

100

FORMAS DE APOIAR A RECUPERAÇÃO

GUIA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL

MIKE SLADER



ENCONTRAR+SE



SOBRE A *RETHINK MENTAL ILLNESS*

O objetivo da Rethink Mental illness, principal instituição de solidariedade social do Reino Unido na área da saúde mental, é ajudar todas as pessoas que sofrem de doença mental grave a recuperar a qualidade de vida. Através de serviços e apoios eficazes, promovemos esperança e *empowerment* em todos aqueles que precisam de nós e lutamos por uma mudança através de uma maior tomada de consciência e compreensão.

ÍNDICE

9	Introdução capítulo 1
10	O QUE É A RECUPERAÇÃO PESSOAL? capítulo 2
12	A IMPORTÂNCIA CRUCIAL DAS RELAÇÕES capítulo 3
20	OS PILARES DE UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL ORIENTADO PARA A RECUPERAÇÃO capítulo 4
23	AVALIAÇÃO capítulo 5
31	PLANEAR A AÇÃO capítulo 6
33	APOIO AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE AUTOGESTÃO Capítulo 7
40	RECUPERAÇÃO ATRAVÉS DA CRISE Capítulo 8
44	SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL CENTRADOS NA RECUPERAÇÃO Capítulo 9
46	TRANSFORMAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE MENTAL Apêndice 1
48	Recursos Electrónicos e Apoio à Recuperação Apêndice 2
50	Lista de Referências

NOTAS À EDIÇÃO PORTUGUESA

A tradução do presente guia obedeceu a um princípio: realizar unicamente as mudanças necessárias para que o texto fosse de leitura clara para o público português.

Apesar do paradigma de “*recovery*”, apresentado neste guia, ainda ser pouco utilizado no contexto da prestação de serviços de saúde mental em Portugal, considerámos que, dada a sua atualidade, seja facilmente reconhecido pelos profissionais de saúde mental.

Desta forma, optámos apenas por traduzir a expressão *recovery*, por “recuperação”, e manter a restante terminologia original para a qual ainda não foi encontrado consenso na língua portuguesa, como é o caso de *empowerment*. Decidimos, igualmente, manter em inglês toda a informação relativa aos recursos que vão sendo apresentados ao longo do guia (ex. instrumentos de avaliação, sites) na medida em que, ou são materiais não traduzidos para Português, ou não existem recursos semelhantes em Portugal.

Por fim, em relação aos “recursos eletrónicos de apoio à recuperação”, optámos por deixar todos os que constavam da versão original acrescentando-se, apenas, o contacto da Coordenação Nacional para a Saúde Mental, bem como os contactos da ENCONTRAR+SE.

PREFÁCIO À EDIÇÃO PORTUGUESA

O início de 2012 é marcado por uma apreensão global face à crise económica que se vive, traduzida maioritariamente por medos e incertezas quanto ao futuro de múltiplos aspectos da vida individual, nacional e internacional.

Neste contexto, a saúde mental, que desde sempre sofreu as consequências do estigma e da discriminação, impedindo que tivesse recebido a atenção que merece, parte com enormes fragilidades para enfrentar os desafios que se avizinham.

Se até hoje não foi possível tornar-se na “prioridade política” há tanto reclamada quer nacional, quer internacionalmente, é com ceticismo que aguardamos o futuro que a atual conjuntura lhe reserva.

Em Portugal, as dificuldades existentes nesta área também se multiplicam. As políticas de saúde mental continuam a ser pouco mais do que “boas intenções”, e o silêncio que resulta da falta de iniciativas de advocacia (defesa dos direitos em saúde mental) cala, acima de tudo, o sofrimento de milhares de pessoas.

A realidade não se pode mascarar e o número de pessoas que sofre, direta e indiretamente, de problemas de saúde mental continua a ter uma expressão significativa na nossa sociedade, com tendência para aumentar neste contexto de crise. Paralelamente, a falta de respostas adequadas que permitam uma atempada procura de ajuda, o tratamento e a recuperação das pessoas afetadas pela doença mental tem um impacto a nível pessoal, familiar, e da sociedade como um todo, cuja dimensão e consequências também não devemos suavizar.

Não podemos esquecer que *“é a saúde mental que abre aos cidadãos as portas da realização intelectual e emocional, bem como da integração na escola, no trabalho e na sociedade. É ela que contribui para a prosperidade, solidariedade e justiça social das nossas sociedades [1].*

É, pois, necessário insistir na necessidade de uma saúde mental para todos, começando pelos direitos das pessoas com doença mental, no âmbito dos quais o acesso e a disponibilização de serviços vocacionados para a sua recuperação são fundamentais.

Com a publicação desta Edição Portuguesa do guia “100 formas de apoiar a recuperação”, que contou com a generosa colaboração do seu autor, Dr. Mike Slade, a quem estamos profundamente gratos, a ENCONTRAR+SE inicia mais um ano de trabalho renovando o seu compromisso de promover ativa e construtivamente os direitos das pessoas com problemas de saúde mental.

Acima de tudo, lutamos pelo direito a serviços de qualidade que permitam responder aos desafios da recuperação, e possibilitem uma vida com qualidade. Este guia centra-se numa perspetiva de recuperação que representa uma mudança face ao modelo tradicional de tratamento, a qual apela a uma profunda reflexão na organização de serviços e na postura de todos os envolvidos: utentes, cuidadores e profissionais.

Sendo este guia particularmente dirigido a profissionais, apelamos a todos os técnicos de saúde mental para que adotem uma postura que permita que a esperança, a confiança e o desenvolvimento do potencial de cada pessoa lhes permita ocupar o seu lugar na comunidade a que pertencem.

Estamos conscientes de que os tempos são difíceis, mas temos a certeza de que o investimento na saúde mental e na recuperação daqueles que sofrem de problemas desta natureza, é o caminho certo. O único caminho.

Há dez anos, na introdução do Relatório Mundial da Saúde da OMS, a Directora-Geral, Dr.^a Gro Harlem Brundtland, terminava dizendo “Dispomos dos meios e do conhecimento científico para ajudar as pessoas com problemas mentais e cerebrais. Os governos têm-se mostrado omissos, tanto como a comunidade de saúde pública. Por acidente ou por designio, todos nós somos responsáveis por essa situação. Como a principal instituição mundial de saúde pública, a Organização Mundial de Saúde tem uma e apenas uma opção: assegurar que a nossa geração seja a última a permitir que a vergonha e o estigma tomem a frente da ciência e da razão”(OMS, 2001, p. vii) [2].

Decorridos mais dez anos sem que tivessem acontecido, na prática, as mudanças que se exigiam, resta-nos assumir a responsabilidade que nos assiste e não esquecer que não há ninguém a quem esta realidade não afete.

Da nossa parte, fazendo nossas as palavras de Paul Jenkins (Diretor da *Rethink Mental Illness*) no prefácio deste guia, gostaríamos que esta edição pudesse “estimular o debate sobre a melhor forma de reformar

os serviços de saúde mental”. No entanto, acima de tudo, esperamos que este guia sobre “100 formas de apoiar a recuperação” seja um contributo útil que se traduza em muitas experiências de recuperação e de realização pessoal.

ENCONTRAR+SE

1. Comissão das Comunidades Europeias (2005). [Em linha]. Disponível em:
http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pt/com/2005/com2005_0484pt01.pdf
2. OMS (2001). Relatório Sobre A Saúde No Mundo. Saúde Mental:
Nova Conceção, Nova Esperança. Geneve: OMS. (Documento em Português)

PREFÁCIO

É com orgulho que a Rethink se associa a este livro que está a ser publicado como volume um de uma série de trabalhos sobre recuperação. O nosso objetivo é estimular o debate sobre a melhor forma de reformar os serviços de saúde mental.

Nos anos mais recentes têm vindo a ser feitos progressos a nível mundial para melhorar a qualidade dos serviços prestados a pessoas com problemas de saúde mental. O conceito de recuperação está no cerne de muitas dessas mudanças – tanto como abordagem filosófica como prática no trabalho com as pessoas em sofrimento.

O autor, Dr. Mike Slade, é psicólogo clínico, consultor da South London and Maudsley NHS Foundation Trust e Professor do Health Service and Population Research Department no Institute of Psychiatry, King's College, em Londres. Em 2007 suspendeu o seu trabalho clínico e de investigação em Londres para se dedicar a pesquisar sobre outras práticas de recuperação na Europa, América e Austrália. Este trabalho - e a publicação com ele relacionada, *Personal Recovery and Mental Illness*¹ - apresentam sugestões baseadas nas suas aprendizagens.

Esperamos que esta publicação estimule o debate e incentive o pensamento crítico sobre recuperação, bem como oriente a prática. Foi escrito especificamente para os profissionais de saúde mental, mas outros interessados nesta matéria, tais como os utentes e os cuidadores, encontrarão provavelmente aqui um contributo importante para o debate alargado sobre recuperação e saúde mental.

Paul Jenkins

Diretor, Rethink Mental Illness
Maio de 2009

INTRODUÇÃO

Este é um manual para os profissionais de saúde mental, que procura apoiar o desenvolvimento de um enfoque na recuperação por parte dos serviços. Fornece ideias diferentes para o trabalho com os utentes* dos serviços, orientando-o para a recuperação.

Foi escrito com base em dois princípios:

- Primeiro, a recuperação é algo trabalhado pela pessoa com doença mental e por esta experienciado. Não é algo que os serviços possam fazer à pessoa. O contributo dos profissionais é dar apoio a cada pessoa no seu percurso para a recuperação.
- Segundo, o caminho para a recuperação é individual. A melhor forma de ajudar na recuperação varia de pessoa para pessoa.

Considerando que não existe um serviço ideal ou 'correto', não é possível fornecer instruções passo a passo sobre a forma como os profissionais de saúde mental podem apoiar a recuperação. Por esta razão, este guia fornece um mapa e não um roteiro diário da jornada.

Subjacente a este trabalho figura um quadro conceptual que identifica os tipos de apoio que podem ser úteis. Chama-se Quadro de Recuperação Pessoal e baseia-se nos relatos de pessoas com experiência pessoal de doença mental. A transcrição deste quadro para a prática é o objetivo desta publicação.

*Embora reconhecendo que este termo é contestado referimo-nos a "utentes dos serviços" porque o alvo do nosso trabalho são pessoas com experiência pessoal de doença mental que recorrem aos serviços.

O QUE É A RECUPERAÇÃO PESSOAL? CAPÍTULO 1

Recuperação é uma palavra com dois significados.

A recuperação clínica é um conceito que tem por base a formação dos profissionais de saúde mental e que implica a eliminação dos sintomas, a recuperação do funcionamento social e outras formas de “regresso ao normal”.

