

***Recovery* da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental**

TERESA DUARTE (*)

Na última década, o *recovery* emergiu como um novo paradigma na saúde mental e como uma visão orientadora dos sistemas e serviços de saúde mental. O conceito de *recovery* na área da saúde mental foi introduzido, no final da década de 80, pelas pessoas com experiência de doença mental, através dos relatos das suas histórias e experiências de luta, descoberta e mudança pessoais. O *recovery* é definido como um processo profundamente pessoal, de redescoberta de um novo sentimento de identidade, de auto-determinação e fortalecimento pessoal para viver, participar e contribuir para a comunidade (Deegan, 1988; Leete, 1988; Ahern & Fisher, 1999).

Contrariando as crenças dominantes sobre a doença mental, os testemunhos de *recovery* devolveram a esperança e abriram novas opções e perspectivas para as pessoas com experiência de doença mental, sustentando que o *recovery* é possível para todas as pessoas (Ahern & Fisher, 1999; Deegan, 1999; Mead & Copeland, 2000; Chamberlin, 2006; Fisher, 2006). Por outro lado, os estudos longitudinais desenvolvidos nas últimas décadas, em diferentes países, põem em causa as asserções e os prognósticos clássicos sobre a cronicidade e a evolução da doença

mental (Harding et al., 1987; DeSito et al., 1995; Harding, 2005), evidenciando resultados muito mais heterogêneos e positivos do que era tradicionalmente expectável, corroborando que o *recovery* era uma possibilidade real para as pessoas com doença mental.

Ancorado nas narrativas dos consumidores/sobreviventes e nos resultados evidenciados pela investigação, o paradigma de *recovery* conduziu a uma reflexão e debate sobre a mudança nos sistemas e serviços de saúde mental. No início da década de 90, Anthony (1993) propôs o *recovery* como a nova visão que deveria orientar a organização e funcionamento dos serviços de saúde mental. Esta nova visão convoca os serviços para uma mudança em termos dos seus valores, objectivos e práticas no sentido de maximizarem as oportunidades de *recovery*, de participação e integração comunitária das pessoas com experiência de doença mental.

O *recovery* tem vindo também a alcançar um lugar central nas políticas de saúde mental. No final da década de 90, vários estados americanos introduziram o *recovery* no léxico das políticas públicas e nas práticas dos sistemas de saúde mental (Beale & Lambric, 1995; Jacobson & Curtis, 2000). Mais recentemente, a *President's New Freedom Commission on Mental Health* integrou o conceito de *recovery* na sua declaração de visão sobre “*um futuro onde todas as pessoas com doença mental irão recover*”

(*) Associação para o Estudo e Integração Psicossocial. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

e recomendou que a reforma do sistema de serviços de saúde mental na América deveria ser orientada para este objectivo (Final Report, 2003, p. 1 e p. 4).

Também outros países, como a Nova Zelândia e a Irlanda, adoptaram o *recovery* como a visão e a estratégia nacional para a reforma e desenvolvimento dos serviços de saúde mental (Blueprint for Mental Health Services in New Zealand, 1998; Expert Group on Mental Health Policy, 2006).

Contudo, apesar da proliferação do termo *recovery* nestas diferentes áreas – narrativas pessoais, investigação, concepção e implementação de serviços, políticas públicas – ou talvez também por causa disso, não existe uma definição uniforme e consensual do conceito. Como Jacobson e Greenley referiram “o *recovery* é descrito de várias maneiras como qualquer coisa que os indivíduos experimentam, que os serviços promovem e que os sistemas facilitam, contudo concretamente o que é experimentado, promovido ou facilitado – e como – muitas vezes não é bem compreendido pelos consumidores que esperam *recovery* ou pelos profissionais e legisladores que são supostos apoiá-los” (2001, p. 482).

