Pesquisa : a trajetória de uma associação de usuários Participação de Usuários da Saúde Mental em Pesquisa : a trajetória de uma associação de usuários.	DIMOV, T.	2016	UNICAMP, UFF, UFCE, UFRJ
Grupo de trabalho Recovery: Um olhar para si	NASCIMENTO, N. S., et al.	2017	UNICAMP

Da prescrição à escuta: efeitos da gestão autônoma da medicação em trabalhadores da saúde	SANTOS, D. V., et al.	2019	UFPR, UNICAMP
Direitos na loucura: O que dizem usuários e gestores dos centros de atenção psicossocial (CAPS).	EMERICH, B. F., et al.	2014	UNICAMP, UFF
A gestão autônoma da medicação numa experiência com usuários militantes da saúde mental.	GONÇALVES, L.	2013	UNICAMP, UFRJ, UFF, UFRGS
Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação.	GONÇALVES, L.; ONOCKO-CAMPOS, R.	2017	UFMA, UNICAMP
Relações entre pesquisa e clínica em estudos em cogestão com usuários de saúde mental.	PALOMBINI, A., et al.	2013	UNICAMP, UFRGS
Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM).	PASSOS, E. et al.	2013	UNICAMP, UFF
Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental.	PASSOS, E; PALOMBINI, A.; CAMPOS-ONOCKO, R.	2013	UNICAMP, UFF, UFRGS
Participação de usuários de serviços de saúde mental em pesquisas: um olhar a partir dos conceitos de empowerment e Recovery	PRESSOTTO, R. F.	2013	UNICAMP, UFRJ
Repercussões da Gestão Autônoma para usuários de um Centro de Atenção Psicossocial	SANTOS, D.	2018	UFPB
Recovery: É possível cuidar nesta perspectiva em um hospital psiquiátrico.	SILVERIO, L.; TAVARES, C.	2017	UFF
"Nada por nós sem nós": lições sobre autonomia e cuidado com pessoas internadas em sofrimento psíquico.	SILVERIO, L.	2017	UFF
EscreverCOM: uma experiência ético-política de pesquisa.	SILVEIRA, M.; PALOMBINI, A., et al.	2014	UNICAMP, UFF, UFRGS
Relatos de Experiências em Recovery: usuários como tutores, familiares como cuidadores-pesquisadores, e efeitos dessas práticas em docentes e pesquisadores em saúde mental	SERPA JR., O. D., et al.	2017	UFRJ

Plano Pessoal de Ação para Bem-Estar e Recovery: experimentando o WRAP no Brasil.	GRIGOLO, TA et al.	2017	UFSC
O uso de diários virtuais como estratégia de Recovery para o encontro tu e eu.	QUINTO, W.; SILVA, M. de N.	2019	U.E PARÁ, UNB
Reabilitação psicossocial e Recovery: conceitos e influências nos serviços oferecidos pelo sistema de saúde mental	ANASTACIO, C.; FURTADO, J.	2012	UNIFESP
Avaliação de serviços em saúde mental: validação da versão para trabalhadores de instrumento de avaliação em Recovery.	PEREIRA, M.	2019	UNICAMP
Validação da Recovery Assessment Scale (RAS) no Brasil para avaliar a capacidade de superação das pessoas com esquizofrenia	SILVA, T. R., et al.	2017	UNIFESP
Suporte Intrapares no contexto de uma pesquisa clínica: dificuldades, facilitadores e experiências significativas do processo de trabalho.	DAHL, C. M., et al.	2017	UFRJ
Manual de Ajuda e Suporte Mútuos em Saúde Mental	VASCONCELOS, E.; BRAZ, R.; LORENZO, R. REIS, T.	2013	UFRJ
Cartilha [de] Ajuda e Suporte Mútuos em Saúde Mental: para participantes de grupos.	VASCONCELOS, E. M., et al	2013	UFRJ

Figura 5: Tabela dos estudos selecionados quanto às Autoras (es), Ano, Instituição Proponente

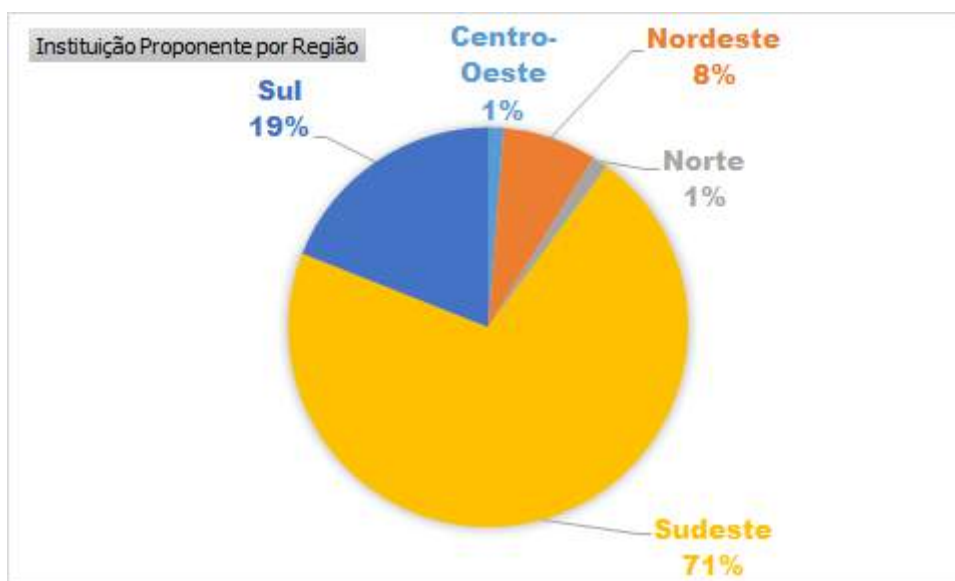


Figura 6: Distribuição dos estudos por Instituições proponentes por região⁸.

O maior financiamento dos estudos sobre *Recovery* no Brasil encontra-se na região sudeste, onde localizam-se 71% das instituições públicas proponentes. Em contrapartida, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste têm um envolvimento mínimo com a fomentação do *Recovery* no campo da saúde mental brasileira, com 1%, 8%, e 1%, respectivamente. 19% das instituições proponentes dos estudos estão na região Sul, destacando o eixo sul-sudeste como a maior base de fomento da temática.

O Centro irradiador das pesquisas em *Recovery* no Brasil é liderado pela UNICAMP, que publicou dezenove estudos até 2019. UFF e UFRJ colaboraram, respectivamente, com doze e quatorze dos estudos selecionados. A UFRGS também se destacou no envolvimento com seis dos trabalhos. Ademais, a UNIFESP, UFSC, UFBA, UFPel fomentaram em torno de quatro estudos cada. A USP de Ribeirão Preto desenvolveu dois estudos; UFMG, UE PARÁ, UNB, FURGS, U.E PARA, UFCE, UFMA, UFMG, UFPB, UFPR, UFSM, UNB, UNIJUI apenas um cada.

⁸ Região Sudeste: UNICAMP, UNIFESP, UFRJ, UFF, USP (RP), UFMG, UEMC. Região Sul: FURGS, UFPel, UFPR, UFRGS, UFSC, UFSM, UNIJUI. Região Nordeste: UFBA, UFCE, UFMA, UFPB. Região Centro-Oeste: UNB. Região Norte: UEPA.

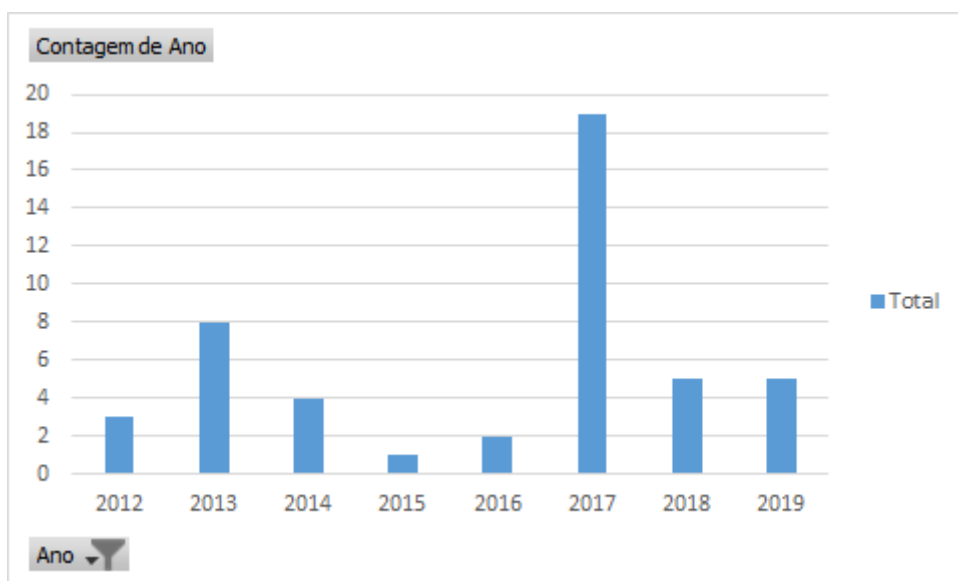


Figura 7: Contagem dos anos de publicação dos estudos selecionados.

A maior concentração de publicação aconteceu no ano de 2017 com um total de dezenove estudos, período no qual a revista *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* publicou uma edição especial/dossiê sobre *Recovery* na saúde mental. O segundo ano com maiores publicações foi 2013, com nove estudos, quando aconteceram dois projetos multicêntricos sobre a temática. O restante variou de três a cinco artigos publicados entre os anos de 2012 e 2019, sendo 2016 o ano com o menor número de publicações.

Após a leitura inicial de todos os estudos selecionados, pudemos verificar que não há um consenso entre as palavras-chave sobre a temática do *Recovery* no campo da saúde mental brasileira. Isso demonstra que é um campo que ainda carece de definições para a solidificação e estabelecimento da abordagem. Tal fato complexificou a investigação dos estudos selecionados, visto que os descritores como *Recovery* e *Saúde Mental* não endereçavam às principais pesquisas. Contudo, essa lacuna sinalizou que o conceito *Recovery* é plural na medida em que oferece um campo metodológico diverso, e engloba diferentes sentidos e possibilidades de intervenção.