A recuperação pessoal é um conceito que tem por base a experiência vivida por pessoas com doença mental e o seu significado difere do de recuperação clínica. Anthony (1993)² propôs a definição de recuperação pessoal mais amplamente utilizada:

... um processo único e profundamente pessoal de alteração das próprias atitudes, valores, sentimentos, objetivos, competências e/ou papéis. É uma forma de viver uma vida satisfatória, com esperança e útil, mesmo dentro dos limites causados pela doença. A recuperação implica o desenvolvimento de novos sentidos e objetivos da vida de uma pessoa à medida que esta vai ultrapassando os efeitos catastróficos da doença mental.

Reconhece-se, normalmente, que hoje em dia a maioria dos serviços de saúde mental estão organizados para atingir os objetivos da recuperação clínica. Como é que podemos transformar estes serviços desviando a abordagem para a recuperação pessoal? Este trabalho identifica 100 formas diferentes de o fazer, começando com um quadro conceptual para fundamentar esta transformação.

caixa 1 Tarefas de recuperação pessoal

Tarefa 1 criar uma identidade positiva. A primeira tarefa da recuperação é criar uma identidade positiva, independentemente do facto da pessoa sofrer de doença mental. Os elementos de identidade que são de importância vital para uma determinada pessoa podem ser muito menos importantes para outra, o que reforça a ideia de que só a pessoa pode decidir o que é uma identidade que ela própria valoriza.

Tarefa 2 enquadrar a “doença mental”. A segunda tarefa da recuperação visa elaborar um significado que seja pessoalmente satisfatório para enquadrar a experiência que os profissionais entendem como sendo uma doença mental. Isto implica compreender a experiência de modo a poder enquadrá-la: como algo que faz parte da pessoa, mas que não é a pessoa no seu todo. Este significado pode exprimir-se sob a forma de diagnóstico ou de outra formulação específica, ou pode não ter nada a ver com modelos profissionais – crise espiritual ou cultural ou existencial. (Daí as aspas na designação da tarefa).

Tarefa 3 autogestão da doença mental. Enquadrar a experiência da doença mental fornece um contexto em que esta se torna um dos desafios da vida, permitindo que se desenvolva a capacidade de autogestão. A transição consiste em passar de uma orientação clínica para o assumir da responsabilidade pessoal através da autogestão. Isto não significa que a pessoa faça tudo sozinha, significa ser responsável pelo próprio bem-estar, incluindo, quando necessário, procurar ajuda e apoio junto de terceiros.

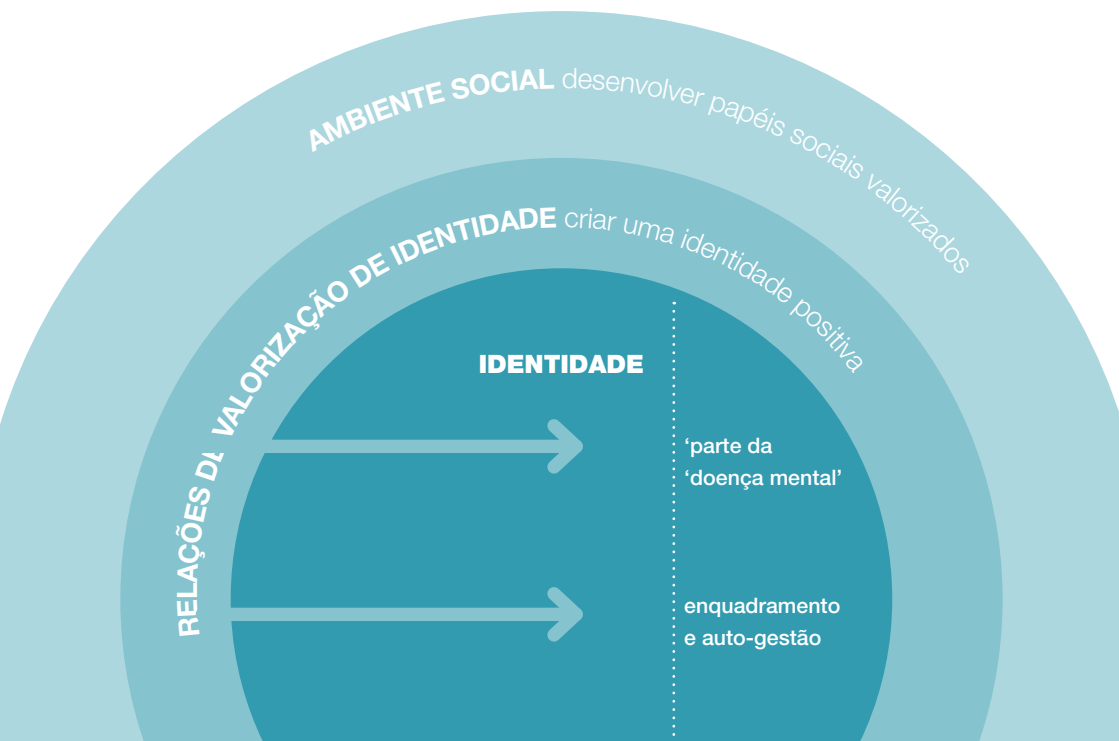
Tarefa 4 desenvolver papéis sociais valorizados. A tarefa final da recuperação implica a aquisição de antigos, modificados ou novos papéis sociais valorizados. Frequentemente, isto implica papéis sociais que não têm nada a ver com a doença mental. Os papéis sociais valorizados fornecem uma estrutura à identidade emergente da pessoa em recuperação. É vital trabalhar com a pessoa no seu contexto social, especialmente em momentos de crise, quando o apoio normalmente fornecido por amigos, família e colegas se pode tornar fonte de tensão.

1.1 QUADRO DE RECUPERAÇÃO PESSOAL

O apoio à recuperação pessoal implica passar de uma abordagem de tratamento da doença para uma de promoção do bem estar. É assim exigida uma transformação em que os modelos profissionais se tornam parte de uma visão mais alargada da pessoa. Esta visão pode ser orientada pelo **Quadro de Recuperação Pessoal** que se baseia nos quatro domínios da recuperação que decorrem de relatos de pessoas que viveram a experiência da doença mental³:

- **Esperança** - uma componente da recuperação frequentemente citada pelos próprios utentes
- **Auto-identidade** - incluindo a auto-imagem actual e futura
- **Sentido** da vida, incluindo os objetivos e metas de vida
- **Responsabilidade Pessoal** - a capacidade de assumir a responsabilidade pessoal pela própria vida.

fig. 1 Quadro de recuperação pessoal



O Quadro de Recuperação Pessoal (ver figura 1) baseia-se em quatro tarefas normalmente levadas a cabo durante a recuperação (ver quadro 1). Estas tarefas estão vagamente ordenadas de modo a sugerir uma ordem geral - mas não universal - que vai da crença à ação e do pessoal ao social.

As setas indicam que a recuperação implica minimizar o impacto da doença mental (através do enquadramento e da autogestão) e maximizar o bem-estar (criando uma identidade positiva, assim como papéis sociais e relações valorizadas).

Um serviço de saúde mental orientado para a recuperação pessoal organiza-se de forma a apoiar as pessoas para que estas assumam as quatro tarefas de recuperação, sustentadas por uma ênfase nas relações. As diferenças fundamentais entre a abordagem orientada para a recuperação e a prática tradicional têm sido consideradas por vários autores com experiência de implementação de uma mudança pró-recuperação nos serviços⁴⁻⁸; e algumas destas diferenças figuram no Quadro 1.

quadro 1 Diferenças entre serviços tradicionais e serviços orientados para a recuperação

Considerando que a recuperação é algo que a pessoa vive, o papel do profissional é apoiar essa pessoa no seu caminho para a recuperação. O resto deste trabalho descreve o que isto significa na prática.

ABORDAGEM TRADICIONAL	ABORDAGEM DE RECUPERAÇÃO
DISPOSIÇÕES DE VALOR E PODER	
(Aparentemente) isenta de valores	Centrada em valores
Responsabilidade profissional	Responsabilidade pessoal
Centrada no controlo	Centrada na escolha
Poder sobre a pessoa	Suscita o poder da pessoa
CONCEITOS BÁSICOS	
Científico	Humanístico
História clínica	Biografia
Psicopatologia	Experiência perturbadora
Diagnóstico	Significado pessoal
Tratamento	Crescimento e descoberta
Profissionais, cuidadores e pacientes	Peritos por formação e peritos por experiência
BASE DE CONHECIMENTO	
Testes de controlo aleatórios	Narrativas orientadoras
Revisões sistemáticas	Inspirados em <i>role models</i> a seguir no âmbito de um contexto social
Descontextualizada	
PRÁTICAS DE TRABALHO	
Descrição	Compreensão
Centradas no problema	Centradas no pessoa
Baseadas na doença	Baseadas nas capacidades, pontos fortes e resiliência
Baseadas na redução de episódios adversos	Baseadas em esperanças e sonhos
O pessoa adapta-se ao programa	O prestador de cuidados adapta-se à pessoa
Recompensam a passividade e a obediência	Incentivam o <i>empowerment</i>
Coordenadores peritos em cuidados	Autogestão
OBJETIVOS DO SERVIÇO	
Anti-doença	Pró-saúde
Manter sob controlo	Auto-controlo
Adesão	Escolha
Regresso ao normal	Transformação

A IMPORTÂNCIA CENTRAL DAS RELAÇÕES CAPÍTULO 2

Este capítulo começa a enumerar as 100 formas com que os profissionais de saúde mental podem apoiar a recuperação. Centra-se nas relações – com os pares, com os profissionais e com outros.

2.1 Apoiar as relações de pares

Com a sua própria experiência de doença mental ('pares'), as pessoas podem contribuir diretamente para a recuperação de outros⁹⁻¹¹. A nível internacional, associa-se o envolvimento significativo dos pares a serviços inovadores, orientados para a recuperação. Existem três tipos de apoios de pares à recuperação.

1: Grupos de ajuda mútua

Os grupos de ajuda mútua dão primazia à experiência vivida, levando à criação de estruturas baseadas na ideia de que todos os participantes têm algo a contribuir.

2: Especialista no apoio a pares

Nos serviços de saúde mental, este especialista desempenha um papel que exige possuir experiência pessoal de doença mental. A criação desta função traz quatro tipos de benefícios.

1. Para os especialistas no apoio a pares trata-se de um trabalho com todos os benefícios que dele decorrem. A sua própria experiência de vida é valorizada, o que pode ser um reenquadramento transformativo de uma experiência da doença. Entregam-se aos outros, o que é uma importante componente da cura. A autogestão e as competências relacionadas com o trabalho são consolidadas.
2. Para os outros profissionais, a presença destes especialistas leva a uma maior tomada de consciência dos valores pessoais. Dentro dos serviços, a interação com os colegas pares abala a visão estigmatizante "eles-e-nós", de uma forma mais natural do que forçada.
3. Para os outros utentes do serviço, o contacto com especialistas no apoio a pares fornece exemplos visíveis de recuperação, constituindo-se como um importante indutor de esperança. É também possível que exista da parte dos utentes menos distância social em relação a estes do que aos outros profissionais, o que poderá criar uma maior disponibilidade

para cooperar com os serviços.