Tendo em conta a influência que os valores, culturas e práticas dos contextos das organizações de saúde mental podem ter na promoção das oportunidades e dos processos de *recovery* das pessoas com experiência de doença mental, procurámos com este artigo contribuir com algumas pistas que facilitem a adopção de práticas mais consistentes com uma orientação de *recovery*. Dada a complexidade do conceito de *recovery*, propomos a manutenção do termo na língua original, no sentido de não desvirtuar ou restringir o seu amplo significado.

O CONCEITO DE RECOVERY

A melhor forma de compreender o *recovery* é partir das narrativas das pessoas com experiência de doença mental e das suas experiências vividas e pessoais de *recovery*. Estas narrativas são de uma riqueza imensa, apresentando uma diversidade de definições de *recovery* e de descrições das estratégias, suportes e actividades que facilitaram e promoveram esse processo. A análise conceptual das narrativas e os estudos colaborativos e qualitativos têm possibilitado um aprofundamento da compreensão deste processo, a partir das experiências subjectivas dos consumidores/sobreviventes.

O *recovery* não corresponde a uma remissão dos sintomas, nem é entendido como um produto final ou um resultado estático (Deegan, 1988). Geralmente, o *recovery* é definido como um processo, um desafio diário e uma reconquista da esperança, da confiança pessoal, da participação social e do controlo sobre as suas vidas (Deegan, 1988; Leete, 1988; Mead & Copeland, 2000; Chamberlin, 2006; Fisher, 2006). Embora seja entendido como um processo, Ahern e Fisher (1999) defendem que este não é um processo interminável, mas que acontece numa altura determinada da vida.

O *recovery* não significa também um regresso das pessoas a um estado anterior à doença, na medida em que as experiências de tratamento, hospitalização, estigma e discriminação, associados com a sua doença mental, bem como o fortalecimento individual e as descobertas e os ganhos em vários domínios da vida, associados ao seu processo de *recovery*, constituem uma parte importante da sua existência (Davidson et al., 2005).

O *recovery* é um processo evolutivo mas o seu percurso não é linear. O Modelo de *Recovery* do *Recovery Advisory Group* (Ralph, 2005), desenvolvido em conjunto por vários líderes de consumidores/sobreviventes, a partir da sua própria experiência e com base na literatura sobre *recovery*, procurou descrever o processo de *recovery* através de várias fases. No entanto, o modo como as pessoas passam de um estágio para o seguinte não é linear, podendo haver retrocessos, após os quais se deve começar de novo a viagem.

Embora seja uma experiência individual, o *recovery* não é um processo solitário, nem acontece num vácuo (Ralph, 2005; Davidson et al., 2005). O *recovery* envolve uma dimensão social e ocorre através da participação social e das relações com os outros. A família, os amigos, os pares, os colegas de trabalho, os vizinhos são fontes importantes de suporte e interdependência. Também o acesso aos recursos sociais como a habitação, o rendimento, o emprego, a educação é fundamental nos processos de *recovery* (Onken et al., 2002).

O *recovery* da doença mental envolve muito mais do que o *recovery* da doença em si mesma. As pessoas com experiência de doença mental podem ter que recuperar dos efeitos da institucionalização e do estigma social que ela provocou, da discriminação e do isolamento, da falta de oportunidades de auto-determinação e de participação social. De acordo com o *Empowerment Model of Recovery*

(Ahern & Fisher, 1999), o *recovery* ocorre através dum processo de fortalecimento pessoal, da assumpção do controlo das pessoas sobre as decisões importantes que afectam a sua vida e da participação na vida das suas comunidades, através da (re) aquisição de papéis sociais significativos ao nível do emprego, educação ou da família. O *recovery* tem, assim, também uma dimensão social e política, para além da pessoal, implicando a reclamação da igualdade de oportunidades, dos direitos civis e da cidadania. O envolvimento na defesa cívica e na acção política tem sido um factor importante nos processos de *recovery* de muitos consumidores/sobreviventes (Jacobson & Curtis, 2000).