Deste modo, os estudos foram agrupados a partir das perspectivas comuns sobre o que procuravam explorar do *Recovery* para o campo da Saúde Mental brasileira. Tais sentidos foram reunidos em seis eixos temáticos (Figura 8), nos quais as palavras-chave indicavam concordância na interpretação do *Recovery*, como em sua tradução, compondo o Paradigma do *Recovery*; Processo de Superação/Reestabelecimento de pessoas portadoras de esquizofrenia;

Guia Gam/ Cogestão; Instrumentos avaliativos em Recovery (RAS-R); Instrumento de Bem-Estar; Grupos de Ajuda e Suporte Mútuo.

Eixo II- Análise qualitativa- descritiva

Título	Metodologia	População do Estudo	Palavras-chave
Paradigma do Recovery.			
Recovery: revisão sistemática de um conceito.	Revisão Bibliográfica Sistemática.	X	Modelos/Teorias de Psiquiatria; Reabilitação; Projetos de pesquisa e métodos; Relações Interdisciplinares; Questões sociais e política.
Paradigma do Recovery como orientador de políticas e práticas em saúde mental.	Revisão Bibliográfica (não-sistemática).	X	X
Recovery como estratégia para avançar a reforma psiquiátrica no Brasil.	Revisão Bibliográfica (não-sistemática).	X	Recovery; Movimento Recovery; Reforma Psiquiátrica; Transtorno Mental; Reabilitação Psicossocial.
Recovery: O desvelar da práxis e a construção de propostas para aplicação no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil.	Revisão Bibliográfica (não-sistemática).	X	Recovery; Atenção Psicossocial; Teoria dos cinco R's.
Recovery e a Experiência Brasileira na Atenção Psicossocial: diálogos e aproximações.	Revisão Bibliográfica.	X	Recovery; Restabelecimento; Sofrimento Psíquico; Atenção Psicossocial; Reforma Psiquiátrica.
As abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e Recovery (recuperação, restabelecimento) em saúde mental I: Uma apresentação história e conceitual para o leitor brasileiro.	Revisão bibliográfica e relato de experiência.	X	Empoderamento; Recovery; Saúde mental; Reabilitação psicossocial; Reforma psiquiátrica.

As Abordagens Anglo-Saxônicas de Empoderamento e Recovery (Recuperação, Restabelecimento) em Saúde Mental II: Uma apresentação histórica e conceitual para o leitor brasileiro.	Revisão bibliográfica e relato de experiência.	X	Empoderamento; Recovery; Saúde Mental; Reabilitação Psicossocial; Reforma Psiquiátrica.
Recovery: Ambiguidades e Confrontações.	Revisão Bibliográfica (não-sistemática).	X	Recovery; Franco Basaglia; Saúde Mental; Psiquiatria Democrática; Cidadania.
Processo de Superação em Esquizofrenia.			
Superação em Esquizofrenia: relato de casos	Resenha de livro.	X	Esquizofrenia; Recovery; Estigma.
Ouvir vozes: um estudo netnográfico de ambientes virtuais para ajuda mútua	Netnografia.	Pessoas que ouvem vozes nas mídias sociais da <i>Intervoice</i> .	Ouidores de vozes; Ajuda mútua; Mídia e Redes sociais.
Valorizando as experiências pessoais, dialogando com as vozes e possibilitando o convívio: relatos de Ron Coleman.	Relato de Experiência (entrevista narrativa).	X	Saúde mental; Ouvir vozes; Vozes.
Colaborando na Trajetória de Superação na Saúde Mental.	Relato de Experiência: estudo qualitativo participativo.	Doze a vinte participantes: ouvidores de vozes (experts pela experiência); profissionais/estudantes (experts pela profissão); comunidade de interesse.	Saúde mental; Superação; Ouidores de Vozes.
Ouidores de vozes: uma revisão sobre o sentido e a relação com as vozes.	Revisão sistematica da literatura.	X	Saúde mental; Alucinações Auditivas; Psicose, Ouidores de Vozes; Relação com as vozes.
O papel do projeto "Comunidade Fala" no empoderamento e Recovery de usuários dos	Estudo Qualitativo (análise de conteúdo temática categorial).	Seis participantes do Projeto Comunidade Fala.	Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Empoderamento; Recovery.

serviços de saúde mental.			
Ouvidores de vozes: relações com as vozes e estratégias de enfrentamento	Estudo Qualitativo (Entrevista Estruturada de Maastricht).	Ouvidores que frequentavam serviços de saúde mental, ouvidores que não eram acompanhados pelos serviços, cinco mulheres e três homens, com idade entre 40 e 55 anos.	Psiquiatria; Esquizofrenia; Alucinações.
"Anjos de uma Asa Só": processos de superação da esquizofrenia em um grupo de ajuda mútua.	Estudo Qualitativo Exploratório.	Oito participantes do Grupo de Acolhimento da Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia – ABRE.	Esquizofrenia, Superação, Empoderamento, Ajuda mútua.
I Congresso Nacional de Ouvidores de Vozes no Brasil na perspectiva dos seus protagonistas	Estudo Qualitativo Descritivo.	Oito organizadores do evento.	Saúde mental; Terapêutica; Impacto psicossocial; Sistemas de apoio psicossocial.
Processo de Reestabelecimento em Esquizofrenia.			
Experiência, Narrativa e Intersubjetividade: o processo de restabelecimento (“recovery”) na perspectiva de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial.	Estudo qualitativo multicêntrico (fenomenologia-interpretativa).	Dezoito usuários (Salvador, Campinas e Rio de Janeiro).	Acontecimentos que mudam a vida; Narração, Esquizofrenia, Reabilitação, Serviços comunitários de saúde mental.
Estratégias de educação em saúde, no processo Recovery da esquizofrenia, em um centro de atendimento psicossocial de Ijuí-RS	Estudo Qualitativo descritivo-transversal.	Dezessete usuários com diagnóstico de esquizofrenia nos grupos de intervenção psicossocial Centro de Atendimento Psicossocial de Ijuí – CAPS COLMÉIA do município de Ijuí.	Esquizofrenia; Recovery; Educação.

O processo de restabelecimento na perspectiva de pessoas com diagnóstico de transtornos do espectro esquizofrênico e de psiquiatras na rede pública de atenção psicossocial.	Estudo Qualitativa multicêntrico(fenomenologia-interpretativa).	Dezoito usuários e nove psiquiatras (Salvador, Campinas e Rio de Janeiro).	Reestabelecimento; Experiência do adoecimento; Narrativa; Esquizofrenia; Serviços comunitários de saúde mental
As redes sociais na perspectiva de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia em tratamento em um CAPS de Campinas e as implicações no recovery.	Estudo Qualitativo multicêntrico(fenomenologia-interpretativa)	Dezesseis usuários do CAPS: sete do Rio Janeiro, quatro de Campinas e cinco de Salvador.	Esquizofrenia; Experiência do Adoecimento; Redes Sociais; Reestabelecimento; Saúde Mental.
Insight na perspectiva de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia em tratamento em centros de atenção psicossocial	Estudo Qualitativo multicêntrico(fenomenologia-interpretativa)	Quatro usuários do CAPS da cidade de Campinas/SP.	Saúde Mental. Autopercepção. Experiência de adoecimento. Recovery. Reforma Psiquiátrica.
Entre serviços e experiências de adoecimento: narrativas e possibilidades de recovery em saúde mental.	Estudo Qualitativo Multicêntrico (fenomenologia hermenêutica e observação participante).	Dezesseis usuários do CAPS (Rio de Janeiro, Salvador e Campinas).	Experiência do Adoecimento. Esquizofrenia. Cotidiano. Recovery. Serviços de Saúde Mental.
Guia GAM e Cogestão.			
Sobre mudar de lugar e produzir diferenças – A voz dos usuários de serviços públicos de saúde mental.	Estudo Qualitativo Multicêntrico (cartografia)	Pesquisadores e usuários do grupo de intervenção Guia GAM- Br.	Saúde mental; Atenção Psicossocial; Participação.
Participação de Usuários da Saúde Mental em Pesquisa : a trajetória de uma associação de usuários Participação de Usuários da Saúde Mental em Pesquisa : a trajetória de uma associação de usuários.	Estudo Qualitativo Multicêntrico (ação-participativa).	Usuários da AFLORE, Comitê Cidadão, pesquisadores do ARUCI-SMC, trabalhadores da AFLORE.	Pesquisa Ação Participante; Paridade Participativa; Participação Cidadã; Saúde Mental.
Grupo de trabalho Recovery: Um olhar para si.	Relato de experiência:estudo qualitativo	Integrantes do grupo Interfaces: pesquisadores, pessoas	Recovery. Relato de Experiência sobre Adoecimento. Grupo de

	multicêntrico participativo.	com experiência de adoecimento mental e seus familiares.	Trabalho. Saúde Mental.
Da prescrição à escuta: efeitos da gestão autônoma da medicação em trabalhadores da saúde	Estudo Qualitativo Participativo (intervenção de caráter socioanalítico e abordagem hermenêutica).	Sessenta e um trabalhadores provenientes de onze serviços de saúde (cinco Caps, quatro Unidades Básicas de Saúde de Campinas e duas de Amparo)	Serviços de Saúde Mental; Tomada de Decisões; Autonomia Pessoal; Psicotrópicos; Gestão Autônoma da Medicação
Direitos na loucura: O que dizem usuários e gestores dos centros de atenção psicossocial (CAPS).	Estudo Qualitativo Multicêntrico (intervenção-participativa)	Usuários e gestores do Guia GAM-Br.	Saúde Mental; Autonomia; Direitos Humanos. Psiquiatria; Pesquisa qualitativa.
A gestão autônoma da medicação numa experiência com usuários militantes da saúde mental.	Estudo Qualitativo Multicêntrico (avaliação-participativa).	Sete usuários moradores do município de Campinas.	Saúde mental; Participação cidadã; Autonomia pessoal.
Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação.	Estudo Qualitativo Participativo.	Sete usuários de CAPS, com transtorno mental grave e com história de participação política no campo da saúde mental.	Serviços de Saúde Mental; Uso de Medicamentos; Participação Cidadã; Autonomia Pessoal.
Relações entre pesquisa e clínica em estudos em cogestão com usuários de saúde mental.	Estudo Qualitativo multicêntrico (intervenção-participativa).	Usuários- participantes do G1 do Guia GAM-Br.	Pesquisa intervenção; Clínica ampliada; Cogestão; Saúde mental.
Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM).	Estudo Qualitativo Multicêntrico (intervenção - participativa).	Usuários- participantes do G1 do Guia GAM-Br.	Saúde Mental; Autonomia; Cogestão
Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental.	Relato de experiência: estudo Qualitativo Multicêntrico (intervenção-participativa).	Pesquisadores, trabalhadores ou usuários da Aliança de Pesquisa ARUCI e Guia GAM-Br.	Clínica; Participação; Direito dos usuários.
Participação de usuários de serviços de saúde mental em pesquisas: um olhar a partir dos conceitos de	Estudo Qualitativo multicêntrico (intervenção-participativa).	Oito usuários, dois pesquisadores, dois estudantes e um profissional da equipe (Novo Hamburgo);	Participação Cidadã; Participação Comunitária; Participação Social; Sistema Único de Saúde;