4. No que toca ao sistema de saúde mental, os especialistas no apoio a pares podem ser transmissores de cultura. Este facto faz com que, frequentemente, haja menos necessidade de formar utentes e ex-uteses recuperados, e manter uma orientação em prol da recuperação, devido às suas próprias experiências de vida.

3: Programas dirigidos por pares

Um programa dirigido por pares não é simplesmente uma organização cujo quadro de pessoal é constituído por pessoas com uma experiência de doença mental⁹. É um serviço cujo objetivo é promover a recuperação pessoal através dos seus valores e práticas. Os serviços dirigidos por pares têm uma abordagem muito diferente da dos serviços tradicionais de saúde mental: transmitem diretamente a mensagem de que a experiência de doença mental é uma mais-valia. O seu principal objetivo é apoiar as pessoas para que estas voltem a determinar o seu próprio futuro.

PONTOS DE AÇÃO

O profissional pode incentivar o apoio de pares:

1. Colaborando com as organizações de voluntariado para que estas criem grupos de ajuda mútua e promovendo ativamente o acesso a estes.
2. Distribuindo aos utentes dos serviços informação escrita sobre recuperação¹²⁻¹⁵.
3. Empregando no serviço especialistas em apoio a pares e ajudando-os a dar um contributo diferente.
4. Incentivando o desenvolvimento de programas dirigidos por pares.
5. Apoiando as pessoas a falarem sobre as próprias histórias de recuperação, por exemplo através de formação conduzida por contadores de histórias profissionais, criando um gabinete local do orador, encorajando os utentes do serviço a contar as suas histórias nos meios de comunicação locais e nacionais.
6. Familiarizando-se com os recursos electrónicos, por exemplo www.mentalhealthpeers.com, www.recoveryinnovations.org

2.2 Relações com profissionais

Num serviço orientado para a recuperação, o utente é o decisor final, excepto nos casos que envolvam aspectos legais. Nem sempre significa que o profissional faça o que o utente diz; é óbvio que um profissional não pode agir sem ética, nem aliar-se a uma pessoa para cometer atos dolosos. Mas a ideia básica é procurar ativamente ser conduzido pela pessoa. Isto significa que a perspectiva profissional é uma forma potencialmente útil de compreender as experiências da pessoa, mas não a única possível.

Um termo utilizado para descrever este tipo de relação de parceria é **mutualidade** – a noção de que todos recuperamos de problemas e que é útil enfatizar estas experiências comuns. Os profissionais estão preparados para trabalhar com a pessoa e, nesse sentido, mais expostos a ela e vêem a sua função como a de providenciar escolhas em vez de solucionar problemas. Também podem ser desafiados, influenciados e transformados pelo utente.

As pessoas podem perder temporariamente a sua capacidade de cuidar de si mesmas, precisando, na ausência de uma melhor opção, de orientação e intervenção por parte do profissional, mesmo que de forma compulsiva, se necessário. Não ajuda ter expectativas desajustadas em relação a uma pessoa que se encontra ainda numa fase precoce do seu percurso de recuperação (aquilo a que o profissional poderia chamar fase aguda), sabendo que ainda estão muito longe de poderem ser alcançadas. Do mesmo modo, por vezes, as pessoas querem uma opinião profissional – sobre diagnósticos, prognósticos e tratamentos. Os utentes que querem compreender as suas experiências de doença mental têm o direito de saber o que o profissional pensa sobre o seu problema e que tipo de ajuda pode ser útil.

Um estilo de comunicação específico, que é da maior importância num serviço orientado para a recuperação, é o **coaching**. As vantagens da abordagem de *coaching* são:

1. Parte do princípio de que a pessoa é ou será competente para gerir a sua própria vida. A capacidade de responsabilidade pessoal é um dado adquirido.
2. A abordagem visa facilitar o processo de recuperação em vez de

se centrar na pessoa. O *coaching* trata da forma como uma pessoa pode viver com a doença mental e difere da abordagem tradicional de tratamento da doença mental.

3. O papel do *coach* é fazer com que esta capacidade de auto-regulação se torne ativa em vez de solucionar o problema. Isto leva a uma maximização dos pontos fortes e das relações de apoio existentes, em detrimento dos défices.

4. O esforço da relação de *coaching* incide nos objetivos da pessoa e não nos do *coach*. As competências do *coach* são um recurso que é proposto. A utilização destas competências não é um fim em si próprio.

5. As duas partes participantes têm de dar um contributo ativo para que a relação funcione.

PONTOS DE AÇÃO

O profissional pode apoiar a recuperação:

7. Concedendo tanta importância aos desejos e preferências do utente quanto às suas próprias opiniões.

8. Sempre que possível, deixando que sejam as prioridades do utente e não as do profissional a orientar o processo.

9. Mostrando abertura para aprender com o utente e para ser transformado por ele.

10. Sempre que possível, utilizando competências de *coaching*.

11. Fazendo e recebendo supervisão que abranja simultaneamente a relação e as competências técnicas da intervenção.

Os conhecimentos profissionais permanecem importantes, sendo todavia utilizados no apoio à autogestão. Esta mudança para a relação de parceria não é, pois, um pretexto para que o profissional trabalhe menos, abandone mais facilmente ou forneça um tratamento que não seja baseado na evidência. Implica, isso sim, a utilização das competências profissionais de uma forma diferente, em que os processos de avaliação, de planeamento de objetivos e de tratamento estão todos orientados para a recuperação.

2.3 Apoiar outras relações

As pessoas não precisam apenas de recuperar da doença mental propriamente dita, mas também das suas consequências emocionais, físicas, intelectuais, sociais e espirituais. A ligação com os outros e uma participação ativa na vida são fontes importantes de bem-estar. Muitas pessoas que estão em recuperação dizem que ter alguma forma de fé é um apoio importante quando se sentem abandonadas pelos outros.

PONTOS DE AÇÃO

O profissional pode incentivar a espiritualidade e a ligação aos outros:

12. Questionando a pessoa sobre o significado e objetivo da sua vida. Isto pode significar sair da esfera de conhecimentos do profissional, mas pode implicar, igualmente, entrar na esfera de necessidades da pessoa.

13. Alimentando uma opinião positiva de si próprio, ao demonstrar compaixão na sua resposta a um utente que relate recuos ou recaídas.

14. Apoiando o acesso a experiências espirituais, por exemplo passagens bíblicas, orações, frequência de locais de culto, acesso a recursos religiosos on-line.

15. Apoiando experiências edificantes, por exemplo arte, literatura, poesia, dança, música, ciência, natureza.

16. Apoiando o acesso a oportunidades de autodescoberta, por exemplo terapia pessoal, escrever um diário, um poema ou uma canção, elaborar uma narrativa sobre si próprio.

17. Ajudando a pessoa a dedicar-se aos outros, por exemplo encorajando o trabalho voluntário, ter um animal de estimação, ser responsável por alguma coisa ou por alguém.

18. Familiarizando-se com os recursos electrónicos, por exemplo www.spiritualcrisisnetwork.org.uk, www.spiritualcompetency.com

19. Incentivando a pessoa a desenvolver um capital social, por exemplo vivendo a cidadania, tornando-se politicamente ativo (inclusive como ativista-utente).

20. Incentivando a pessoa a desenvolver atividades culturais, por exemplo participando em grupos culturais específicos e em cerimónias culturais de cura e purificação.

21. Dando à pessoa tempo de reflexão, criando inclusivamente um local tranquilo onde possa estar e elementos que ajudem à contemplação.

OS PILARES DE UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL ORIENTADO PARA A RECUPERAÇÃO

CAPÍTULO 3

O trabalho orientado para a recuperação começa com uma análise dos **valores**. Um tema recorrente nos serviços especializados na recuperação, que desenvolveram perícia relativamente à recuperação, é que os valores são identificados explicitamente e utilizados para a tomada de decisões diária. Isto exige três processos:

- Explicitar os valores,
- Integrá-los na prática diária,
- E adequar a prática ao *feedback* de desempenho.

O primeiro processo consiste em explicitar os valores e, nesse sentido, é passível de debate. Implica identificar e tornar visíveis os valores que permeiam a vida organizacional, que deverá ser feito de forma ativa, mais do que com base em documentos escritos. Quais são os valores chave de um serviço de saúde mental orientado para a recuperação? Não precisam de ser complexos. Bill Anthony propôs¹⁶:

As pessoas com doenças mentais graves são pessoas.

Este é um princípio fundamental para os serviços de saúde mental. As pessoas com problemas de saúde mental exigem todos os direitos, papéis e responsabilidades normais de qualquer pessoa. A missão dos serviços de saúde mental é apoiar o progresso em direção a estes objetivos.

Este princípio único é uma súmula útil para aquelas pessoas que facilmente compreendem os valores da recuperação, mas muitos profissionais preferirão uma abordagem mais pormenorizada. A Caixa 2 apresenta uma proposta de valores nucleares.

caixa 2 **Proposta de valores para um serviço de saúde mental orientado para a recuperação**

Valor 1: O principal objetivo dos serviços de saúde mental é apoiar a recuperação pessoal

Apoiar a recuperação pessoal é o primeiro e principal objetivo dos serviços de saúde mental.

Valor 2: As ações dos profissionais centrar-se-ão prioritariamente em identificar, elaborar e apoiar o trabalho que visa os objetivos da pessoa

Se as pessoas têm de ser responsáveis pelas próprias vidas, então o apoio a este processo significa que não se imponham sentidos e preconceitos sobre aquilo que importa, centrando-se, em vez disso, nos objetivos de vida de cada pessoa.

Valor 3: Os serviços de saúde mental funcionam como se a pessoa fosse - ou (quando em crise) venha a ser - responsável pela sua própria vida.

Não compete ao profissional resolver o problema da pessoa ou conduzi-la para a recuperação. A sua função principal é ajudar as pessoas a desenvolver e a usar competências de autogestão nas suas próprias vidas. Em qualquer situação, a resposta instintiva do profissional deve ser: “Você consegue, nós podemos ajudar.”:

- Você consegue por causa de uma convicção genuína do imenso potencial de auto-regulação e de responsabilidade pessoal existente em cada pessoa e na comunidade mais alargada
- Nós podemos ajudar devido a uma convicção simultânea de que a perícia profissional é valorizada por muitas pessoas, nomeadamente quando o Valor 2 está presente

Estes valores apontam para a necessidade de substituir gradualmente o assumir responsabilidades *pela* pessoa pelo assumir responsabilidades *com* a pessoa. Assumir responsabilidades com a pessoa significa negociar e colaborar explicitamente no seio de uma relação de parceria, assumindo uma parte da responsabilidade que rapidamente se vai reduzindo à medida que o enfoque se vai deslocando de fazer para o utente (durante as crises) para fazer com o utente, até que este faça por si só. Implica também que o profissional tenha consciência dos valores – um autoconhecimento dos valores pessoais e profissionais.