A diversidade de definições e perspectivas e a complexidade do fenómeno do *recovery* têm constituído um desafio em termos da sua compreensão e avaliação. No entanto, embora o processo de *recovery* seja diferente de pessoa para pessoa, é possível identificar dimensões comuns do *recovery*: a esperança em relação ao futuro e a determinação pessoal para com o processo de *recovery*; adoptar estilos de vida saudáveis e aprender a gerir os sintomas e dificuldades; vencer o estigma e estabelecer e diversificar as ligações e as relações sociais; estabelecer objectivos pessoais e ter o apoio de outros que acreditem e não desistam deles; readquirir papéis sociais valorizados e exercer a cidadania; e o *empowerment*, em que o fortalecimento interno e a assumpção do controlo pela sua própria vida se combinam com actividades de ajuda-mútua, *advocacy* e de participação comunitária (Ralph, 2000; Jacobson & Greenley, 2001; Ridgway, 2001; Onken et al., 2002; Davidson et al., 2005).

O *recovery* é, assim, um processo complexo e dinâmico que envolve componentes individuais e é influenciado pelas características e oportunidades dos contextos e pela qualidade das relações e interacções entre os indivíduos e os contextos envolventes.

SERVIÇOS ORIENTADOS PARA O RECOVERY

A visão de *recovery* baseia-se na convicção e no conhecimento de que as pessoas podem *recover* da doença mental (Anthony, 2000) e que os serviços devem ser orientados e estruturados com base neste conhecimento. O paradigma do *recovery* convoca, assim, para uma mudança ao nível dos sistemas e serviços de saúde mental, na medida em que

processos de *recovery* e de integração comunitária são fortemente influenciados pelas oportunidades, características e culturas dos contextos com os quais as pessoas interagem. Este é um enorme desafio para os serviços porque envolve uma profunda convicção de que o *recovery* é possível, mesmo com as pessoas que apresentam maiores vulnerabilidades e implica um reequilíbrio de poder entre consumidores/sobreviventes e profissionais.

O sistema de suporte comunitário, desenvolvido a partir da década de 70 do século passado, foi pensado e definido como uma rede de serviços essenciais de apoio a pessoas com doença mental (Stroul, 1986). Nesse contexto foram desenvolvidos vários programas comunitários alternativos à institucionalização, como o *ACT-assertive community treatment* (Stein & Test, 1985), a reabilitação psiquiátrica (Anthony, Cohen & Farkas, 1990) e os *clubhouses* (Beard, Propst & Malamud, 1982). Todos estes programas defendiam o tratamento e a reabilitação das pessoas com problemas graves de saúde mental nos contextos comunitários, tendo como objectivos a prevenção da hospitalização e o desenvolvimento de competências para que aumentassem os seus níveis de funcionamento na comunidade. A linguagem dos serviços de saúde mental alterou-se, passando de um discurso exclusivamente médico para incluir o discurso da reabilitação (Carling, 1995) e o enfoque do tratamento nos sintomas foi substituído por um enfoque no tratamento das consequências da doença mental – limitações funcionais e *handicaps* (Anthony, 1993).

Embora as abordagens da reabilitação representem uma melhoria em muitos aspectos em relação às abordagens médico-institucionais anteriores, nomeadamente em termos da redução das taxas de internamento, da redução dos sintomas psiquiátricos e uma maior satisfação dos clientes, ainda reflectem alguns valores semelhantes (Carling, 1995; Deegan, 1999; Nelson et al., 2001; Trainor, Pomeroy & Pape, 2004; Fisher, 2006). Estes programas mantiveram o desequilíbrio de poder entre os profissionais e os utilizadores dos serviços, o enfoque nas limitações e dificuldades das pessoas (falta de competências) e a dependência dos profissionais, não conduzindo a melhorias significativas em termos do acesso aos recursos, do fortalecimento das redes de suporte naturais e da participação social. Embora as pessoas estivessem agora na comunidade, elas ainda não faziam parte da comunidade (Lord & Pedlar, 1991).