empowerment e recovery.		nove usuários, residentes de psiquiatria e três pesquisadores, um profissional da equipe (Rio de Janeiro);	Saúde Mental.
Repercurssões da Gestão Autônoma para usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.	Estudo Qualitativo Multicêntrico (observação-participante).	Vinte e sete usuários de saúde mental	Autonomia pessoal; Serviços comunitários de saúde mental; Transtorno Mental; Educação em Saúde; Enfermagem.
Recovery: É possível cuidar nesta perspectiva em um hospital psiquiátrico.	Estudo Qualitativo (abordagem sociopoética e observação participante).	Quinze pacientes que estiverem internados no período.	Empoderamento; Recovery; Enfermagem Psiquiátrica; Saúde Mental.
"Nada por nós sem nós": lições sobre autonomia e cuidado com pessoas internadas em sofrimento psíquico.	Estudo Qualitativo (abordagem sociopoética).	Grupo-pesquisador (GP) composto por oito pessoas internadas em sofrimento psíquico (copesquisadores).	Poder; Enfermagem psiquiátrica; Saúde mental.
EscreverCOM: uma experiência ético-política de pesquisa.	Relato de Experiência: Estudo Qualitativo Multicêntrico (participativo).	Usuários e pesquisadores do Guia GAM- Br	PesquisarCOM; Escrever; Metodologia de pesquisa.
Relatos de Experiências em Recovery: usuários como tutores, familiares como cuidadores-pesquisadores, e efeitos dessas práticas em docentes e pesquisadores em saúde mental.	Relato de Experiência: autoetnografia.	Doze usuários (A voz dos Usuários); grupo Familiares Parceiros do Cuidado.	Saúde Mental; Recovery; Usuários e Familiares como Tutores e Pesquisadores; Atenção Psicossocial; Autoetnografia.
Intrumento de Plano Bem-Estar.			
Plano Pessoal de Ação para Bem-Estar e Recovery: experimentando o WRAP no Brasil.	Estudo qualitativo (avaliação-participativa).	Treze usuários de um CAPS do município de Florianópolis	Recovery; Saúde Mental; WRAP; Bem-estar; Metodologias; Usuários.
O uso de diários virtuais como estratégia de recovery para o encontro tu e eu.	Estudo qualitativo (fenomenologia-descritivo).	X	Tecnologia da Informação e Comunicação; Recovery; Saúde Mental.
Instrumentos Avaliativos em Recovery (RSA-R).			

Reabilitação psicossocial e recovery: conceitos e influências nos serviços oferecidos pelo sistema de saúde mental	Estudo qualitativo (avaliação-participativa)	Vinte e dois trabalhadores de diferentes CAPS III do Estado de São Paulo.	Reabilitação psicossocial; Recovery; Serviços de Saúde mental.
Avaliação de serviços em saúde mental: validação da versão para trabalhadores de instrumento de avaliação em Recovery.	Estudo Quanti-Quali (avaliação-participativa)	Duzentos trabalhadores de serviços de saúde mental da rede de atenção psicossocial do município de Campinas.	Estudos de Validação; Comparação Transcultural; Avaliação em Saúde; Recuperação da Saúde Mental.
Validação da Recovery Assessment Scale (RAS) no Brasil para avaliar a capacidade de superação das pessoas com esquizofrenia	Estudo Quanti-Quali (avaliação-participativa)	Grupo de doze pessoas com esquizofrenia.	Esquizofrenia; Atitude; Autonomia pessoal; Qualidade de vida.
Grupos de Ajuda e Suporte Mútuo			
Suporte Intrapares no contexto de uma pesquisa clínica: dificuldades, facilitadores e experiências significativas do processo de trabalho.	Estudo Qualitativo-interpretativo.	Cinco Parceiros do Cuidado.	Suporte Interpares; Narrativas Pessoais; Recuperação; Saúde Mental.
Manual de Ajuda e Suporte Mútuos em Saúde Mental	Documento (Manual)	Membros do Projeto de Ajuda Mútua - Transversões (UFRJ)	X
Cartilha [de] Ajuda e Suporte Mútuos em Saúde Mental: para participantes de grupos.	Documento (Cartilha)	Membros do Projeto de Ajuda Mútua - Transversões (UFRJ)	X

Figura 8: Estudos selecionados quanto à Metodologia (s), Grupo Populacional, Palavras-chave.

Dos quarenta e sete estudos analisados, dez estudos são revisões bibliográficas; uma resenha de livro; um relato de experiência; trinta e seis estudos qualitativos (dezessete estudos multicêntricos participativos; três estudos descritivos; dois métodos mistos; quatorze estudos qualitativos participativos). Setenta e cinco por cento dos estudos sobre Recovery no Brasil envolve metodologias qualitativas participativas, todas elas com população de estudo, com exceção de um estudo qualitativo. Seis estudos foram encontrados na literatura cinza (duas dissertações e quatro teses de doutorado), o restante são publicações em revistas científicas (indexadas ou revisadas por pares).

De forma geral, a palavra-chave mais usada entre as pesquisas selecionadas foi *Saúde Mental*, seguida de *Recovery* mantida em seu original. Os estudos que discutiram sobre o Paradigma do *Recovery* (nove estudos), tiveram maior incidência de descritores como *Reabilitação Psicossocial ou Atenção Psicossocial; Reforma Psiquiátrica e Empoderamento*. As pesquisas sobre Superação em Esquizofrenia (nove estudos) empregaram palavras de como *Ouvir/Ouvidores de Vozes; Esquizofrenia; Superação*. No eixo temático sobre Reestabelecimento em Esquizofrenia (seis estudos) se evidenciaram palavras como *Esquizofrenia, Reestabelecimento; Experiência de Adoecimento*. Guia Gam e Cogestão (dezesseis estudos) salientaram palavras como *Participação Cidadã; Autonomia Pessoal; Cogestão*. Apenas dois estudos utilizaram a tradução literal (*Recuperação*).

É importante salientar que as alianças internacionais foram fundamentais para o fomento das pesquisas, experimentações e projetos-piloto do *Recovery* no campo da Saúde Mental brasileira. O *Yale Program for Recovery and Community Health (PRCH)* contribuiu para a introdução do *Recovery* no Brasil por meio de visitas técnicas e intercâmbios de pesquisas realizadas por profissionais/pesquisadores da área; fomentando os estudos sobre o Paradigma do *Recovery* e implementação de projetos-piloto como os Grupos de Ajuda e Suporte Mútuo no Rio de Janeiro.

É importante salientar que as alianças internacionais foram fundamentais para o fomento das pesquisas, experimentações e projetos-piloto do *Recovery* no campo da Saúde Mental brasileira. O *Yale Program for Recovery and Community Health (PRCH)* contribuiu para a introdução do *Recovery* no Brasil por meio de visitas técnicas e intercâmbios de pesquisas realizadas por profissionais/pesquisadores da área; fomentando os estudos sobre o Paradigma do *Recovery* e implementação de projetos-piloto como os Grupos de Ajuda e Suporte Mútuo no Rio de Janeiro.

A aliança Brasil/Canadá sob um programa de pesquisa do Conselho de Pesquisa em Ciências Humanas do Canadá (CRSH/SSHRCC) teve por objetivo desenvolver projetos entre universidades e atores da comunidade. No Brasil, teve início em 2009, a partir da proposta da ARUCI Saúde Mental e Cidadania (ARUCI-SMC) que desenvolveu a estratégia do Guia Gestão Autônoma de Medicação (GAM) e o Comitê Cidadão. Esta pesquisa multicêntrica envolveu aproximadamente 240 membros e mais de 40 projetos nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Bahia e Ceará (PASSOS, et al., 2013).

Deste modo, muitos estudos foram fortemente influenciados por essas parcerias e perspectivas metodológicas, desenvolvendo duas pesquisas qualitativas multicêntricas com início em 2013. A primeira envolveu UFRJ, UNICAMP, UFF, UFBA sobre a temática de Restabelecimento em Esquizofrenia, empregando majoritariamente a metodologia fenomenológica-interpretativa. A segunda envolveu UNICAMP, UFF, UFRJ, UFRGS sobre a adaptação do Guia de Gestão Autônoma de Medicação (GAM) e a Estratégia Cogestiva nas pesquisas em Saúde mental, a partir de metodologias colaborativas.

Ademais, destacam-se projetos, instrumentos e estratégias que foram implementadas no campo da saúde mental brasileira:

1. Projetos Familiares Parceiros de Cuidado (2011) no Rio de Janeiro apoiado pelo Núcleo de Pesquisa em Política Pública de Saúde Mental (NUPPSAM).
2. Grupos de Ajuda e Suporte Mútuo (2013) produzindo documentos como Manual de Defesa dos Usuários e Familiares, Cartilha e Manual de Ajuda e Suporte Mútuos, vinculados ao Projeto Transversões (UFRJ).
3. Projeto ARUCI-SMC em Campinas (SP) desenvolveu o projeto Comitê Cidadão e a adaptação do Guia da Gestão Autônoma (Guia Gam-Br) (2013).
4. Projeto Comunidade Fala (2015) em São Paulo, Rio de Janeiro e Santa Maria (RS). Relacionados com o movimento Ouvidores de Vozes (2015).
5. Validação do instrumento *Recovery Assessment Scale* (RAS) (UNIFESP/ UNICAMP) (2017-2019).
6. Tradução e Adaptação do Plano de Bem-Estar Social (WRAP) (UFSC) (2017).

Eixo III: Análise qualitativa.