O segundo processo passa por **integrar os valores na vida diária e nas práticas de trabalho do sistema de saúde mental**. Trata-se de um desafio importante, dado que a formação sobre valores não se traduz facilmente numa prática consonante.

O terceiro processo envolve **adequar a prática ao feedback de desempenho**. Sem uma boa avaliação do sucesso, a tendência natural é partir do princípio que tudo está bem (ou, pelo menos, centrar a atenção nas muitas outras necessidades prementes).

PONTOS DE AÇÃO

O profissional pode apoiar a recuperação:

22. Aprendendo sobre o processo de recuperação através de sítios da internet (ver apêndice), narrativas de recuperação¹⁷⁻²¹ e em encontros com pessoas em recuperação.

23. Explicitando os valores dentro da organização.

24. Apropriando-se e difundindo largamente estes valores junto de todos os interessados.

25. Esperando ser responsabilizado por estes valores.

26. Criando no seio dos profissionais de saúde mental uma cultura de *empowerment* e não de adesão, para que ‘não precisem de licença’ para adequar o comportamento aos valores acordados.

27. Recolhendo informação sobre o desempenho relativo a estes valores e alterando o comportamento de forma a melhorar o desempenho.

28. Transformando a organização, por exemplo promovendo ativamente – literalmente, se possível – os “campeões” da recuperação, participando nas redes existentes (por exemplo Coalition of Psychiatrists in Recovery

www.wpic.pitt.edu/AACP/CPR), aprendendo com os outros.

29. Recrutando pessoas com competências em recuperação^{22;23;15}, colocando na entrevista questões como “Por que razão pensa que as pessoas com doença mental querem trabalhar?” de forma a dar aos candidatos a oportunidade de demonstrar os seus valores, avaliando se os conhecimentos, atitudes e competências chave, relativamente à recuperação²⁴ estão presentes.

AVALIAÇÃO CAPÍTULO 4

Como é que a avaliação pode promover a recuperação? Os objetivos da avaliação diferem do objetivo tradicional que é identificar a doença e programar o tratamento.

4.1 Utilizar a avaliação para desenvolver e validar o sentido pessoal

O desenvolvimento de um sentido pessoal é crucial para a recuperação, mas são poucos os que encontram algo de satisfatório no papel de pessoa com doença mental. Como é que o profissional pode avaliar uma pessoa de forma a evitar impor um sentido negativo e, consequentemente, dificultar a recuperação?

O Quadro de Recuperação Pessoal identificou a diferença essencial entre a pessoa que vive a doença mental e a própria doença mental, assim como a importância consequente de um enfoque prioritário na pessoa e não na doença.

Para a pessoa portadora de doença mental, a integração da experiência na sua identidade global é um passo importante no caminho da recuperação. É algo que não se pode fazer pela pessoa e, por isso, a avaliação implica trabalhar com ela, de modo a ajudá-la a encontrar as suas próprias explicações.

O processo começa, normalmente, com a procura de um sentido – o sentido daquilo que aconteceu e acontece. Muitas pessoas tentarão reduzir a ansiedade, pedindo uma resposta ao profissional de saúde mental. Neste sentido, uma parte da avaliação envolverá recolher informações suficientes para poder propor uma perspectiva profissional. A visão profissional do diagnóstico deve, obviamente, ser partilhada, mas deve haver, também, alguma prudência no modo como é utilizada no processo de avaliação. É um recurso a propor ao utente, não é ‘a’ resposta.

Um diagnóstico pode ser útil, por exemplo para mostrar que outros passaram por uma experiência semelhante, mas também pode ser de pouca utilidade se o profissional ou o utente pensarem que um

diagnóstico é uma explicação (quando é apenas uma descrição), e pode ativamente impedir a recuperação se o utente pensar que o profissional, que agora sabe o que se passa, o pode curar. Para muitos, talvez para a maioria das pessoas com doença mental, não existe uma varinha mágica apesar das esperanças que possam ter. A realidade é que a recuperação implica inúmeros pequenos atos. A prudência na comunicação de uma perspectiva profissional, necessita de ser genuína e não uma manobra terapêutica para reduzir o choque da realidade do diagnóstico.

O resultado da busca individual de sentido pode ou não ser coerente com uma procura profissional. Isso não interessa! O objetivo do processo de recuperação não é ficar “normal”. O objetivo é adoptar a nossa vocação humana de nos tornarmos mais profundamente, mais totalmente humanos²⁵.

4.2 Utilizar a avaliação para maximizar pontos fortes

Visto de perto, ninguém é “normal”. Se questionarmos apenas sobre os défices, obteremos uma imagem enviesada da pessoa como uma pessoa com pouco potencial e reduzidos recursos pessoais ou sociais. Como é que a avaliação pode maximizar os pontos fortes, assim como identificar problemas?

Uma abordagem possível é elaborar um diálogo estruturado, equivalente a um exame ao estado mental, para identificar os pontos fortes, os valores, as estratégias de *coping*, os sonhos, os objetivos e as aspirações da pessoa. Que forma pode isso assumir? Na Caixa 3 propõe-se uma Avaliação de Saúde Mental, apresentando os elementos equivalentes de uma entrevista padrão entre parêntesis rectos.

PONTOS DE AÇÃO

O profissional pode apoiar o desenvolvimento de sentido pessoal:

30. Incorporando no seu trabalho a investigação do sentido da vida.²⁶

31. Elaborando novos guiões que validem o sentido pessoal, por exemplo reagindo à afirmação “Eu sofro de esquizofrenia” com “Pergunto-me se é o que você pensa ou se é o que outras pessoas disseram a seu respeito?”.

32. Interagindo, fora do contexto clínico, com pessoas com problemas de saúde mental, por exemplo encontro com pessoas que ouvem vozes e que aceitam as vozes como reais através da *Hearing Voices Network* (www.hearing-voices.org), ou realizando seminários sobre psicoses²⁷, ou como colegas de utentes-colaboradores.

33. Entendendo que as relações entre a pessoa que ouve vozes e a sua voz é uma relação social²⁸, e como tal, as questões de vitimização, poder, medo e *empowerment* são tópicos válidos de avaliação.

caixa 3 Avaliação de saúde mental

Pontos fortes e recursos atuais [História da doença]

O que é que o motiva? Considerar a espiritualidade, os papéis sociais, a identidade cultural/política, a autoconfiança, as competências de vida, a resistência, a resiliência, o humor, o domínio do ambiente, o apoio de outros, a capacidade de exprimir emoções artisticamente.

Objetivos pessoais [Avaliação de riscos]

Em que aspetos gostava que a sua vida fosse diferente? Quais são atualmente os seus sonhos? De que forma mudaram?

História anterior de coping [História psiquiátrica anterior]

De que modo viveu os tempos difíceis da sua vida? Quais os apoios que achou úteis? O que gostaria que tivesse acontecido?

Recursos herdados [Antecedentes genéticos]

Existe na sua família alguma história de grandes feitos? Artistas, autores, atletas ou académicos?

Ambiente familiar [Ambiente familiar]

Ao longo do seu crescimento houve alguém que admirou muito? Que lições importantes aprendeu na sua infância?

Aprender com o passado [Acontecimentos desencadeadores]

O que é que estas experiências lhe ensinaram? Houve alguns aspectos positivos que o levaram a mudar ou a crescer como pessoa? Considerar gratidão, altruísmo, empatia, compaixão, auto-aceitação, auto-eficácia, sentido.

História do desenvolvimento [História do desenvolvimento]

Como foi a sua vida ao longo do seu crescimento? O que é que lhe dava prazer? Qual é a sua melhor recordação? Que competências ou capacidades descobriu em si?

Papéis sociais valorizados [História ocupacional]

O que é que alguém que o conhece bem e gosta de si diria a seu respeito? O que gostaria que dissesse? Em que medida é uma pessoa útil ou de valor para outrem?

Apoios sociais [História relacional]

Em quem se apoia quando tem problemas? Quem procura o seu apoio?

Dotes pessoais [História forense, drogas e álcool]

O que há de especial em si? Já alguma vez alguém a/o elogiou? Que coisas fez ou que comportamentos teve que a/o fizeram sentir-se realmente orgulhoso?

Uma identidade positiva resulta igualmente de uma vida saudável em termos de alimentação e condição física – ou de qualquer outra coisa que faça com que as pessoas se sintam bem.

PONTOS DE AÇÃO

O profissional pode apoiar o desenvolvimento de uma identidade positiva:

34. Avaliando as capacidades assim como as fragilidades, por exemplo utilizando as perguntas da Caixa 3 ou executando o *Strengths Model*²⁹, ou utilizando o *Values in Action Inventory of Strengths* (questionário on-line www.viastrengths.org)³⁰, ou o exame clínico *Rethink Physical* (www.rethink.org/physicalhealthcheck).

4.3 Utilizar a avaliação para incentivar a responsabilidade pessoal

O objetivo da avaliação é criar uma relação de parceria que amplie os esforços da pessoa com vista à recuperação. O desafio é não interferir com a recuperação da pessoa, evitando relacionamentos que criem dependência, avaliações centradas nos défices, tratamentos que fomentem a passividade e devolver gradualmente a responsabilidade à pessoa. Qual é a diferença prática desta orientação? Um exemplo prende-se com a definição de objetivos. Muitas pessoas têm dificuldade em realizar uma atividade com um propósito. O profissional pode ajudar, recorrendo a perguntas centradas na pessoa:

- Quando é que se sentiu mais vivo, animado?
- Quando foi a última vez que se divertiu?
- O que é que faria diferença na sua vida?
- Quais são os seus sonhos?
- O que quer na vida?
- O que tornaria a sua vida melhor?
- O que daria mais sentido à sua vida?
- O que tornaria a sua vida mais agradável?

O desafio é, então, *não* interferir no processo assumindo a responsabilidade (ex. ajudando a pessoa a decidir se o objetivo é realista), ou identificando *pelo utente*, as etapas conducentes ao seu objetivo. O antídoto para qualquer tendência dos profissionais para assumir a responsabilidade é o recurso às competências de *coaching* para apoiar as relações de parceria: “O que seria preciso para atingir este objetivo?”, “Que aconteceria se contestasse a regra que diz que não pode fazer isto?” O profissional tem de ter perícia tanto a facilitar quanto a fazer.

4.4 Utilizar a avaliação para apoiar uma identidade positiva

O profissional sabe que a experiência da doença mental alterará muito certamente a pessoa. As mudanças verificadas na identidade durante o processo de recuperação são diferentes de pessoa para pessoa, como em qualquer outro processo de recuperação. Todavia, podem distinguir-se dois grandes tipos de mudança: redefinição dos elementos de

identidade existentes (redefinição da identidade) e construção de novos elementos (desenvolvimento de identidade). O profissional orientado para a recuperação sabe que este trabalho relativo à identidade começa logo que possível: um mero enfoque na cura da doença mental interfere no apoio às pessoas para que estas possam viver bem desde o primeiro momento do processo de recuperação.