Ao longo da década de 90, o crescente movimento de *advocacy* e de defesa de direitos dos consumidores/sobreviventes e a nova visão de *recovery* da doença mental entram em rota de colisão com um sistema de serviços essencialmente controlado por profissionais e dominado por uma visão redutora e paternalista das pessoas com experiência da doença mental. Este movimento que assenta na integração comunitária como um direito inalienável de todas as pessoas com experiência de doença mental e na esperança do *recovery*, defende que esses objectivos serão alcançados primordialmente através da pertença e participação efectiva das pessoas nos contextos comunitários e do estabelecimento e fortalecimento de ligações com outras pessoas da comunidade.

Trainor e col. (2004), propuseram um modelo alternativo ao modelo do sistema de suporte comunitário. No *Framework for Support* as pessoas são vistas não como receptores de serviços mas como cidadãos e o papel primordial na integração comunitária não é dos serviços profissionais de suporte mas das organizações de ajuda mútua e dos sistemas de apoio natural na comunidade. Este modelo assenta em dois requisitos básicos: o *empowerment*, na medida em que as pessoas com doença mental devem ter o controlo sobre as suas vidas e sobre os serviços e suportes que consideram úteis; e a mobilização da comunidade, em que a comunidade é vista como um recurso de oportunidades e de inclusão e que deve ser mobilizada para potencializar o apoio às pessoas com experiência de doença mental.

A visão de *recovery* e abordagem da integração comunitária representam uma mudança de paradigma na saúde mental e implicam uma reformulação do papel e das práticas dos seus profissionais e organizações. Referimos anteriormente como o *recovery* se tem vindo a tornar *mainstream* na definição das políticas de saúde mental. No entanto, o modo pelo qual os sistemas de saúde mental têm vindo a traduzir para as suas políticas e práticas os princípios de *recovery* parece reflectir alguma inconsistência e ambiguidade. Vários sistemas de saúde mental iniciaram uma reflexão cuidadosa sobre esta matéria, procurando responder ao desafio da implementação de abordagens consistentes com os valores e as estratégias promotoras de *recovery*, reformulando as suas missões, procedimentos e linguagem.

O estado de Ohio foi pioneiro neste tipo de

iniciativas. O relatório *The Recovery Concept: Implementation in the Mental Health System* (Beale & Lambric, 1995) resultou de vários encontros de reflexão entre as autoridades de saúde mental, consumidores, famílias e profissionais e propôs um conjunto de recomendações em áreas consideradas chave na promoção do *recovery*: emprego, *empowerment*, combate ao estigma, apoio dos pares, apoio da família, envolvimento comunitário, acesso aos recursos, educação e papel dos profissionais.

No entanto, alguns sistemas de saúde mental têm vindo a apropriar-se do termo e a embrulhar na linguagem do *recovery* os programas de reabilitação já existentes. Embora os serviços oferecidos permaneçam inalterados e controlados por profissionais, eles passam a ser descritos como orientados para o *recovery* (Jacobson & Curtis, 2000; Jacobson & Greenley, 2001, Davidson et al., 2005). Como (Jacobson & Curtis, 2000) comentam: “Com a declaração de visão em mente, alguns estados apenas deram um novo nome aos seus programas existentes... demonstrando a falta de compreensão do *recovery*; em particular, não reconhecendo a necessidade duma mudança fundamental em relação à partilha de poder e responsabilidade” (p. 335).

A incorporação duma visão de *recovery* nos serviços de suporte comunitários implica que todas as suas dimensões, tais como a missão, políticas, procedimentos ou práticas, sejam consistentes com os valores e princípios do *recovery* (Farkas et al., 2005). Os sistemas que acompanharam a mudança da retórica por uma transformação efectiva dos seus serviços, têm vindo a implementar um conjunto de estratégias para integrar e disseminar as práticas promotoras de *recovery* no sistema de saúde mental. Essas estratégias incluem, entre outras, a formação, o envolvimento dos consumidores e famílias, a prevenção, a inovação nos mecanismos de contratação e financiamento, a definição e avaliação de resultados e iniciativas de redução do estigma (Jacobson & Curtis, 2000).