Neste eixo, descrevemos os principais temas desenvolvidos nas pesquisas brasileiras sobre o *Recovery* (Figura 8):

Paradigma do *Recovery*

Nove estudos selecionados ampliam a discussão teórico-científica sobre o conceito do *Recovery*, e suas possibilidades com o campo da saúde mental brasileira. Tais ensaios são revisões bibliográficas sistemáticas, não sistemáticas, e com relato de experiência, oriundas de intercâmbios norte-americanos.

Processo de Superação/Reestabelecimento de pessoas portadoras de esquizofrenia.

Quinze estudos selecionados se inserem no arcabouço teórico-metodológico do *Recovery* sobre a condição esquizofrênica (HARDING et al., 1986; DAVIDSON, 2003). Elas expandem o conhecimento científico sobre a doença mental, na medida em que reconhecem que ausência de sintomas não é sinal de cura, um dos princípios centrais da Abordagem *Recovery*. Dentre elas, constituem estudos qualitativos multicêntricos (fenomenologia-interpretativa), relatos de experiência, estudo qualitativo–descritivo, estudo qualitativo–exploratório, revisão sistemática da literatura.

Seis dos estudos traduzem *Recovery* enquanto um processo de *reestabelecimento*, e procuram apresentar modelos de cuidado mais sensíveis à experiência de adoecimento dos usuários, avançando para uma dimensão conceitual sobre os sentidos acerca do fenômeno saúde-doença-cuidado. A perspectiva fenomenológica adotada nos estudos é uma base alternativa para as correntes hegemônicas da psiquiatria e consonante com os conceitos do *Recovery*.

Nove dos estudos elencados por essa pesquisa compreendem o processo de estar em *recovery* como *superação*. Dissertam sobre o paradigma *Recovery* no campo pessoal (*personal recovery*), e apresentam experiências de grupos de ajuda-mútua e a perspectiva do movimento Ouvidores de Vozes no Brasil. A discussão sobre o termo “*superação*” advém de uma ampliação do conceito discutida pelos usuários e familiares, ativistas, e também no sentido pessoal de *overcome*.

Guia GAM/ Cogestão

Dezesseis estudos incluíram a participação dos usuários de saúde mental no ciclo de produção do conhecimento. A partir de metodologias participativas buscou-se implementar as perspectivas dos usuários na ampliação de novas práticas e concepções sobre o adoecimento psíquico. Tais pesquisas possibilitaram o envolvimento dos usuários em um processo

colaborativo entre o seu serviço de referência e pesquisadores de saúde mental, culminando nas estratégias de cogestão para a formulação do conhecimento.

Dentre elas, foi desenvolvido o instrumento para qualificação da utilização de psicofármacos Guia GAM-BR, como apoio aos indivíduos para serem agentes ativos do seu próprio uso da medicação. Sob o título “*Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos -- GAM-BR*” o projeto multicêntrico desenvolveu em torno de onze pesquisas qualitativas participativas que discutem os efeitos e desdobramentos do dispositivo GAM para o campo da saúde mental brasileira.

Instrumentos avaliativos em *Recovery* (RAS-R)

Três estudos abordaram metodologias avaliativas de políticas públicas em saúde mental. Dentre eles, dois estudos realizaram a adaptação transcultural e validação de instrumentos referentes ao *Recovery* para o campo da saúde mental brasileira (*Recovery Assesment Scale-RAS*); o estudo de Silva (2017) foi desenhado para mensurar o processo individual de *Recovery* em esquizofrenia, e o estudo de Pereira (2019) para acessar o nível de orientação por *Recovery* de uma política pública ou serviço de saúde mental. Anastácio e Furtado (2012) executaram a aplicação de um questionário para identificar a “orientação por *Recovery*” entre os trabalhadores de um serviço de saúde mental.

Instrumento de Plano de Bem-Estar

Dois estudos qualitativos participativos desenvolveram metodologias para o acompanhamento e planejamento do cotidiano dos usuários de saúde mental como estratégia de identificar e potencializar nos usuários suas próprias forças, capacidades e interesses.

O estudo de Grigolo et al. (2017) sistematizou o Plano Pessoal de Ação para Bem-Estar e *Recovery* (*The Wellness Recovery Action Plan*) para os usuários de saúde mental. O estudo de Quinto et al. (2019) realiza a caracterização e testagem do diário virtual denominado *Daylio* como um recurso do processo de *Recovery*.

Suporte Mútuo e Grupo de Ajuda Mútua

Orientados por iniciativas norte-americanas, os grupos de ajuda mútua constituem espaços para a troca de experiências entre aqueles que vivem o cotidiano do sofrimento psíquico. Apoiam o processo de superação na medida que identificam e constroem nas pessoas suas próprias forças, recursos e pertencimento comunitário.

Dahl et al. (2017) analisam as narrativas pessoais sobre o suporte interpares nas políticas e serviços de saúde mental. No Brasil, o Projeto Transversões (Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro) sistematizou e publicou textos sobre as experiências de grupos de ajuda e suporte mútuos, e dois documentos importantes para abordagens psicossociais:

(1) Manual de Ajuda e Suporte Mútuos orientada para facilitadores, trabalhadores e profissionais em saúde mental.

(2) Cartilha de Ajuda e Suporte Mútuos em saúde mental para os participantes de grupos.

DISCUSSÃO

O status de usuário pode ser utilizado para minar suas opiniões, já que se afirma que uma pessoa não pode ser lógica e louca (ROSE, D., 2003, p.1, tradução minha)⁹.

O campo brasileiro da Saúde Mental tem predominância de evidências científicas qualitativas sobre quantitativas, e raramente métodos mistos são empregados. Poucas pesquisas qualitativas brasileiras são rigorosas na descrição dos métodos utilizados e se concentram apenas nos grandes centros de fomento do país, entre os estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul, e nas Universidades de regiões metropolitanas (UNICAMP, UFRJ, UFF, UFGRS). Este campo científico ainda carece de definições e categorias de linguagem para avançar o conhecimento. Os resultados desta revisão por *Scoping* demonstraram que uma das principais características das pesquisas em *Recovery* na saúde mental brasileira procura envolver a perspectiva de outros grupos populacionais na produção do conhecimento científico, com destaque para os usuários de saúde mental.

Nesta revisão não foi possível identificar um campo comum sobre a temática do *Recovery* com a devida consistência teórica. Primeiro, não há um consenso na tradução do termo *Recovery* (*Reestabelecimento*, *Superação* e *Recuperação*). Há grande polissemia e variabilidade nas definições empregadas para o termo (NAPOLI, 2017; MIRANDA et al., 2014; FORCHESATTO, 2016; LOPES et al., 2012; GONÇALVES, 2013; PASSOS et al., 2013; GRICOLO et al., 2017; PEREIRA, 2019; VASCONCELOS, 2013).

Concomitante a isso, tampouco há uma definição comum sobre os descritores principais e palavras-chave, dificultando o acesso a estudos por pesquisadores, profissionais e comunidade de interesse (*Reabilitação Psicossocial*; *Atenção Psicossocial*; *Reforma Psiquiátrica*; *Empoderamento*; *Ouvir/Ouvidores de Vozes*; *Esquizofrenia*; *Superação*; *Reestabelecimento*; *Experiência de Adoecimento*; *Participação Cidadã*; *Autonomia Pessoal*; *Cogestão*. *Narrativas Pessoais*; *Estudos de Validação*; *Usuários e Familiares como Tutores e Pesquisadores*; *PesquisarCOM*; *Poder*; *Enfermagem psiquiátrica*; *Transtorno Mental*; *Sistema Único de Saúde*; *Clínica ampliada*; *Uso de Medicamentos*; *Direitos Humanos*; *Psiquiatria*; *Pesquisa qualitativa*; *Relato de Experiência sobre Adoecimento*; *Cotidiano*; *Autopercepção*; *Narrativa*;

⁹ One's user status may be used to undermine one's opinions, as it is held that a person cannot be both logical and mad (ROSE, D., 2003).

Serviços comunitários de saúde mental; Acontecimentos que mudam a vida; Alucinações; Ajuda mútua; Teoria dos cinco R's; Questões sociais e política).

Os resultados apontaram que a maioria das pesquisas sobre *Recovery* no campo da saúde mental brasileira são qualitativas e envolvem metodologias participativas (setenta e cinco por cento). Contudo, poucas pesquisas qualitativas foram claras e objetivas quanto aos métodos utilizados, a tradição epistemológica e os procedimentos de análise empregados, o que causou dificuldades para identificar o enquadre metodológico dos estudos selecionados. A mesma situação se repetiu com os seus desenhos participativos, em que os níveis e graus de envolvimento dos sujeitos das pesquisas não foram descritos o suficiente para identificar em quais etapas dos estudos ocorreram as participações.

No entanto, percebe-se que uma análise crítica sobre as diferenças de poderes entre os atores envolvidos nos estudos é pouco explorada pela literatura nacional sobre *Recovery*, constituindo uma lacuna a ser preenchida com pesquisas futuras. Poucas pesquisas participativas em *Recovery* no campo da saúde mental brasileira discutem sobre contrariedades existentes na inserção dos usuários na produção de conhecimento (CASTRO E MARQUES et al., 2013; PASSOS, 2013; 2013; EMERICH et al., 2013; VASCONCELOS, 2017; 2017). A descrição clara das condições e os apoios oferecidos durante o processo de participação proposto pelos estudos é fundamental para que se evite conclusões inadequadas em nome dos usuários-pesquisadores (DIMOVI e RICCI, 2016).

Tais críticas tecem novos espaços para que a discussão sobre como construir evidências científicas conjuntamente com os usuários tenha maior fomentação e fundamentação no campo da Atenção Psicossocial e da Reforma Psiquiátrica. Também reconhece que experiências genuinamente brasileiras, que valorizam a produção do saber dos usuários para além do campo científico, como, por exemplo, os projetos de cultura popular e economia solidária, vinculados à Atenção Psicossocial, poderiam ser melhor exploradas enquanto bases legítimas de conhecimento sobre a saúde mental (VASCONCELOS, 2017; 2017). Pesquisas devem considerar como essa abordagem pode melhor manejar ou solucionar essas tensões e contradições na formulação do conhecimento e práticas sobre saúde mental, a fim de evitar uma transposição generalizada do *Recovery*, mas que melhor atenda às necessidades, direitos e cultura de nossos usuários de saúde mental (SLADE et al., 2014; MCWADE, 2016, ROSE, N., 2019; ROSE, D., 2014).