PONTOS DE AÇÃO

O profissional pode apoiar o desenvolvimento de uma identidade positiva:

35. Encontrando formas de ver a pessoa quando a doença é muito dominante, por ex. utilizando referências temporais que ajudem a colocar a pessoa tal como está agora no contexto mais alargado da sua vida; aumentando o envolvimento com a pessoa quando esta está bem, de forma a que o profissional possa durante os períodos de crise ter uma imagem da pessoa saudável; envolvendo os cuidadores.

36. Aprendendo com abordagens externas à saúde mental para ampliar a identidade positiva (por exemplo www.bluesalmon.org.uk).

37. Trabalhando em conjunto para encontrar uma explicação útil à pessoa.

38. Centrando a discussão na pessoa e não na doença: incluindo o bem-estar, as capacidades e as preferências, assim como os sintomas e a incapacidade.

4.5 Utilizar a avaliação para aumentar a esperança

A mudança ao nível da identidade é uma perspectiva assustadora e a esperança de que a recuperação é possível pode ser vital. Como é que se pode apoiar, com realismo, esta esperança de futuro quando é impossível sabermos que futuro existe para a pessoa? É possível identificar valores, atitudes e comportamentos dos profissionais que promovem esperança nas pessoas com quem trabalham³¹⁻³³. O Quadro 2 apresenta estratégias de promoção da esperança.

PONTOS DE AÇÃO

- O profissional pode ajudar a fomentar a esperança:
- 39. Recorrendo às estratégias elencadas no quadro 2.
 - 40. Utilizando cada reunião como uma oportunidade de ajudar o utente a aprender mais sobre si próprio.
 - 41. Demonstrando modéstia e prudência acerca dos limites do conhecimento profissional.
 - 42. Falando de recuperação.

quadro 2 Estratégias de promoção da esperança

	UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS INTERPESSOAIS
VALORES DO PROFISSIONAL	Valorizar a pessoa como ser humano único Confiar na autenticidade daquilo que a pessoa diz
ATITUDES DO PROFISSIONAL	Acreditar no potencial e na força da pessoa Aceitar a pessoa como ela é Ver as recaídas e os ‘recuos’ como parte da recuperação
COMPORTAMENTOS DO PROFISSIONAL	Escutar sem fazer juízos Tolerar a incerteza acerca do futuro da pessoa Expressar e demonstrar uma preocupação genuína pelo bem-estar da pessoa Utilizar o humor de forma apropriada

ATIVACÃO DOS RECURSOS INTERNOS	
VALORES DO PROFISSIONAL	O fracasso é um sinal positivo de empenho e contribui para o autoconhecimento
	Ser humano é ter limites – o desafio é ultrapassá-los ou aceitá-los
ATITUDES DO PROFISSIONAL	Tem que se fazer o luto das perdas
	A pessoa precisa de encontrar sentido na sua doença mental e, principalmente, na sua vida
COMPORTAMENTOS DO PROFISSIONAL	Apoiar a pessoa para que esta defina e atinja os objetivos que valoriza pessoalmente
	Ajudar a pessoa a criar melhores estratégias de <i>coping</i>
	Ajudar a pessoa a lembrar sucessos e experiências positivas anteriores
	Apoiar e incentivar ativamente a exploração da espiritualidade
ACESSO A RECURSOS EXTERNOS	
VALORES DO PROFISSIONAL	Acesso a recursos externos
	Dirigir esforços no sentido de apoiar a pessoa para que esta mantenha relações e papéis sociais
	Encontrar ou formar um grupo de pessoas receptivo ao carácter único da pessoa, aos seus pontos fortes e esforços demonstrados
ATITUDES DO PROFISSIONAL	Alojamento, emprego e educação são recursos externos chave
	Usar utentes e ex-utentes em fase avançada de recuperação como modelos
COMPORTAMENTOS DO PROFISSIONAL	Facilitar o contacto com modelos pares e grupos de auto-ajuda
	Estar disponível nas crises
	Apoiar o acesso a toda uma gama de tratamentos e informação
	Apoiar as relações próximas

PLANEAR A AÇÃO CAPÍTULO 5

Num serviço de saúde mental centrado na recuperação pessoal, a avaliação leva à identificação de dois tipos de objetivos.

Objetivos de recuperação são os sonhos e as aspirações das pessoas. São influenciados pela personalidade e pelos valores. São únicos, frequentemente idiossincráticos. Visam o futuro embora possam, obviamente, envolver o passado. Baseiam-se no que a pessoa quer ativamente mais do que no que quer evitar. Os objetivos de recuperação baseiam-se nos pontos fortes e orientam-se para o reforço de uma identidade positiva e para o desenvolvimento de papéis sociais valorizados. Podem ser um desafio para o profissional, quer porque parecem irrealistas e inadequados, quer porque apoiá-los está fora das suas funções. Por vezes implicam o esforço do profissional ou podem estar fora da esfera de ação dos serviços de saúde mental. Exigem sempre do utente que assuma responsabilidade pessoal e que se esforce. Os objetivos de recuperação são definidos pelo utente e são sonhos com prazo fixo.

Objetivos de tratamento decorrem das exigências societárias e das obrigações profissionais impostas aos serviços de saúde mental para refrear e controlar o comportamento e melhorar a saúde. Estes objetivos estão normalmente associados à minimização do impacto de uma doença e ao evitamento de acontecimentos nefastos como recaídas, internamentos hospitalares, riscos graves, etc. As ações resultantes serão frequentemente tarefas realizadas pelos profissionais. Os objetivos de tratamento e as ações associadas são a base da prática justificável e são importantes e necessárias.

Os objetivos de recuperação e os objetivos de tratamento são diferentes. Os objetivos de recuperação são semelhantes aos objetivos de pessoas sem doença mental. É necessário que haja um enfoque explícito na identificação dos objetivos de recuperação ao longo do processo de avaliação.

PONTOS DE AÇÃO

O profissional pode ajudar a pessoa a identificar os objetivos de recuperação:

43. Centrando o planeamento na pessoa^{34;35}.

44. Incentivando a utilização de manuais de trabalho elaborados para os utentes^{36;37}. *Wellness Recovery Action Planning* (WRAP)³⁸ é a abordagem mais utilizada a nível internacional (www.mentalhealthrecovery.com).

45. Completando um WRAP pessoal – a identificação de algo de que o profissional está a recuperar promove uma aprendizagem pela experiência e reduz as distinções estigmatizantes.

APOIAR O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE AUTOGESTÃO CAPÍTULO 6

O profissional apoia a recuperação propondo tratamentos e intervenções que melhorem as competências de autogestão da pessoa. O acesso a tratamentos eficazes e administrados de forma adequada é um contributo essencial para a recuperação de muitas pessoas, mas fornecer tratamentos não é o objetivo prioritário dos serviços de saúde mental. Um serviço orientado para a recuperação apoia as pessoas na utilização dos medicamentos, de outros tratamentos e serviços como um recurso na sua recuperação.

A recuperação é apoiada quando a pessoa percebe que o tratamento daí resultante é centrado nela, aumenta os apoios naturais, se baseia em pontos fortes e se foca na comunidade. O desafio é trabalhar com a pessoa: ter serviços à medida das necessidades e não predefinidos.

PONTOS DE AÇÃO

O profissional pode apoiar a autogestão:

46. Criando um ambiente acolhedor, agradável e respeitador – disponibilizando histórias de recuperação, providenciando fruta e bebidas.

47. Preparando o primeiro contacto pessoal. Por exemplo, os *club-houses* contratam pessoas para acolher os novos membros e o serviço de internamento *Living Room* (www.recoveryinnovations.org) emprega na triagem trabalhadores pares para que o primeiro contacto de alguém em crise seja outra pessoa que já viveu uma experiência de doença mental e está em recuperação.

6.1 Promover a capacidade de agir

Um dos requisitos necessários da autogestão é a percepção da capacidade de agir em relação ao seu próprio destino: a auto-convicção de que a pessoa pode exercer um impacto sobre a sua vida. Pode ser um processo difícil precisamente porque a doença mental muitas vezes suprime a auto-confiança. Pedir a uma pessoa que assuma a

responsabilidade pela sua vida antes de ela ter esta capacidade, não a beneficiará. Isto não significa diminuir as expectativas, já que muitas pessoas as poderão vir a alcançar. Apenas adequar o apoio à fase de recuperação em que a pessoa está.

PONTOS DE AÇÃO

O profissional pode ajudar a desenvolver a capacidade de agir:

- 48. Utilizando experiências pessoais de planos de vida que requerem alterações, de modo a aumentar a consciência pessoal sobre as dificuldades que a capacidade de agir pode acarretar.
- 49. Apoiando os esforços para atingir objetivos.
- 50. Incentivando a pessoa a realizar-se.
- 51. Incentivando a pessoa a dar algo de si aos outros.
- 52. Apoiando o acesso a experiências agradáveis.
- 53. Celebrando os sucessos pessoais e ajudando a integrar as experiências positivas na identidade pessoal.

6.2 Apoio ao desenvolvimento do *empowerment*

O *empowerment* emerge das crenças sobre a capacidade de agir e envolve comportamentos que têm um impacto positivo na vida das pessoas. A abordagem tradicional tem sido considerar a pessoa como o problema. A mudança fundamental numa perspectiva de recuperação é ver a pessoa como parte da solução. Uma abordagem orientada para a recuperação parte do princípio que a pessoa tem a capacidade de assumir a responsabilidade pela sua vida. A questão deixa, então, de ser: como é que o profissional pode parar o comportamento lesivo, passando a ser como apoiar essa pessoa a chegar a um ponto em que ela mesma deseje pôr fim a este comportamento.

O Princípio *WIIFM* – *What's In It For Me?* (o que tenho eu a ganhar com isto?) motiva o comportamento da maioria das pessoas. A questão é identificar qual o objetivo de recuperação que a pessoa valoriza e que está a ser impedido por um determinado comportamento. Se isto for

impossível, então o comportamento (tal como afastar-se de serviços que não visam os objetivos da pessoa) pode ser totalmente racional e não estar associado à doença.

PONTOS DE AÇÃO

O profissional pode apoiar o desenvolvimento de *empowerment*:

54. Criando e pondo a funcionar o processo de reclamações.
55. Disponibilizando a opção de mudança de profissional.
56. Apoiando o acesso aos recursos de autogestão (ex. www.glasgowsteps.com).
57. Promovendo o contacto com outras pessoas em recuperação que podem ser um modelo de *empowerment* e demonstrar experiência na autogestão.
58. Defendendo que os empregadores atribuam um crédito positivo à experiência de doença mental³⁹.
59. Apoiando a avaliação de tratamentos e serviços feitos pelos utentes.
60. Facultando formação em assertividade (ex. ensinando o DESC script⁴⁰) e em seguida reforçando os comportamentos de *empowerment*.
61. Validando os esforços de autogestão através de apoios não relacionados com a saúde mental, tais como apoio espiritual ou participação num evento cultural.
62. Incentivando o *empowerment* através da atribuição de um 'chapéu de recuperação' a uma pessoa em cada reunião da equipa. A função deste profissional passará então a ser a defesa do utente em discussão, centrando o seu contributo sobre a forma como os serviços estão a apoiar a recuperação dessa pessoa.
63. Considerando a resistência à mudança como razoável, compreensível e normal porque a recuperação acontece por fases.