Os serviços orientados para o *recovery* inscrevem-se num referencial de direitos humanos, adoptam uma abordagem ecológica na sua análise dos problemas e estratégias de intervenção, promovem uma cultura de esperança e *empowerment* e focalizam-se na facilitação da participação social e integração comunitária efectiva das pessoas com experiência de doença mental (Anthony, 2000; Jacobson & Curtis,

2000; Nelson et al., 2001; Onken et al., 2002; O'Connell et al., 2005; Kloos, 2005).

O *empowerment* pessoal e colectivo das pessoas com doença mental é fundamental para o *recovery* (Nelson et al., 2001; Kloos, 2005). Ao nível organizacional, uma cultura de *empowerment* caracteriza-se pela tolerância, respeito, confiança e pelo desenvolvimento de relações colaborativas entre os diferentes *stakeholders*. A colaboração implica que as pessoas com experiência de doença mental possam realizar as suas escolhas e tomar decisões sobre os serviços e actividades que consideram mais adequados no seu processo de *recovery*, nomeadamente ao nível habitacional, educacional ou de emprego.

Nos serviços orientados para o *recovery* o conhecimento, a experiência e os interesses dos consumidores e das suas famílias são valorizados, verificando-se um reequilíbrio de poder na sua relação com os profissionais à medida que se tornam participantes activos no planeamento, implementação, prestação de serviços e avaliação dos programas. Ao nível dos sistemas de saúde mental, as pessoas com doença mental e os seus familiares têm vindo a aumentar a sua participação e influência nas concepções das políticas públicas e nos órgãos consultores e directivos das entidades e organizações de serviços de saúde mental (Jacobson & Curtis, 2000).

O desenvolvimento de organizações autónomas de pessoas com experiência de doença mental é outro indicador concreto do paradigma de *recovery* nos serviços de saúde mental. As pessoas em *recovery* falam da importância de terem pares como mentores na sua viagem (Mead & Copeland, 2000) e de terem relações de apoio mútuo com outras pessoas que também vivem com uma doença mental (Chamberlin & Rogers, 1990). Este tipo de organizações são dirigidas pelos consumidores e os serviços são planeados e prestados pelos consumidores para os consumidores. Exemplos deste tipo de serviços incluem serviços de *advocacy*, programas de suporte inter pares e ajuda-mútua, alternativas de apoio na crise, linhas de apoio telefónico, programas de mentorado e formação para a liderança (Jacobson & Curtis, 2000).

A integração nos contextos comunitários, em vez da segregação num sistema de serviços (Nelson et al., 2001; Ornelas, 2005) é um princípio e um objectivo fundamental dos serviços orientados para o *recovery*. Como referimos anteriormente, um dos aspectos fundamentais dos processos de

recovery é a reacquirição de papéis sociais significativos e o envolvimento em actividades que ligam as pessoas às suas comunidades. Deste modo, os serviços devem facilitar o acesso e promover a plena participação das pessoas nos contextos naturais da comunidade, respondendo às necessidades e prioridades de cada uma das pessoas.

O acesso aos recursos de emprego, educação, habitação ou outros serviços que estão disponíveis na comunidade para todos os cidadãos é também uma condição fundamental para garantir uma melhoria nas condições de vida concretas das pessoas com experiência de doença mental, bem como uma oportunidade para a diversificação, alargamento e fortalecimento das redes de suporte social naturais (Chamberlin & Rogers, 1990). Por outro lado, a interacção das pessoas com e sem experiência de doença mental nos contextos comunitários ajuda a combater os mitos relativos à doença mental e a tornar a comunidade mais receptiva e inclusiva (Kloos, 2005).