De maneira geral, os resultados levantam emblemáticas questões a respeito da tradição metodológica de pesquisas participativas no campo científico brasileiro, e a hierarquia das evidências científicas, como o desenvolvimento de múltiplas perspectivas ao paradigma de saúde mental. Os tópicos seguintes procuram debater tais questões com maior profundidade, na busca de investigar novas perguntas para a inclusão de saberes não tradicionais na pesquisa acadêmica, e o que este dispositivo de alteridade promove de efeitos nas formas de produzir e pensar a saúde mental.

Metodologias Participativas no Campo da Saúde Mental Brasileira

Embora a ênfase desta pesquisa não estivesse em desenvolver uma análise do rigor metodológico das pesquisas sobre *Recovery* no Brasil, os resultados apontaram alguns desafios para a sistematização de metodologias participativas na pesquisa em saúde mental brasileira, e, principalmente, nas próprias limitações desta revisão. A pluralidade metodológica dos estudos qualitativos constitui a diversidade qualitativa dos dados e discussões no campo das ciências sociais e da saúde, e, por outro lado, destina lacunas que inibem maior conceptualização e avanço deste campo científico, como por exemplo, não há consenso quanto a escolha das técnicas e instrumentos de investigação no correlato com a perspectiva/ posições epistemológicas, e deste modo, grande parte do material coletado tem suas formas de análises temáticas escolhidas arbitrariamente, se adequando muito mais ao desejo/interesse do pesquisador (a) /especialista acadêmico, e quando se trata sobre a capacidade de síntese, fica obscuro o acesso a comparação entre resultados e seus processos metodológicos.

No ciclo da produção científica brasileira, grande parte do corpo deste material se refere a pesquisas não publicadas ou publicadas em periódicos que não se enquadram no escopo internacional de evidências. Sendo assim, as produções que procuramos sistematizar na pesquisa qualitativa compreendem um tópico incipiente na literatura de publicação, e quando são incluídas, não estão majoritariamente presentes nas bases de dados tradicionais. A literatura cinza apresenta-se como o maior campo de fomentação de produções qualitativas participativas no campo da saúde mental brasileira, e muitos desses estudos originais não estão publicados em revistas científicas revisadas por pares.

Este tipo de produção não-publicada é importante componente para a disseminação de evidências e informações entre organizações da sociedade civil na sua relação com as

instituições de pesquisa, governos e o setor privado (CROWE, et al., 2010). Em virtude disto, identificar e sistematizar a literatura cinzenta, que inclui produções como teses, dissertações, anais de congressos, relatórios, documentos oficiais, e livros a respeito de metodologias participativas no campo científico da saúde mental no Brasil, é um importante dispositivo para a visibilidade da experiência e do conhecimento gerado dos usuários de saúde mental e familiares, e que não são de fácil acesso da alta hierarquia da evidência científica, como importantes jornais e revistas internacionais (CROWE, et al., 2010).

Desafios para revisões sistemáticas para literatura cinzenta

As metodologias de revisões sistemáticas têm base no modelo baseado em evidências, e enfatizam o rigor metodológico e de qualidade dos estudos para informar a prática de profissionais e orientar políticas, com base na neutralidade de informações, e a busca por comparações não enviesadas de tratamentos clínicos. Este modelo sistemático de busca de garantia de qualidade e formulação de padrão-ouro tem sua origem em países de língua inglesa nos anos 1970, e se estabeleceu a partir do método Cochrane (2021) como a primeira fonte de evidências de elevada qualidade (FLEICHMANN, 2005). Deste modo, as fontes bibliográficas que compõem a alta hierarquia de evidência incluem estudos publicados em jornais indexados, revisados por pares e acessados por meio de bases de dados tradicionais (GALVÃO, et al., 2003). Esta metodologia é particularmente útil quando o corpo da literatura é publicado em base de dados reconhecidas internacionalmente ou de fácil acesso como Medline, PsycINFO, EMABSE, PubMed e Social Citation Index, com a garantia de artigos publicados e revisados em pares, pois bases de dados tradicionais permitem que listas de referências e resumos possam ser extraídos com apenas um clique utilizando linguagem e caracteres em comum.

No entanto, o controle da qualidade elaborado por este sistema é extremamente falho quando se trata de tipos de produções de conhecimento que não atendam ao seu formato preconizado, como a inclusão de conhecimento minoritário e contra hegemônico. No Brasil, o maior engajamento/autoria de usuários de saúde mental e familiares ocorreu com o desenvolvimento de alternativa base de conhecimento. De fato, uma síntese de extensão, variedade e qualidade da evidência é imprescindível para informar práticas, agendas políticas e futuras pesquisas, em especial sobre a pesquisa participativa e liderada por usuários na saúde mental brasileira. Estas diferenças têm impedido que metodologias de revisões sistemáticas

reconhecidas internacionalmente possam ser aplicadas com extensão e rigor no campo científico brasileiro da saúde mental, e principalmente, para a inclusão da perspectiva de usuários e familiares de saúde mental brasileiros como parte de evidências no debate global. Tendo em vista de que as estratégias de busca tradicionais se tornam insuficientes para localizar estudos importantes em base de dados comuns, este estudo aponta para a necessidade de construir protocolos de revisões flexíveis para metodologias alternativas de síntese de evidências, somado ao encontro com experts que possuem familiaridade com a tradição da produção na área.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Repensando a produção de evidências

A pesquisa acadêmica tradicional é sustentada pela hierarquia de “evidências” como é definida no campo da medicina experimental, como padrão ouro, objetividade e neutralidade. Este estudo reconhece a importância deste modelo para informar e basear a tomada de decisões clínicas com base na avaliação das evidências disponíveis, como a formulação de estatísticas, diagnósticos, biomarcadores, estudos experimentais randomizados e fatores de risco (CARVALHO, et al., 2019, GALVÃO et al., 2013; BEHAGUE, et al., 2008).

De outro lado, há uma longa tradição crítica sobre como a disseminação de resultados e evidências corroboram com a produção de verdades e valores sobre vidas “menores” (DELEUZE e GUATTARI, 1977) “subalternizadas” (SPIVAK, 2003), muitas vezes distantes da própria realidade vivida. Validar-se de formas clássicas de saber para que falas consideradas oprimidas possam ser, na mão dos intelectuais, “codificadas”, constitui um terreno perigoso, pois adequar saberes menores em formatos científicos não rompe com a assimetria histórica de poder sobre o sofrimento mental. Ao contrário, ainda mantém e sustenta estaticamente a dominância hierárquica colonial com base no silenciamento de certas vidas-discursivas.

Spivak (2003), precursora dos estudos pós-coloniais e sobre influência do pensamento *Gramsciano*, cunha o termo da posição subalterna, dando uma noção situacional e mutável para as relações hierárquicas de poder. Para ela, os subalternos são sujeitos com participação limitada ou quase nula e, quando submetidos a outro grupo social, perdem sua posição autêntica, ou seja, a possibilidade de representar a si mesmos e de atuar nos dispositivos que permitem passagem e troca entre a voz do falante e ouvinte (LINO, 2015). Refaço aqui minha pergunta de pesquisa: poderiam os sujeitos de saúde mental falar?

Tornar um conhecimento visível é apoiar o movimento de deslocá-lo de seu lugar periférico e posicioná-lo mais próximo do centro de saber, independente da força (re) ativa, que insiste em retorná-lo para o ponto de opressão. O encontro dos saberes menores com os tradicionais é um dispositivo potente, ainda que com enquadre limitador e ruídos, que desafia os regimes de verdade no terreno de produção sobre a saúde mental. Para que algo de novo possa surgir em modos de fazer-pensar, a academia deve se deparar com a alteridade. Isto não significa simplesmente “abrir portas institucionais para que os sujeitos outros possam encarnar

o mesmo lugar de saber-poder dos pesquisadores” (CUNDA, 2017, p. 160). Por conseguinte, a pesquisa orientada e dirigida pelos usuários de saúde mental deve, com efeito, produzir dúvida quanto à neutralidade e objetividade científica, para não perder de vista experiências que, em menores escalas, respondem e redesenham diferentes engajamentos teóricos e políticos na produção acadêmica (MONTENEGRO, 2018).

As literaturas críticas sobre pesquisa participativa, em especial nos países de língua inglesa, têm denunciado a superficialidade das agendas de pesquisa e política participatórias para apoiar a narrativa de usuários de saúde mental. Não é interessante uma agenda apenas formulada somente por cientistas sociais, profissionais da área psi. No caso do Brasil, e no cenário da América Latina, fazer pesquisas com grupos de pessoas que recentemente saíram do lugar de total confinamento nas instituições asilares, que têm lutado e re-existido para que suas vozes não sejam silenciadas e seus corpos oprimidos na identidade da doença, implica em modos distintos de articular pesquisa e clínica, ou, melhor dizendo, o cuidado mútuo durante o acompanhamento das fronteiras do pesquisar – com (MONTENEGRO, 2018).

A perspectiva dos consumidores/clientes/sobreviventes da psiquiatria se propõe como uma pesquisa acadêmica e ativista, coloca em xeque a objetividade e neutralidade da pesquisa psiquiátrica, tornando visível os regimes de valores e de verdades que modulam as perguntas, hipóteses, metodologias e interpretação dos dados, portanto, sobre aquilo que é considerado uma evidência científica (ROSE, N., 2019). “*This Survivor Research*” (SWEENEY, et al., 2009) foi um livro fundamental e fundante para o campo científico do *Mad Studies* (ROSE, D., 2017; 2021; BERESFORD, 2019; FAULKNER, 2017; ROSE D., KALATHIL, 2019; KALATHIL, JAYASREE & JONES, 2016) na busca de contrapor com a literatura psiquiátrica publicada e demonstrar que a experiência dos sujeitos a esses tratamentos não correspondem às afirmações formuladas, assim como os resultados propostos possuem discrepância com a experiência das pessoas envolvidas nestes estudos. Esta perspectiva crítica compartilha que o conhecimento produzido pela psiquiatria tradicional pode ser contestado em seus pressupostos e que a universalidade/generalidade de seus resultados é, com efeito, um saber também localizado (HARAWAY, 1995; SCOTT, 1998; SPIVAK, 2003), e diretamente alega a inevitável falha e limitação da pesquisa psiquiátrica hegemônica. Alison Faulkner argumenta que “a relação íntima entre métodos positivistas e tratamento biomédicos possuem efeitos

limitantes sobre a natureza do conhecimento e evidência produzida” (FAULKNER, 2017, p. 04, tradução minha)¹⁰.