6.3 Apoiar o desenvolvimento da motivação

A abordagem da entrevista motivacional engloba o modo de iniciar um processo dirigido aos objetivos de recuperação⁴¹. A entrevista motivacional é uma abordagem centrada na pessoa destinada a apoiar as alterações de comportamento, através da exploração e resolução da ambivalência e está orientada para a colaboração, evocação e autonomia.

PONTOS DE AÇÃO

O profissional pode aumentar a motivação:

64. Usando a escuta reflexiva para verificar se aquilo que ouve corresponde ao que a pessoa pretende transmitir: “Parece que...”, “Sente que...”, “Então você...”.

65. Centrando-se nas razões que levam uma pessoa a querer mudar, não na forma como mudará.

66. Centrando-se nas motivações para a mudança: “Pense no seu objetivo de recuperação. Avalie a disponibilidade para mudar o comportamento de forma a atingir o objetivo, numa escala de 1 (indisponível) a 10 (totalmente disponível) . O que o levou a pontuar mais do que 1?”.

67. Minimizando, por exemplo “Então, isso não lhe causou qualquer problema?”.

68. Exagerando, por exemplo “Então parece que não há qualquer hipótese de você conseguir atingir o seu objetivo?”.

69. Interrogando para aumentar a motivação: “O que é que o leva a pensar que pode conseguir?”, “Se conseguir, até que ponto ficarão as coisas diferentes?”, “Como era você antes de o problema surgir?”, “O que é que o preocupa nesta situação?”, “O que é o pior que pode acontecer se você não mudar?”.

70. Explorando valores – “Quais são as coisas mais importantes na sua vida?” – e sublinhando as contradições entre o comportamento e o que é valorizado.

71. Criando ritos de celebração para maximizar e apoiar o sucesso.

6.4 O contributo da medicação para a recuperação

Num serviço de saúde mental orientado para a recuperação, pode existir toda uma gama de medicamentos psicotrópicos. Todavia, a missão do serviço não é ministrar medicamentos, independentemente das consequências. A sua missão é, obviamente, apoiar a recuperação pessoal. Isto pode implicar, ou não, que uma determinada pessoa recorra a medicamentos num momento particular da sua vida. Assim, a medicação, com o seu equilíbrio de efeitos positivos e negativos, é um apoio potencial à recuperação, entre muitos outros.

PONTOS DE AÇÃO

O profissional pode apoiar a utilização de medicação como ferramenta de recuperação:

72. Conferindo uma importância crucial ao facto da pessoa assumir a responsabilidade pessoal pelo seu bem-estar.

73. Considerando a medicação como uma *"protecção permutável contra as recaídas"*⁴², em que as abordagens farmacológica e psicossocial protegem a pessoa das recaídas. O enfoque será mais na promoção da resiliência (que é o que realmente importa) do que na medicação (que pode ou não importar). Para mais informação sobre resiliência ver www.resilnet.uiuc.edu

74. Usando os conhecimentos sobre medicação para ajudar a pessoa a encontrar aquilo que mais lhe convém.

75. Dando ao utente o controlo sobre a medicação, reconhecendo que 100% das taxas de prescrição geram dúvidas sobre a disponibilidade real de escolha.

76. Garantindo que a medicação prescrita está totalmente disponível para todos aqueles que a quiserem tomar.

77. Apoiando as pessoas que não se sentem seguras sobre a toma de medicamentos, fazendo perguntas pertinentes, centrando a discussão no contributo da medicação para os objetivos de recuperação, fornecendo informação clara (incluindo sobre os efeitos secundários), e dando apoio à pessoa para que esta planeie e faça experiências.

78. Aprendendo com as abordagens inovadoras de forma a apoiar a tomada de decisões sobre a medicação, tanto em medicina geral (ex. www.dhmc.org/shared_decision_making.cfm, decisionaid.ohri).

ca/odsf.html) como nos serviços de saúde mental, por exemplo *CommonGround* (patdeegan.com).

79. Dando apoio às pessoas que querem abandonar a medicação, por exemplo informando sobre as vantagens e desvantagens deste ato, identificando alternativas (continuar com a medicação durante um período determinado e depois voltar a analisar a situação, identificar sinais de alerta precoces e os planos conjuntos de crise antes de abandonar, abandono faseado, etc.), validando a decisão da pessoa mesmo quando esta é diferente da opinião do prescritor e identificando fontes de apoio não medicamentosas.

80. Conhecendo bem os recursos⁴³⁻⁴⁷ e os sítios da internet (ex. www.comingoff.com) que começam a estar disponíveis para apoiar as pessoas que querem abandonar a medicação psiquiátrica.

6.5 Como pode o risco contribuir para a recuperação

O risco é uma questão importante levantada pela mudança de orientação para a responsabilidade e para o controlo das pessoas sobre a sua vida. A realidade política e profissional influencia o sistema de saúde mental, no sentido de evitar riscos. Esta é uma questão importante, porque é necessário que as pessoas corram riscos para poderem crescer, desenvolver-se e mudar. Na vida, correr riscos é uma parte necessária de se ser humano. A contradição destas duas utilizações do termo risco – algo necessário e algo a evitar – é pouco útil. Num serviço orientado para a recuperação há uma separação nítida dos dois sentidos.

O risco perigoso relaciona-se com comportamentos que são ilegais ou não aprovados socialmente, por exemplo atos homicidas e suicidas, comportamento anti-social e criminoso, irresponsabilidade pessoal, comportamento de auto-lesão e recaída na doença mental. O risco perigoso deve ser evitado e os objetivos de tratamento visam a redução deste tipo de riscos. Evitar o risco perigoso pode também ser parte de um objetivo de recuperação, embora, neste caso, haja uma razão para tal: “O meu trabalho de voluntário significa tanto para mim que eu quero evitar pô-lo em risco por me tornar hostil quando não estou bem”.

O risco positivo relaciona-se com comportamentos que envolvem a pessoa assumir desafios que conduzam a um crescimento e desenvolvimento pessoal. Isto inclui a criação de novos interesses, experimentar coisas cuja exequibilidade é incerta, decidir agir diferentemente numa relação e assumir novos papéis. Quase sempre esta abordagem é benéfica – mesmo que tudo corra mal, as tentativas e os fracassos aumentam a resiliência. O risco positivo – risco por um motivo – é necessário para atingir muitos objetivos de recuperação.

PONTOS DE AÇÃO

O profissional pode apoiar a recuperação no que toca ao risco:

81. Percebendo que concentrando-se em evitar o risco perigoso através da sua ação, o profissional pode, na realidade, estar a contribuir para que as pessoas não desenvolvam competências de assumir a responsabilidade pelas suas ações.

82. Reconhecendo que o envolvimento com os serviços de saúde mental é muito mais provável de acontecer se for dada primazia aos objetivos de recuperação por contraponto aos objetivos de tratamento.

83. Garantindo que estão implementados sistemas certificados e apoiados a nível organizacional para avaliar, desenvolver e documentar ações que envolvam riscos positivos em prol da recuperação.

84. Centrando-se no risco positivo mais do que em evitar riscos perigosos, uma vez que é desta forma que se desenvolvem as competências porque é isto que desenvolve as competências de autogestão do risco.

85. Identificando ações que reduzam os riscos perigosos, em colaboração, tanto quanto possível, com os utentes do serviço.

RECUPERAÇÃO ATRAVÉS DA CRISE CAPÍTULO 7

O tratamento compulsivo durante as crises é, por vezes, necessário nos serviços de saúde mental orientados para a recuperação. Quando alguém está em risco de fazer mal a outrem ou a si próprio, é melhor que os serviços intervenham – o enfoque na recuperação pessoal não implica que o profissional se afaste e fique à espera que as tragédias aconteçam, só porque a pessoa não pediu ou não quis ajuda. Portanto, uma intervenção durante a crise é aceitável quando outras opções se esgotaram. Uma intervenção orientada para a recuperação visa:

- Evitar as crises desnecessárias;
- Minimizar a perda de responsabilidade pessoal durante a crise;
- Apoiar a identidade durante e após as crises.

7.1 Evitar crises desnecessárias

A melhor maneira de reduzir a probabilidade de uma crise é através do desenvolvimento das competências de autogestão. Estas conduzem à capacidade de agir, ao *empowerment* e à resiliência que permitem lidar com contrariedades ou retrocessos. Um tipo importante de competência de autogestão é a capacidade de reconhecer e reagir aos sintomas de doença mental. O desafio em relação à recuperação passa por um trabalho precoce de reconhecimento dos sinais de alerta, de forma a aumentar a capacidade da pessoa em se auto-regular, ao invés de ficar ansiosa ou hipervigilante em relação a uma recaída.

As competências são necessárias para transmitir duas mensagens. Primeiro, a de que nem todos os altos e baixos da vida são indicadores de potenciais recaídas. É igualmente necessário investir no desenvolvimento de competências que permitam um envolvimento na vida e ter uma atitude que ajude a lidar com a adversidade e não a evitá-la.

Em segundo lugar, a recaída (no sentido de voltar para trás) é normal. As pessoas que lutam para se libertar de um comportamento prévio ou de um padrão emocional sofrem recaídas. Pode ser útil lembrar que a maior parte das pessoas que deixaram de fumar fizeram doze ou catorze tentativas anteriores⁴⁸, ou que os milionários entraram ou se aproximaram da falência, em média, 3,2 vezes⁴⁹. Os riscos positivos e

os retrocessos associados são necessários na vida – são um sinal de saúde e não de doença.

PONTOS DE AÇÃO

O profissional pode ajudar as pessoas antes das crises:

86. Trabalhando com o utente de forma a identificar os sinais de alerta precoce de uma crise latente.

87. Transmitindo mensagens de normalização sobre aquilo que constitui um nível útil de automonitorização.

88. Acentuando que os retrocessos são normais – é a reação aos mesmos que é crítica.

7.2 Minimizar a perda de responsabilidade pessoal durante a crise

Um serviço orientado para a recuperação visa tomar o mínimo possível de decisões em relação à pessoa, o que se consegue mantendo o processo de tomada de decisão o mais possível nas mãos dos utentes. Quando as pessoas perdem temporariamente esta capacidade recorre-se às suas visões anteriormente manifestadas, ou as decisões são tomadas pelos seus representantes que agem em seu nome. Só quando estas possibilidades não existem é que o profissional deve tomar decisões em função dos melhores interesses da pessoa.