Uma outra prioridade dos sistemas e serviços orientados para o *recovery* consiste na realização de acções de formação, conferências e outras formas de divulgação e debate que permitam aprofundar a compreensão sobre o *recovery* e promover a adopção de práticas e suportes facilitadores deste processo no sistema de saúde mental (Jacobson & Curtis, 2000). A formação em *recovery* deve dirigir-se aos consumidores, famílias, prestadores de serviços ou administradores e envolver como formadores as próprias pessoas com experiência de doença mental e de *recovery*.

A avaliação e a investigação são outras duas dimensões importantes e que devem ser realizadas numa abordagem colaborativa entre os vários *stakeholders* e de investigação-acção, na procura da melhoria e mudança contínuas dos serviços e sistemas de saúde mental. Vários instrumentos têm vindo a ser desenvolvidos com o objectivo de avaliar em que medida os serviços implementam práticas orientadas para o *recovery*. Exemplos desses instrumentos são a *Recovery Oriented Systems Indicators* (Onken et al., 2002); a *Recovery Self Assessment* (O'Connell, 2003) a qual possibilita uma avaliação a partir das diferentes perspectivas dos utilizadores dos serviços, famílias e profissionais; e a *Recovery Enhancing Environment* (Ridgway, 2005) que avalia o *recovery* a nível individual e a nível da orientação dos serviços.

REFERÊNCIAS

- Ahern, L., & Fisher, D. (1999). *Personal Assistance in Community Existence: Recovery at Your Own Pace*. Lawrence, MA: National Empowerment Center.
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 11-24.
- Anthony, W. (2000). A recovery-oriented service system: setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24 (2), 159-168.
- Carling, P. (1995). *Return to Community: Building Support Systems for People with Psychiatric Disabilities*. New York: The Guilford Press.
- Chamberlin, J. (1997). A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20 (4), 43-46.
- Chamberlin, J., & Rogers, J. (1990). Planning a community-based mental health system: Perspective of service recipients. *American Psychologist*, 45 (11), 1241-1244.
- Chamberlin, J. (2006). *Confessions of a Non-Compliant Patient*. Consultado em 01/02/2006 em <http://www.power2u.org>.
- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Staeheli, M., & Evans, A. (2005). Recovery in serious mental illness. Paradigm shift or shibboleth. In L. Davidson, C. Harding, & L. Spaniol (Eds.), *Recovery from Severe Mental Illness: Research Evidence and Implications for Practice*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation / Boston University.
- Davidson, L., Sells, D., Sangster, S., & O'Connell, M. (2005). Qualitative studies of recovery: What can we learn from the person. In R. Ralph, & P. Corrigan (Eds.), *Recovery in Mental Illness – Broadening our understanding of wellness*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Deegan, P. (1988). Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11 (4), 11-19.
- Deegan, P. (1999). Recovery, uma viagem do coração. In J. Ornelas (Coord.), *Actas da Conferência Internacional – Novos Desafios na Reabilitação de Pessoas com Doença Mental* (pp. 63-81). Lisboa: AEIPS Edições.
- DeSisto, M., Harding, C., McCormick, R., Ashikaga, T., & Brooks, G. (1995). The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness II: Longitudinal course comparisons. *British Journal of Psychiatry*, 167, 338-341.
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). A implementação de programas orientados para o recovery: Domínios cruciais. In J. Ornelas, F. Monteiro, M. Moniz, & T. Duarte (Coord.), *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares* (pp. 19-43). Lisboa: AEIPS Edições.
- Fisher, D. (2006). *A New Vision of Recovery: People can fully recover from mental illness*. Consultado em 10/01/2006 em <http://www.power2u.org>.
- Harding, C., Brooks, G., Ashikaga, T., Strauss, J., & Breier, A. (1987). 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, 727-735.
- Jacobson, N., & Curtis, L. (2000). Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the States. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23 (4), 333-341.
- Jacobson, N., & Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52, 482-485.
- Kloos, B. (2005). Creating new possibilities for promoting liberation, well-being and recovery: Learning from experiences of psychiatric consumers/survivors. In G. Nelson, & I. Prilleltensky (Eds.), *Community Psychology: In Pursuit of Liberation and Well-Being*. New York: Palgrave Macmillan.
- Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 605-609.
- Mead, S., & Copeland, M. H. (2000). What recovery means to us: Consumers' perspectives. *Community Health Journal*, 36 (3), 315-328.
- Nelson, G., Lord, J., & Ochocka, J. (2001). *Shifting the Paradigm in Community Mental Health: Towards Empowerment and Community*. Toronto: University of Toronto Press.
- O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A., & Davidson, L. (2005). From rhetoric to routine: assessing the perceptions of recovery-oriented practices in a state mental health and addiction system. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28 (4), 378-386.
- Onken, S., Dumont, J., Ridgway, P., Dornan, D., & Ralph, R. (2002). *Mental health recovery? What helps and what hinders? A national research project for the development of recovery facilitating system performance indicators*. Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors – National Technical Assistance Center.
- Ornelas, J. (2005). O modelo comunitário de intervenção em saúde mental na era pós hospitalar. In J. Ornelas, F. Monteiro, M. Moniz, & T. Duarte (Coord.), *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares* (pp. 19-43). Lisboa: AEIPS Edições.
- Ralph, R. (2005). Verbal definitions and visual models of recovery: Focus on the recovery model. In R. Ralph, & P. Corrigan (Eds.), *Recovery in Mental Illness – Broadening our understanding of wellness*. Washington DC: American Psychological Association.
- Stroul, B. (1986). *Models of Community Support Services: Approaches to helping Persons with Long-Term Mental Illness*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation / Boston University.
- Trainor, J., Pomeroy, E., & Pape, B. (2004). *A Framework for Support*. Toronto: Canadian Mental Health Association/National Office.