Tais posturas críticas constroem um novo paradigma de pesquisa com base no ponto de vista debatido pela epistemologia feminista, que desenvolve um tipo de pesquisa política que considera uma relação de evidência entre o conhecimento e a experiência (HARAWAY, 1995; SCOTT, 1998; SPIVAK, 2003). A historiadora Joan Scott define que a experiência é construída coletivamente por um sistema de pensamento, linguagem e significados modelados em determinado tempo e lugar. Deste modo, consumidores/clientes/sobreviventes da psiquiatria criam uma cultura epistêmica alternativa e emergente, que articulam um conjunto diferente de questões fundamentais sobre o sofrimento mental, concepção de evidências e modelos de avaliação do conhecimento que reverberam na montagem gradual de um estilo alternativo de vocabulário, gramáticas e, novas práticas-discursivas para a saúde mental (ROSE, N., 2019; CARVALHO, et al., 2020; BERESFORD, 2013; SWEENEY, et al., 2009). A articulação da produção do saber em torno do vivido traz a possibilidade de produzir modos contra-hegemônicos de intervenção, e mais próximos de quem experiência crises diárias de sofrimento.

A radicalidade do *Mad studies* aponta para o campo da pesquisa participativa em saúde mental o engajamento e envolvimento significativo dos usuários dos serviços, familiares e ativistas em todas as fases da pesquisa (KIDD et al., 2017, PONZONI, 2016; ROSE, D., 2017; 2021). No entanto, o envolvimento de usuários de serviços de saúde mental e familiares na produção do conhecimento acadêmico não é um processo simples, e pode ocorrer em diferentes níveis de contribuição e parcerias de acordo com a singularidade de cada contexto social de produção de conhecimento. A execução de uma pesquisa envolve uma série de etapas e tomada de decisões, como a formulação de perguntas e hipóteses, a condução e escolha da metodologia e a forma de análise e, por fim, a interpretação e disseminação dos dados revelados.

Embora a participação possa ocorrer de diferentes maneiras, quanto mais controle os usuários de saúde mental possuem nas etapas da pesquisa, como a definição dos tópicos de pesquisa, os métodos empregados para investigá-los e as formas pelas quais são analisados e interpretados, mais os resultados serão coerentes com suas necessidades, desejos e condições

¹⁰ This intimate relationship between positivist methods and the biomedical treatments they serve has limiting effects on the nature of the knowledge and evidence produced (FAULKNER, A., 2017, p. 4).

socioculturais. O que influencia diretamente na formulação de políticas públicas, intervenções e práticas de cuidado à saúde mental mais próximas da perspectiva de quem se procura cuidar: as pessoas que vivenciam o dia-a-dia do sofrimento mental (DIMOV e RICCI, 2016; VASCONCELOS, 2013). A tradição anglo-saxônica de envolvimento dos usuários de saúde mental nas pesquisas científicas é incipiente na literatura brasileira, principalmente por ser um campo de narrativas em disputa na disciplina da saúde mental (VASCONCELOS, 2013; DIMOV e RICCI, 2016).

Repensando pesquisas participativas na saúde mental no Brasil

De fato, as pesquisas participativas no campo da saúde mental brasileira fazem fissuras na narrativa predominante sobre o sofrimento mental, cuja a perspectiva dos usuários não entrava no debate científico e, muito menos, no ciclo de produção de conhecimento (PASSOS et al., 2013; VASCONCELOS, 2013). Ainda que de forma incipiente, os resultados desta revisão demonstram que pesquisas participativas sobre *Recovery* oferecem espaços para os usuários de saúde mental e familiares falarem sobre o que pensam dos cuidados que recebem, para expressar suas vivências diárias de profundas crises psíquicas e para refletir sobre as decisões que são tomadas sobre si (CASTRO E MARQUES, et al., 2013; DIMOV, 2013; NASCIMENTO et al., 2017; GONÇALVES, 2017; PALOMBINI et al., 2013; PASSOS et al., 2013; PRESSOTO, 2013; SILVEIRA et al., 2014; SERPA, JR. et al., 2017). Tais pesquisas convidaram os usuários de saúde mental e familiares para debater sobre sua experiência nos tratamentos de saúde mental, sobre o planejamento de políticas de saúde mental e avaliação dos serviços.

No entanto, os modelos participativos na saúde mental, por mais abertos que se proponham a ser para o diálogo, ainda mantêm diferenças hierárquicas entre especialistas acadêmicos e usuários-pesquisadores em diversas esferas (ROSE, D., 2003; BERESFORD, 2013; ROSE, D., et al., 2006). O grau de participação dos sujeitos da pesquisa, como em quais etapas ela ocorrerá e de que modo será seu envolvimento, é definido pelos pesquisadores (as), por seus interesses, objetivos de pesquisa e a fidelidade à sua comunidade epistêmica/linha de pensamento.

Utilizar a voz de quem experiência sofrimentos psíquicos na formulação de conhecimentos científicos não significa que suas perspectivas estão de fato sendo incorporadas.

Assim, ao invés de um processo de romper com o monólogo das pesquisas psiquiátricas e apoiar os usuários a falarem por si mesmos, os pesquisadores clínicos ainda recebem o papel de falar pelos usuários e defender suas reais necessidades (BERESFORD, 2013; ROSE, D., 2014). Para desafiar o monopólio da racionalidade médica sobre o sofrimento mental, é necessário um paradigma de pesquisa que reconheça alternativas que vão além de modelos de parcerias e que discutam as relações de poder envolvidas (SWEENEY et al., 2009; ROSE, N., 2019).

A tensão central entre diferentes pontos de vista se refere a hierárquica particular que se estabelece na produção de conhecimento: o modelo de parceria é controlado por uma gama de especialistas, que decidem o grau de seu engajamento e qual conteúdo compartilhado será considerado uma evidência científica (ROSE, D., et al., 2006). Mover de um desequilíbrio (relações assimétricas) de poderes na pesquisa para um trabalho de genuína parceria com os usuários é um processo muito complexo, ainda mais no cenário brasileiro de pesquisa e de desigualdades no acesso à educação formal (VASCONCELOS, 2013; DIMOV e RICCI, 2016). Embora tal obstáculo demande mudanças estruturais e sociais para ser superado, seus impactos podem ser reduzidos com métodos e procedimentos que engajem ativamente os usuários de saúde mental e que, em contrapartida, limitem o controle único dos especialistas sobre o conhecimento em saúde mental, convocando-os para uma redefinição constante de suas práticas (ROSE, D., et al., 2006; VASCONCELOS, 2013).

O trabalho de tais pesquisas deve assumir uma postura crítica ao passo em que descreva em quais termos as relações de poder entre os múltiplos conhecimentos se circunscrevem, situando de forma contingente a questão do poder na produção científica. Tendo em vista como as hierarquias do conhecimento se organizam singularmente em cada estudo, a experiência dos usuários se insere para questionar as verdades universais produzidas pelo que se compreende até então sobre saúde mental (SWEENEY et al., 2009; ROSE, N., 2019). Cabe aos pesquisadores (as) a contínua tarefa de identificar e conduzir as variáveis do estudo a fim de que a construção do conhecimento seja mais horizontal entre os envolvidos. Isso significa integrar os diferentes pontos de vista nem sempre em comum, mas sobre qual comunidade de interesse ele deve priorizar. Como, por exemplo, os instrumentos necessários para realizar uma avaliação de política pública são disponibilizados? Na elaboração das conclusões científicas qual perspectiva tem a decisão final? Há bolsas disponíveis para os usuários-pesquisadores que

supram, ainda que minimamente, necessidades básicas como deslocamento e alimentação? A linguagem utilizada para os debates científicos é acessível a todos os participantes?

Estas perguntas nos demandam uma certa problematização da forma de se realizar pesquisas participativas na saúde mental. A busca por diminuir as disparidades de poder das relações na pesquisa não apenas cria novos paradigmas de pesquisa, mas potencializa ações de cuidado no compartilhar de experiências entre os pesquisadores e os diferentes lugares que ocupam (usuários, acadêmicos e profissionais) (DIMOVI e RICCI, 2016). Enquanto isso, sem pretender resolver as tensões e contradições, este trabalho propõe que os estudos futuros fortaleçam bases de conhecimento que integrem múltiplas perspectivas na construção de fontes de evidências:

o trabalho conceitual e metodológico é agora oportuno para estender as abordagens atuais à pesquisa de métodos múltiplos, de modo a fundamentá-la mais firmemente em um paradigma nascente que valoriza múltiplas perspectivas sobre evidências na pesquisa em saúde mental (ROSE, D., THORNICROFT, & SLADE, et al., 2006, p. 113, tradução minha)¹¹

¹¹ Meanwhile conceptual and methodological work is now timely to extend currentearly approaches to multi-methods research, so as to more firmly ground it in a nascent paradigm that values multiple perspectives on evidence in mental health ((ROSE, D., THORNICROFT, G., & SLADE, M et al, 2006, p. 113).