Uma abordagem essencial para reduzir a perda de autonomia é, portanto, a utilização de diretrizes anteriormente dadas pelas pessoas. Estas directrizes tomam muitas formas e a sua contextualização legal varia de país para país. No entanto, quando utilizadas apropriadamente, dão ao profissional as informações que este necessita para executar o seu trabalho – que é centrar-se sempre, durante as crises, na pessoa e nos seus valores.

PONTOS DE AÇÃO

O profissional pode minimizar a perda de responsabilidade pessoal durante as crises:

89. Centrando-se na pessoa e nos seus valores durante a crise.

90. Recorrendo por rotina a orientações anteriormente dadas pelas pessoas e a outras abordagens (ex. acordos de tratamento, ficheiros pessoais do paciente) anteriores à crise.

7.3 Apoiar a identidade durante as crises

As relações são de importância crucial durante as crises. A reacção dos serviços tradicionais a uma pessoa em crise tem sido o internamento hospitalar. Torna-se, pois, necessário estabelecer relações de parceria em serviços de internamento orientados para a recuperação. Estão também a surgir novos tipos de serviços residenciais de curta duração para pessoas em crise tal como a *Rethink's Cedar House* em Rotherham.

PONTOS DE AÇÃO

O profissional pode apoiar a identidade durante as crises:

91. Equilibrando a necessidade de segurança com a oportunidade que a crise apresenta para aprender com o passado e reorientar os planos futuros.

92. Mantendo a vida normal das pessoas: garantindo que o correio é recolhido, que os animais domésticos são alimentados, que os familiares a cargo são cuidados, as facturas pagas, a habitação garantida, as entregas canceladas, entre outros.

93. Maximizando a colaboração da rede de apoio da pessoa, por exemplo, não limitando as horas de visita, encorajando as visitas de uma forma ativa, envolvendo-as nas refeições e noutras atividades.

94. Mantendo ativas as competências da vida diária. Se a pessoa for capaz de cozinhar para si própria (e para outros), não é útil que as refeições sejam fornecidas por terceiros. Se a pessoa gosta de ler ou de fazer exercício (ou qualquer outra forma de tratamento pessoal^[50]), é importante incentivar estas atividades.

95. Reforçando a identidade da pessoa logo desde o primeiro contacto, em vez de começar com os procedimentos de admissão focados na doença. Falar com a pessoa acerca da sua vida, do que pretende com a admissão, aquilo que espera fazer depois, etc.

96. Apoando a pessoa ao longo do tempo para que esta reflita sobre a sua crise e a compreenda. Como é que surgiu? O que há nela de bom e de mau? Que ensinamentos contém? De que plano, objectivos, apoios ou competências precisará a pessoa no futuro?

97. Utilizando estrategicamente o tempo em vez de fornecer um programa obrigatório de atividades. Adaptando o apoio às necessidades de cada pessoa, o que pode simplesmente implicar dar espaço à pessoa ou providenciar aconselhamento para apoiar o processo de recuperação ou dar-lhe acesso a meios artísticos e a terapias que lhe permitam exprimir as suas experiências.

SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL CENTRADOS NA RECUPERAÇÃO

CAPÍTULO 8

Como é que podemos reconhecer os serviços de saúde mental centrados na recuperação? Até ao momento não existe nenhum processo de certificação que permita identificar esses serviços. Começam agora a aparecer ferramentas para apoiar os serviços:

- As normas de qualidade mais usadas são *Practice Guidelines for Recovery-Oriented Behavioral Health Care*^{51;52}
- Uma medida de fidelidade para avaliar os serviços dirigidos por pares chamada *Fidelity Assessment Common Ingredients Tool* (FACIT)⁵³
- Uma medida de orientação para o desenvolvimento do serviço chamada *Pillars of Recovery Service Audit Tool* (PoRSAT)⁵⁴
- Uma medida de avaliação pelo utente do serviço que classifica o modo como as relações apoiam os processos de recuperação chamada *Recovery-Promoting Relationships Scale*⁵⁵

Como é que podemos avaliar o impacto de um serviço de saúde mental relativamente ao enfoque na recuperação? A avaliação do resultado deve basear-se num enquadramento teórico e medir aquilo que realmente importa. O Personal Recovery Framework fornece uma base teórica para avaliar os resultados. Identifica duas classes de resultados importantes: os papéis sociais valorizados que reforçam a identidade social e os objetivos de recuperação que contribuem para a identidade pessoal. Uma estratégia global de avaliação de resultados analisará estes dois aspectos. Primeiro, a qualidade objectiva dos indicadores da vida, como alojamento adequado, amizade, segurança, emprego, relações próximas, rendimento, etc. Segundo, o progresso em direção aos objetivos pessoais. Se estes dois aspetos existirem, este serviço será, provavelmente, um serviço de saúde mental orientado para a recuperação.

PONTOS DE AÇÃO

O profissional pode tornar mais visíveis os resultados da recuperação:

98. Utilizando normas de qualidade de apoio à recuperação e ferramentas de desenvolvimento do serviço.

99. Avaliando os processos de recuperação e os resultados, por exemplo, medindo e difundindo os níveis de *empowerment* entre os utentes do serviço.

100. Monitorizando e difundindo continuamente o alcance de papéis socialmente valorizados assim como os objetivos de recuperação valorizados pela pessoa.

TRANSFORMAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE MENTAL

CAPÍTULO 9

Trabalhar de uma forma orientada para a recuperação pode não ocorrer de modo natural no sistema de saúde mental. Evoluir para uma visão de recuperação pode ser impossível sem uma transformação fundamental. De facto, defender o enfoque na recuperação pessoal é defender uma mudança de paradigma, em que:

1. O desafio intelectual ocorre fora do paradigma científico dominante (a compreensão da recuperação emerge de pessoas que sofreram de doença mental, não dos profissionais de saúde mental)
2. As preocupações anteriores (ex. riscos, sintomas, internamentos) passam a ser vistas como questões secundárias ou casos especiais do novo paradigma
3. O que anteriormente era de interesse periférico (por exemplo, a perspectiva do utente) torna-se central.

A inversão de algumas ideias tradicionais está no cerne da abordagem da recuperação:

- A experiência de doença mental é considerada uma parte da pessoa, em vez de se considerar a pessoa um doente mental, ou, por exemplo, “esquizofrénica”
- Ter papéis sociais valorizados melhora os sintomas e reduz o internamento hospitalar, em vez de pensar que é necessário estar em tratamento antes de poder assumir responsabilidades e papéis sociais
- Os objetivos de recuperação são definidos pelo utente do serviço e o apoio para atingir estes objetivos é prestado, entre outros, pelo profissional em vez de os objetivos do tratamento serem elaborados pelo profissional
- A avaliação centra-se mais nos pontos fortes, preferências e competências da pessoa do que naquilo que ela não é capaz de fazer
- As necessidades humanas normais de trabalho, amor e lazer aplicam-se – são as metas para as quais o tratamento pode ou não contribuir
- As pessoas com doença mental são fundamentalmente normais, ou seja, como qualquer outra pessoa no que toca às suas aspirações e necessidades
- Com o decorrer do tempo, as pessoas tomarão boas decisões em

relação às suas vidas se para tal tiverem oportunidade, ajuda e incentivo, em vez de serem pessoas que em geral tomam decisões erradas, de modo que o profissional necessita assumir a responsabilidade por eles.

As implicações - tanto para os utentes dos serviços como para os profissionais - de seguir este caminho da recuperação são profundas. Muito obviamente existe aqui um potencial de emancipar e transformar os utentes dos serviços. Todavia, a mudança não fica por aqui. Uma abordagem de recuperação tem, também, o potencial de libertar os profissionais de expectativas impossíveis de alcançar: diagnosticar esta pessoa; tratar esta doença; curar este paciente; gerir o risco de forma eficiente; manter o público em segurança; excluir da sociedade os comportamentos desviantes. O enfoque na recuperação é do interesse de todos.

RECURSOS ELECTRÓNICOS DE APOIO À RECUPERAÇÃO APÊNDICE 1

Recursos gerais de recuperação

Mental Health Commission www.mhc.govt.nz
Boston University Center for Psychiatric Research www.bu.edu/cpr
Ohio Department of Mental Health www.mhrecovery.com
National Empowerment Center www.power2u.org
Queensland Alliance www.qldalliance.org.au/resources/recovery.chnl
Scottish Recovery Network www.scottishrecovery.net
Recovery Devon www.recoverydevon.co.uk/
Section for Recovery, Institute of Psychiatry www.iop.kcl.ac.uk/recovery
Yale Program for Recovery and Community Health www.yale.edu/prch

Abordagens específicas orientadas para a recuperação

Intentional Care www.intentionalcare.org
Tidal Model www.clan-unity.co.uk
Intentional Peer Support www.mentalhealthpeers.com
Wellness Recovery Action Planning (WRAP) www.mentalhealthrecovery.com
The Village www.village-isa.org
Hearing Voices Network www.hearing-voices.org
Promoting Resilience www.resilnet.uiuc.edu

Iniciativas de combate ao estigma/narrativas de utentes

Mental Health Media www.mhmedia.com
Time to Change www.time-to-change.org.uk
Like Minds, Like Mine www.likeminds.org.nz
See Me www.seemescotland.org
Narratives Research Project www.scottishrecovery.net
Mental Health Stigma www.mentalhealthstigma.com
National Mental Health Awareness Campaign www.nostigma.org
StigmaBusters www.nami.org

Recursos de Psicologia Positiva

Australian Coalition www.positivepsychologyaustralia.org
Centre for Applied Positive Psychology www.cappeu.org
Positive Psychology Center www.ppc.sas.upenn.edu
Centre for Confidence and Well-being www.centreforconfidence.co.uk
Values in Action Inventory of Strengths www.viastrengths.org

Recursos em Portugal

Coordenação Nacional para a Saúde Mental www.saudemental.pt

ENCONTRAR+SE www.encontrarse.pt

UPA INFORMA <http://upainforma.encontrarse.pt>

LISTA DE REFERÊNCIAS APÊNDICE 2

- (1) Slade M. Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
- (2) Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Innovations and Research* 1993; 2:17-24.
- (3) Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically-validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2003; 37:586-594.
- (4) Allott P, Loganathan L, Fulford KWM. Discovering hope for recovery: a review of a selection of recovery literature, implications for practice and systems change. *Canadian Journal of Community Mental Health* 2002; 21(2):13-34.
- (5) May R. Making sense of psychotic experience and working towards recovery. In: Gleeson JFM, McGorry PD, editors. *Psychological Interventions in Early Psychosis*. Chichester: John Wiley & Sons; 2004. 246-260.
- (6) Roberts G, Wolfson P. The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in Psychiatric Treatment* 2004; 10:37-49.
- (7) Roberts G, Wolfson P. New directions in rehabilitation: learning from the recovery movement. In: Roberts G, Davenport S, Holloway F, Tattan T, editors. *Enabling recovery. The principles and practice of rehabilitation psychiatry*. London: Gaskell; 2006. 18-37.
- (8) Farkas M, Gagne C, Anthony W. Recovery and rehabilitation: a paradigm for the new millennium. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation; 1999.
- (9) Clay S, Schell B, Corrigan P, Ralph R, (eds). *On our own, together. Peer programs for people with mental illness*. Nashville, TN: Vanderbilt University Press; 2005.
- (10) Scottish Recovery Network. *The role and potential development of peer support serviços*. Glasgow: Scottish Recovery Network; 2005.
- (11) Mead S, Mead. *Intentional Peer Support: an alternative approach*. Plainfield, NH: Shery Mead Consulting; 2005.
- (12) Heyes S, Tate S. *Art of Recovery*. Yeovil: Speak Up Somerset; 2005.
- (13) Perkins R. *Making it! An introduction to ideas about recovery for people with mental health problems*. London: South West London and

St George's Mental Health NHS Trust; 2007.