RESUMO

Nos últimos anos, *recovery* emergiu como um novo paradigma na saúde mental. Com base nas narrativas das pessoas com experiência de doença mental e nos resultados de vários trabalhos de investigação, o *recovery* é uma experiência mais comum do que era tradicionalmente expectável e uma possibilidade real para as pessoas com doença mental.

O conceito de *recovery* tem sido proposto como visão orientadora na concepção e implementação de serviços e na definição de políticas públicas de saúde mental. Tendo em conta a influência que os contextos podem ter na promoção das oportunidades e dos processos de *recovery* das pessoas com experiência de doença mental, este artigo enuncia algumas estratégias para que os serviços e sistemas de saúde mental desenvolvem e integrem práticas mais consistentes com uma visão de *recovery*. Os serviços orientados para o *recovery* inscrevem-se num referencial de direitos humanos, adoptam uma abordagem ecológica na sua análise dos problemas e estratégias de intervenção, desenvolvem uma cultura de esperança e *empowerment*, estabelecem uma relação colaborativa e de partilha de poder entre os vários *stakeholders* e promovem efectivamente a participação e integração social das pessoas com experiência de doença mental.

Palavras-chave: *Recovery*, pessoas com doença mental, serviços de saúde mental, participação e integração social, *empowerment*.

ABSTRACT

In the last years, *recovery* has emerged as a new paradigm in the mental health field. Based in the narratives of people with experience of mental illness and in several research studies, *recovery* has proved to be a more common experience that was traditionally expected and a real possibility for people with mental illness.

The *recovery* concept was also introduced as the guiding vision for mental health services design and provision and for the system reform. Considering the contexts' influence on promoting opportunities for *recovery* processes, this article presents some strategies that mental health services and systems should adopt and integrate in order to develop more *recovery* oriented practices. *Recovery* oriented services are based in an human rights framework, adopt an ecological approach in terms of analyses and intervention, develop a culture of hope and empowerment, establishes a collaborative and power sharing relationship between all the stakeholders and promotes the effective social integration of people with experience of mental illness.

Key words: *Recovery*, people with experience of mental illness, mental health services, participation and social integration, empowerment.