REFERÊNCIAS

- ALISON F. **Survivor research and Mad Studies: the role and value of experiential knowledge in mental health research.** *Disability & Society*, London, v.32, n.4, p. 500-520, mar. 2017.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- ANASTÁCIO, C. C., & FURTADO, J. P. **Reabilitação psicossocial e recovery: conceitos e influências nos serviços oferecidos pelo sistema de saúde mental.** *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, vol. 4, no. 9, p. 72–83, 2012.
- ANDRADE, M. C. R. **Superação em Esquizofrenia: relato de casos.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 68, no. 1, p. 61–62, 2019.
- ANTHONY, W. A. **Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s.** *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol. 16, no. 4, p. 11–23, 1993.
- ARKSEY, H., O'MALLEY, L. **Scoping studies: towards a methodological framework,** *International Journal of Social Research Methodology*, 8:1, p. 19-32, 2005.
- BELLAMY, C., REIS, G., RESTREPO, M., & COSTA, M. **About this Special Issue.** *Advances in Mental Health Recovery: Practice and Research in Latin America and the World Revista Iberoamericana De Psicología*, 14(2), I-III. 2021.
- BACCARI, I. O. P., CAMPOS, R. T. O., & STEFANELLO, S. **Recovery: Revisão sistemática de um conceito.** *Ciencia e Saude Coletiva*, vol. 20, no. 1, p. 125–136, 2015.
- BARROS, O. C., & DE SERPA, O. D. **Ouvir vozes: Um estudo netnográfico de ambientes virtuais para ajuda mútua.** *Physis*, vol.27, no. 4, p. 867–888, 2017.
- BÉHAGUE, D. P.; GONÇALVES, H. e VICTORE, C. G. **Antropologia e Epidemiologia: aprendendo lições epistemológicas através de um empreendimento colaborativo.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, 2008
- BERESFORD, P. **From ‘other’ to involved: user involvement in research: an emerging paradigm.** *Nordic Social Work Research*, vol. 3, no. 2, p. 139–148, 2013.
- BERESFORD, P. **‘Mad’, Mad studies and advancing inclusive resistance.** *Disability & Society*, London, v.35, n. 8, p. 1337-1342, nov. 2019.
- BRUM, A. N., JARDIM, V. M. da R., MACHADO PAVANI, F., & WETZEL, C. **Valorizando as experiências pessoais, dialogando com as vozes e possibilitando o convívio: relatos de Ron Coleman.** *Journal of Nursing and Health*, vol. 8, p.1–6, 2018.
- CARVALHO, SR; ANDRADE, HS; MARÇOM, L; COSTA, FD; YASUI, S. **Nosso “futuro psiquiátrico” e a (bio) política da Saúde Mental: diálogos com Nikolas Rose (Parte 4).** *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu. 2020.
- CARVALHO, S. R., ANDRADE, H. S. e OLIVEIRA, C. F. **O governo das condutas e os riscos do risco na saúde.** *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v. 23, 2019
- CATRO, C. De PALOMBINI, A., PASSOS, E., & ONOCKO, R. T. **Sobre mudar de lugar e produzir diferenças – A voz dos usuários de serviços públicos de saúde mental.** *Mnemosine*, vol. 9, no. 1, p. 106–126, 2013.
- CBSM, C. B. de S. M. Expediente. **Serviços, programas e políticas de saúde mental orientadas por Recovery e cidadania - panorama internacional - Parte II.** *Cadernos*

Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, [S. l.], v. 13, n. 36, p. i-ii, 2021.

CHAMBERLIN, J. **On our own**. London: MIND, 1978.

COCHRANE STYLE MANUAL WORKING GROUP. **Cochrane Style Manual**. community.cochrane.org/style-manual (accessed on 1 December 2021).

CORRADI-WEBSTER, C. M. **Paradigma do Recovery como orientador de políticas e práticas em saúde mental**. SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição Em Português), vol. 13, no. 3, p. 116–117, 2018.

CORRADI-WEBSTER, C. M., LEÃO, E. A., & RUFATO, L. S. **Colaborando na trajetória em saúde mental: grupo ouvidores de vozes**. Nova Perspectiva Sistêmica, vol. 27, no. 61, p. 22-34, 2018.

COSTA, M. N. **Recovery como estratégia para avançar a reforma psiquiátrica no Brasil**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, vol. 9, no. 21, p. 1–16, 2017.

COSTA-ROSA, A. da. et al. **Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma em Saúde Mental Coletiva**. In: AMARANTE, P. (Org.) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

COUTO, M. L. de O., & KANTORSKI, L. P. **Ouvidores de vozes: uma revisão sobre o sentido e a relação com as vozes**. Psicologia USP, vol. 29, no. 3, p. 418–431, 2018.

CROWE, J.; HODGE, G. & REDMOND, D. Grey literature repositories: Tools for NGOs involved in public health activities in developing countries. In *Grey literature in library and information studies*. **KG Saur**, Berlin, New York, p. 199-216. 2010.

CUNDA, M. F.; ZANCHET, L.; CHASSOT, C. S. Os saberes menores e a profanação acadêmica: os sentidos da experiência / Minor knowledge and academic profanation: the senses of experience. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, RS, v. 7, n. 2, p. 153-175, jul. 2017.

DAHL, C. M. **Experiência, narrativa e intersubjetividade: o processo de restabelecimento (recovery) na perspectiva de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia em tratamento nos centros de atenção psicossocial**. Dissertação (Faculdade de Ciências Médicas- SC). Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2012.

DAVIDSON, L. **After the asylum: A Basaglian-informed vision of Recovery-oriented care**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, 9, abr. 2017.

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

DAVIDSON, L., BELLAMY, C., GUY, K., & MILLER, R. **Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience**. World psychiatry, vol. 11, no. 2, p. 123-128, 2012.

DAVIDSON, L., RAKFELDT, J., & STRAUSS, J. **The roots of the recovery movement in psychiatry: Lessons learned**. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc, 2010.

DAVIDSON, L., TONDORA, J., O'CONNELL, M., BELLAMY, C., PELLETIER, J., DILEO, P., REHMER, P. **Yale Textbook of Public Psychiatry: Recovery and Recovery Oriented** Practise, Oxford, UK: Oxford University Press, p.33-44, 2016.

DEAN, M. **Rogue neoliberalism, liturgical power, and the search for a left governmentality**. South Atlantic Quarterly, vol. 18, no. 2, p. 325–342, 2019.

DEEGAN, P. E. **Recovery**: The lived experience of rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal, vol. 11, no. 4, p. 11–19, 1988.

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. **Kafka: por uma literatura menor**. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

DIMOV, T. **Participação de usuários da saúde mental em pesquisa**: a trajetória de uma associação de usuários. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2016.

DIMOV, T., & RICCI, E. C. **A Pesquisa Acadêmica Como Atividade Humana**: Participação De Usuários Da Saúde Mental E As Contribuições Da Terapia Ocupacional. Cadernos de Terapia Ocupacional Da UFSCar, vol. 24, no. 3 p. 651–658, 2016.

DJr, O., MUNOZ, N., de LIMA, B., DOS SANTOS, E., LEAL, E., DA SILVA, L., DE BARROS., **O Relatos de experiências em Recovery**: Usuários como tutores, familiares como cuidadores/pesquisadores e feitos destas práticas em docentes e pesquisadores em saúde mental. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, vol. 9, no. 21, p. 254–274, 2017.

DOS SANTOS, D. V. D., ONOCKO-CAMPOS, R., BASEGEIO, D., & STEFANELLO, S. **Da prescrição à escuta**: efeitos da gestão autônoma da medicação em trabalhadores da saúde. Saúde e Sociedade, vol. 28, no. 2, p. 261–271, 2019.

EMERICH, B. F., CAMPOS, R. O., & PASSOS, E. **Direitos na loucura**: O que dizem usuários e gestores dos centros de atenção psicossocial (CAPS). Interface: Communication, Health, Education, vol. 18, no. 51, p. 685–696, 2014.

FLEICHMANN, Peter. **Literature reviews**: an example of making tradicional research methods user focused. In: Sweeney, Angela & Beresford, Peter & Faulkner, Alison & Rose, Diana. **This Is Survivor Research**. Ross-on-Wye: PCCS Books, p. 82-97, 2009.

FLORENCE, A. C., CABRINI D. R., BOCALINNI, M. B., TANZI, R., YASUI, S., & JORDAN, G. **State of the art of participatory and user-led research in mental health in Brazil**: a scoping review protocol. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/KHNZG>. Set. 2021.

FORCHESATTO, A. J. **Estratégias De Educação Em Saúde, No Processo Recovery Da Esquizofrenia, Em Um Centro De Atendimento Psicossocial De Ijuí – Rs**. Tese de Doutorado. Ijuí: Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, 2016.

GALEANO, E. **O Livro dos Abraços**. Porto Alegre: L&PM, 1995.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N. O.; Mendes, I. A. C. A busca das melhores evidências. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 43-5, Set. 2003.

GONÇALVES, L. L. M., & CAMPOS, R. T. O. **Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação**. Cadernos de Saúde Pública, vol. 33, no. 11, 2017.

GONÇALVES, L. L. M. **A Gestão Autônoma da Medicação numa experiência com usuários militantes da saúde mental**. Tese de Doutorado. Campinas: Unicamp. 2012.

- GRIGOLO, T., ALVIM, S., CHASSOT, C., & SILVA, V. **Plano pessoal de ação para bem-estar e Recovery: Experimentando o "WRAP" no Brasil.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, vol. 9, no. 21, p. 300-320, 2017.
- GUEDES, A. D. C., RIET, H. S., & DOS SANTOS, V. B. **I Congresso Nacional de Ouvidores de Vozes no Brasil na perspectiva dos seus protagonistas.** Journal of Nursing and Health, vol.8, p.1–10, 2018.
- HARDING, C. M., BROOKS, G. W., ASHIKAGA, T., STRAUSS, J. S., & BREIER, A. **The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia.** American journal of Psychiatry, 144(6), p. 727-735, 1986.
- HELENA, M., & NOAL, O. **O papel do projeto “Comunidade de fala” no empoderamento e recovery de usuários dos serviços de saúde mental.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, vol. 9, no. 21, p. 199–211, 2017.
- KALATHILL, J. & JONES, N. **Unsettling Disciplines: Madness, Identity, Research, Knowledge.** Philosophy, Psychiatry, & Psychology. 23. 183-188. 10.1353/ppp.2016.0016. 2016.
- KANTORKI, L. P., SOUZA, T. T., DOS SANTOS, L. H., FARIAS, T. A., & COUTO, M. L. **de O. Ouvidores de vozes: relações com as vozes e estratégias de enfrentamento.** Journal of Nursing and Health, vol. 8, 2018.
- KIDD, S., DAVIDSON, L., FREDEREICK, T. and KRAL, M.J. **Reflecting on Participatory, Action-Oriented Research Methods in Community Psychology: Progress, Problems, and Paths Forward.** Am J Community Psychol, 61: 76-87. 2018.
- LINO, T. R. **Os lócus enunciativos do sujeito subalterno: fala e emudecimento.** Anuário de Literatura, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 74-95, 2015.
- LOPES, T. S., DAHL, C. M., DE SERPA, O. D., LEAL, E. M., ONOCKO CAMPOS, R. T., & 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, no. 3, p. 558–571, 2012.
- MCWADE, B. **Recovery-As-Policy as a Form of Neoliberal State Making. Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice,** vol. 5, no. 3, p. 62–81, 2016.
- MENTAL HEALTH: **a report of the Surgeon General.** [Rockville, Md.: Dept. of Health and Human Services, U.S. Public Health Service; Pittsburgh, PA: For sale by the Supt. of Docs, 1999] Web. <https://lccn.loc.gov/2002495357>.
- MIRANDA, P. D. E., & PIMENTAL, A. **"Anjos de uma asa só": processos de superação na esquizofrenia em um grupo de ajuda mútua.** Nova Perspectiva Sistêmica. v.48, p; 64-79, 2014.
- MONTANHER, M. K., & LEAL, E. M. **As redes sociais na perspectiva de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia em tratamento em um CAPS de Campinas e as implicações no recovery.** Revista de Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo, vol. 24, no. 3, p. 183, 2014.
- MONTENEGRO, Cristian **‘Are You a Radical Now?’ Reflecting on the Situation of Social Research(ers) in the Context of Service-User Activism in Mental Health.** Journal of Social and Political Psychology, 2018.