(14) Green J. *The Recovery Book*. Practical help for your journey through mental and emotional distress. Norwich: Norwich Mind; 2005.

(15) Mental Health Commission. *Oranga Ngākau*. Getting the most out of mental health services. A recovery resource for service users. Wellington: Mental Health Commission; 2003.

(16) Anthony W. The Principle of Personhood: The Field's Transcendent Principle. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2004; 27:205.

(17) Lapsley H, Nikora LW, Black R. *Kia Mauri Tau!* Narratives of Recovery from Disabling Mental Health Problems. Wellington: Mental Health Commission; 2002.

(18) Ridgway P. Restorying psychiatric disability: Learning from first person narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2001; 24(4):335-343.

(19) McIntosh Z. *From Goldfish Bowl to Ocean*: personal accounts of mental illness and beyond. London: Chipmunkapublishing; 2005.

(20) Scottish Recovery Network. *Journeys of Recovery*. Stories of hope and recovery from long term mental health problems. Glasgow: Scottish Recovery Network; 2006.

(21) Barker PJ, Davidson B, Campbell P, (eds). *From the Ashes of Experience*. London: Whurr Publications; 1999.

(22) O'Hagan M. *Recovery Competencies for New Zealand Mental Health Workers*. Wellington: Mental Health Commission; 2001.

(23) Hope R. *The Ten Essential Shared Capabilities - A Framework for the whole of the Mental Health Workforce*. London: Department of Health; 2004.

(24) Farkas M, Gagne C, Anthony W, Chamberlin J. Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions. *Community Mental Health Journal* 2005; 41:141-158.

(25) Deegan P. Recovery as a journey of the heart. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1996; 19:91-97.

(26) Baumeister RF. *Meanings of life*. New York: Guilford; 1991.

(27) Bock T, Priebe S. Psychosis seminars: an unconventional approach. *Psychiatric Services* 2005; 56:1441-1443.

(28) Byrne S, Birchwood M, Trower P, Meaden A. *A Casebook of Cognitive Behaviour Therapy for Command Hallucinations*. Routledge: Hove; 2005.

(29) Rapp C, Goscha RJ. *The Strengths Model: Case Management With*

People With Psychiatric Disabilities, 2nd Edition. Second ed. New York: Oxford University Press; 2006.

(30) Resnick SG, Rosenheck RA. Recovery and positive psychology: Parallel themes and potential synergies. *Psiquiatria* 2006; 57(1):120-122.

(31) Russinova Z. Providers' Hope-Inspiring Competence as a Factor Optimizing Psychiatric Rehabilitation Outcomes. *Journal of Rehabilitation* 1999; Oct-Dec:50-57.

(32) Perkins R, Repper J. *Social Inclusion and Recovery*. London: Baillière Tindall; 2003.

(33) Snyder CR. *Handbook of hope*. San Diego: Academic Press; 2000.

(34) Adams N, Grieder DM. *Treatment Planning for Person-Centered Care*. Burlington, MA: Elsevier; 2005.

(35) Tondora J, Pocklington S, Osher D, Davidson L. Implementation of person-centered care and planning: From policy to practice to evaluation. Washington DC: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2005.

(36) Coleman R, Baker P, Taylor K. *Working to Recovery. Victim to Victor III*. Gloucester: Handsell Publishing; 2000.

(37) Ridgway P, McDiarmid D, Davidson L, Bayes J, Ratzlaff S. *Pathways to Recovery: A Strengths Recovery Self-Help Workbook*. Lawrence, KS: University of Kansas School of Social Welfare; 2002.

(38) Copeland ME. *Wellness Recovery Action Plan*. Brattleboro: VT: Peach Press; 1999.

(39) Becker DR, Drake RE. *A Working Life for People with Severe Mental Illness*. Oxford: Oxford University Press; 2003.

(40) Bower SA, Bower GH. *Asserting yourself. A practical guide for positive change*. Cambridge, MA: Da Capo Press; 2004.

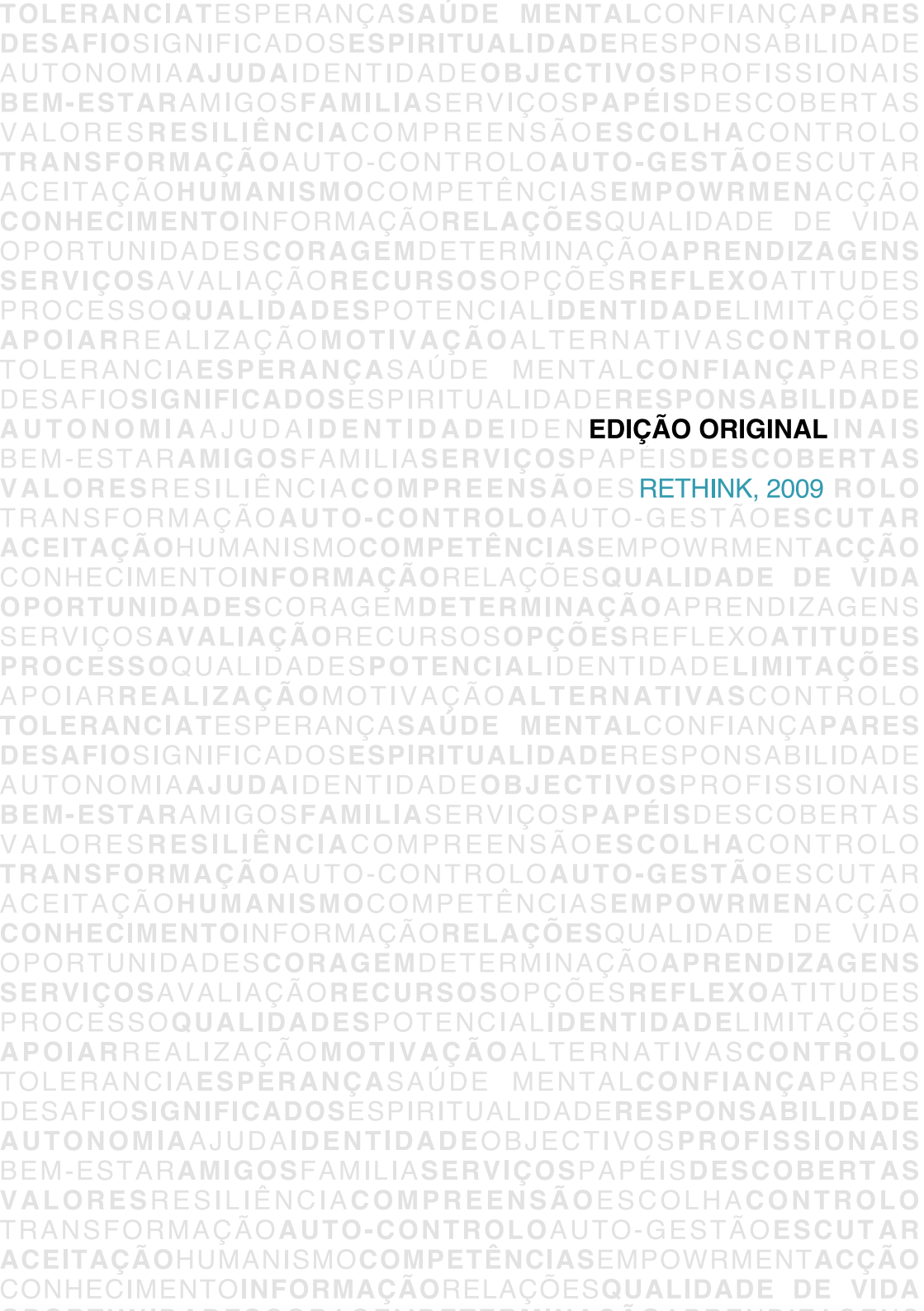
(41) Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing people to change (addictive) behavior*. New York: Guilford Press; 2002.

(42) Libermann RP. Future directions for research studies and clinical work on recovery from schizophrenia: Questions with some answers. *International Review of Psychiatry* 2002; 14:337-342.

(43) Icarus Project and Freedom Center. *Harm Reduction Guide to Coming Off Psychiatric Drugs*. <http://theicarusproject.net/HarmReductionGuideComingOffPsychDrugs> [2007 [cited 2007 Nov. 15];

(44) Darton K. *Making sense of coming off psychiatric drugs*. London: Mind; 2005.

- (45) Peter Lehmann, (ed). *Coming Off Psychiatric Drugs: Successful Withdrawal from Neuroleptics, Antidepressants, Lithium, Carbamazepine and Tranquilizers*. Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing; 2004.
- (46) Breggin P, Cohen D. *Your Drug May Be Your Problem: How and Why to Stop Taking Psychiatric Medications*. Reading, MA: Perseus Books; 2007.
- (47) Watkins J. *Healing Schizophrenia: Using Medication Wisely*. Victoria: Michelle Anderson; 2007.
- (48) Zhu S-H. Number of Quit Smoking Attempts Key to Success. *Scoop Health* 2007; 6 September.
- (49) Tracy B. *21 Success Secrets of Self-made Millionaires*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler; 2000.
- (50) Deegan P. The importance of personal medicine. *Scandinavian Journal of Public Health* 2005; 33:29-35.
- (51) Tondora J, Davidson L. *Practice Guidelines for Recovery-Oriented Behavioral Health Care*. Connecticut: Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services; 2006.
- (52) Davidson L, Tondora J, Lawless MS, O'Connell M, Rowe M. *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice Tools for Transforming Mental Health Care*. Oxford: Oxford University Press; 2009.
- (53) Johnsen M, Teague GB, Herr EM. Common Ingredients as a Fidelity Measure for Peer-Run Programs. In: Clay S, Schell B, Corrigan P, Ralph R, editors. *On our own, together. Peer programs for people with mental illness*. Nashville, TN: Vanderbilt University Press; 2005. 213-238.
- (54) Higgins A. *A recovery approach within the Irish Mental Health Services. A framework for development*. Dublin: Mental Health Commission; 2008.
- (55) Russinova Z, Rogers ES, Ellison ML. *Recovery-Promoting Relationships Scale (Manual)*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation; 2006.



EDIÇÃO ORIGINAL

RETHINK, 2009