MORGAN, CRAIG & DAZZAN, PAOLA & GUREJE, OYE & HANLON, ChARLOTTE & JONNES, NEV & MIGUEL ESPONDA, GEORGINA & MALLA, ASHOK & PATHORE, SOUMITRA & RAN, MAO-SHENG & ROBERTS, TESSA & THARA, RANGAWASMY & VAQUES, ALBERTO. **Announcing the Lancet Psychiatry Commission on Psychoses in Global Context.** The Lancet Psychiatry. 2021

NASCIMENTO, N. S. do, NOGUEIRA, A., PRESSOTO, R. F., ANGELINI, C. R., ENES, G. da S. T., BILBÃO, E. V., LIRA, L. M. **Grupo de trabalho Recovery: Um olhar para si.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, vol. 9, no. 21, p. 271–281, 2017.

VASCONCELOS, E. M. (org). **Novos Horizontes em Saúde Mental: análise de conjuntura, direitos humanos e protagonismo de usuários (as) e familiares.** São Paulo: Hucitec Editora, 2021.

OLIVEIRA, W. **Recovery: O desvelar das práxis e a construção de propostas para aplicação no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, 9, abr. 2017.

ONOCKO CAMPOS, R. et al. Recovery, citizenship, and psychosocial rehabilitation: a dialog between Brazilian and American mental health care approaches. **American Journal of Psychiatric Rehabilitation**, n. 20, v. 3, p. 311-326, Nov. 2017.

PALOMBINI, A. de L., ONOCKO-CAMPOS, R. T., SILVEIRA, M., GONÇALVES, L. L. M., ZANCHET, L., XAVIER, M. A. Z., & e MARQUES, C. de C. **Relações entre pesquisa e clínica em estudos em cogestão com usuários de saúde mental.** Ciencia e Saude Coletiva, vol. 18, no. 10, p. 2899–2908, 2013.

PASSOS, E., PALOMBINI, A. de L., & CAMPOS, R. O. **Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental.** ECOS - Estudos Contemporâneos Da Subjetividade, vol. 3, no. 1, p. 4–17, 2013.

PASSOS, E., RODRIGUES, S. E., & EMERICH, B. **Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM).** Aletheia, vol. 41, p. 24–38, 2013.

PEREIRA, M., & LEAL, E. **Insight na Perspectiva de Pessoas com Diagnóstico de Esquizofrenia em Tratamento em Centros de Atenção Psicossocial.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, vol. 9, no. 21, p. 229–249, 2017.

PEREIRA, M.B. **Avaliação de serviços de saúde mental: validação da versão para trabalhadores de instrumento de avaliação de Recovery.** Tese doutorado- Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, 2019.

PONZONI E. **Windows of understanding: broadening access to knowledge production through participatory action research.** Qualitative Research.;16(5):557-574, 2016.

PRESSOTO RF. **Participação de Usuários de Serviços de Saúde Mental em Pesquisas: Um olhar a partir dos conceitos de Empowerment e Recovery** Dissertação. Campinas (Faculdade de Ciências Médicas): Universidade Estadual de Campinas, 2013.

QUINTO, W. A. da S., & SILVA, M. de N. R. M. de O. **Use of Virtual Diaries as a Recovery Strategy for the I-Thou Meeting.** Revista Do NUFEN, vol. 11, no. 3, p. 45–65, 2019.

- RICCI, E. C. **Entre serviços e experiências de adoecimento:** Narrativas e possibilidades de Recovery em saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, vol. 9, no.21, p. 212–228, 2017.
- ROSE, D. **Critical qualitative research on ‘madness’:** knowledge making and activism among those designated ‘mad’ [version 1; peer review: 2 approved]. *Wellcome Open Res*, 6:98, 2021.
- ROSE, D. **Having a diagnosis is a qualification for the job.** *British Medical Journal*, vol. 326(7402), p.1331, 2003.
- ROSE, D. **Service user/survivor-led research in mental health:** epistemological possibilities, *Disability & Society*, 2017.
- ROSE, D. **The mainstreaming of recovery.** *Journal of Mental Health*, vol. 23, no. 5, p. 217–218, 2014.
- ROSE, D; KALATHILL, J. **Power, Privilege and Knowledge:** The Untenable Promise of Co-production in Mental "Health". *Front Sociol.* 16; 4:57, Jul, 2019.
- ROSE, D., THORNICROFT, G., & SLADE, M. **Who decides what evidence is?** Developing a multiple perspectives paradigm in mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 113(SUPPL. 429), p.109–114, 2006.
- ROSE, N. **Inventing Our Selves:** Psychology, Power, and Personhood. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
- ROSE, N. **Our Psychiatric Future:** The Politics of Mental Health., Polity Press, 2019.
- SCOTT, J. W. **A Invisibilidade da Experiência.** In: *Projeto História*. N.16. São Paulo: PUC, p.297-325, 1998.
- SILVA L., HIGINO, A., & TAVARES, M. **Recovery:** É possível cuidar nesta perspectiva em um hospital psiquiátrico. *Revista Pró-UniverSUS.*; vol. 08, no. 2: p. 76-78, 2017.
- SILVA, T. R., BERBERIAN, A. A., GADELHO, A., VILLARES, C. C., MARTINI, L. C., & BRESSAN, R. A. **Validação da Recovery Assessment Scale (RAS) no Brasil para avaliar a capacidade de superação das pessoas com esquizofrenia.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 66, no. 1, p. 1–8, 2017.
- SILVEIRA, A., ALMEIDA, A., SOUZA, C., PRATES, T., RABELO, M., SAMPAIO, C., SILVEIRA, J. **Recovery e experiência brasileira na atenção psicossocial: diálogos e aproximações.** *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, vol.9, abr. 2017.
- SILVEIRA, M., PALOMBINI, A. D. L., & MORAES, M. **EscreverCOM:** uma experiência ético-política de pesquisa. *Mnemosine*, vol. 10, no. 1, p. 2–22, 2014.
- SLADE, M., AMERING, M., & OADES, L. **Recovery:** An international perspective. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, vol. 17, no. 2, p. 128–137, 2008.
- SLADE, M., AMERING, M., FARKAS, M., HAMILTON, B., O’HAGAN, M., PANTHER, G; WHITLEY, R. **Uses and abuses of recovery:** Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, vol. 13, no. 1, p. 12–20, 2014.
- SPIVAK, Gayatri Chakravorty. **Can the subaltern speak?** *Die Philosophin*, v. 14, n. 27, p. 42–58, 2003.

STASTNY, Peter. **Introducing peer support work in Latin American mental health services.** Caderno de Saúde Coletiva, vol.20, no.4, p.473-481, 2012.

SUSSER, E., LOVISI, G. M., & CAVALCANTI, M. T **Suporte interpares no contexto de uma pesquisa clínica:** Dificuldades, facilitadores e experiências significativas no processo de trabalho. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, vo. 9, no. 21, 179–198, 2017.

SWEENEY, A. & BERESFORD, P. & FAULKNER, A. & ROSE, D. **This Is Survivor Research**, 2009.

TOPOR, A., DENHOV, A., BULOW, P., & ANDERSON, G. **The Many Dimensions of Recovery:** Definitions, Problems, and Possibilities, vol.21, 141–166, 2018.

UNITED STATES. **President's New Freedom Commission on Mental Health.** Achieving The Promise: Transforming Mental Health Care in America: Final Report. [Rockville, Md.: President's New Freedom Commission on Mental Health, 2003.

VASCONCELOS et al. EM. **Cartilha [de] Ajuda e Suporte Mútuos em Saúde Mental:** para participantes de grupos. p. 71. 2013.

VASCONCELOS, E. M. **Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva:** Uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. Ciencia e Saude Coletiva, vol. 18, no. 10, p. 2825–2835, 2013.

VASCONCELOS, E. M.; DESVIAT M. **Empowerment and recovery in the mental health field in Brazil:** Socio-historical context, cross-national aspects, and critical considerations. American Journal of Psychiatric Rehabilitation, Nebraska, v. 20, n.3, p. 282-297. Ago. 2017.

VASCONCELOS, E. M., BRAZ, R., LORENZO, R. DI, & REIS, T. R. **Manual de Ajuda e Suporte Mútuos em Saúde Mental.** 2013.

VASCONCELOS, E.M. **As abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e Recovery (recuperação, restabelecimento) em saúde mental I:** Uma apresentação história e conceitual para o leitor brasileiro. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, 9, abr. 2017.

VASCONCELOS, E.M. **As abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e Recovery (recuperação, restabelecimento) em saúde mental II:** Uma avaliação crítica para uma apropriação criteriosa no cenário brasileiro. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, 9, abr. 2017

VASCONCELOS, E.M. **Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas.** Florianópolis, Cad. Bras. Saúde Mental, Vol 1, no1, jan-abr, 2009.

VENTURINI, E., STELLA, M., & GOULART, B. **Recovery Ambiguidades e confrontações Recovery:** Ambiguities and Comparisons, Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, 9, abr. 2017.

WEINGARTEN, R. **O movimento de usuários em saúde mental nos Estados Unidos:** história, processos de ajuda e suporte mútuos e militância. In O movimento de usuários em saúde mental nos Estados Unidos: história, processos de ajuda e suporte mútuos e militância, pp. 64-64, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Health Action Plan 2013-2020.** Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services, 2013.

