

Atitudes face ao *recovery* na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária: Uma ajuda na planificação de intervenções efectivas?

FÁTIMA JORGE-MONTEIRO (*)
JOÃO MATIAS (**)

“Os contextos influenciam as pessoas e podem proporcionar o *recovery*.”

(Randall & Salem, 2005)

1. PARADIGMA DO *RECOVERY*: CONTEXTUALIZAÇÃO E MODELOS

Actualmente, existe um grande interesse acerca do conceito de *recovery* na área da saúde mental. Enquanto alguns admitem que este processo nunca se desenvolve em pessoas com doenças mentais graves, outros acreditam numa melhora e, outros

ainda, crêem na possibilidade duma recuperação total (Ralph, 2001b; Schiff, 2004; Fisher, 1999a). Até há bem pouco tempo, a doença mental era considerada um processo de e para uma vida inteira, com evolução negativa. No passado era aceite uma filosofia de “*blaming the victim*”, e o estigma associado a esta problemática mental é, por sua vez, uma consequência desta visão. Tal como é caracterizado por Goffman (1963), é um atributo social que desacredita profundamente uma pessoa, estilhaçando a sua identidade e impedindo-a de ser socialmente aceite. Segundo Phelan (1997; cit. por Bento & Barreto, 2002) “o estigma compreende percepções negativas extremas e rejeição social do indivíduo marcado”. Para alguns autores, o estigma coíbe mesmo as pessoas de procurarem os serviços de saúde mental (Corrigan & Rusch, 2002; cit. por Corrigan & Ralph, 2005).

A perspectiva de *recovery* assinalou uma revolução significativa no paradigma da Saúde Mental, com mensagens de esperança e confiança. De acordo com os pressupostos do passado, as pessoas com doença mental tinham que aceitar o facto de não poderem ter uma “vida normal”, que a indepen-

(*) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. Associação para o Estudo e Integração Psicossocial. E-mail: maria_monteiro@ispa.pt

(**) Licenciado em Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental. Observatório Europeu das Drogas e Toxicoddependência. E-mail: joao.matias@emcdda.europa.eu

dência era um sonho inatingível e que as institucionalizações de longo termo eram inevitáveis (Corrigan & Ralph, 2005).

Em termos semânticos, a palavra *recovery*, significa “recuperação”, readquirir” ou “voltar a um estado normal” (*Webster’s II New Riverside University Dictionary*, 1984; cit. por Ralph, 2000). Este termo é muito utilizado, especialmente, nas áreas de abusos de substâncias, nas quais *recovery* significa que as pessoas voltem a uma situação anterior, para aquela fase em que não bebiam ou que não consumiam nenhum tipo de drogas ilícitas.

Na área da saúde mental, este termo é fundamentalmente utilizado em artigos escritos por pessoas que vivenciam uma doença mental (Ralph, 2000). Diversas conceptualizações acerca do *recovery* têm sido feitas pelos autores que investigam na área (Anthony, 1993; Fisher, 1994; Hogan, 1994; McGorry, 1992; Raggins, 1994) e por pessoas que publicaram artigos pessoais acerca das suas próprias experiências (por exemplo: Deegan, 1988; Granger, 1994; Leete, 1989; Lovejoy, 1984; Walker, 1986). Como exemplo, para Schiff (2004), o movimento de *recovery* tem a sua génese nos utentes/sobreviventes e não nos serviços profissionais. Esta perspectiva valoriza mais a experiência vivida do que as teorias académicas como nos elucida a afirmação de Deegan, “o conceito de *recovery* tem as suas raízes no simples facto de que as pessoas a quem foi diagnosticada uma doença mental passaram a ser vistas como seres humanos (P. Deegan, 1996)”.

O conceito de *recovery* na área da saúde mental ainda não é consensual. Para algumas pessoas (Ralph, 2001a), a palavra “*recovery*” não é, ela própria, suficiente para descrever a real dimensão do que acontece na vida das pessoas ou mesmo os resultados provenientes de tal processo. Outras, relacionam o termo com a recuperação total de uma doença mental e, ainda, o *recovery* pode passar, exclusivamente, por as pessoas aprenderem a lidar, no dia-a-dia, com os sintomas da sua doença (Henderson, 2004). Autores fazem também uma clara distinção entre *recovery* e cura. Onde a cura envolve a remissão de sintomas, a ausência de doença. A cura enfatiza a recuperação de uma lesão ou trauma ou mágoa na vida. “É mais sugestivo de um corte com a mente e corpo (Fisher & Deegan, 1998)”. Deste modo, Kerkser (2004; cit. por Henderson, 2004) refere que o *recovery* não significa uma remissão, nem o regresso a um estado pré-existente. Acrescenta ainda, que a ideia de cura pode ser

contraproducente. Neste caso, *recovery* significa o desenvolvimento de um novo ego, de novos comportamentos que tornem a vida das pessoas implicadas, melhor e mais produtiva.

Como foi referido anteriormente, muitas pessoas com doença mental sentem que a palavra *recovery* não descreve realmente a sua “viagem” (Ralph, 2000). Caras (1999; cit. por Ralph, 2001b) afirma “eu não me sinto ‘*recovered*’¹. Porque não existe uma repetição, um ganhar outra vez, uma recuperação (...) Não existe uma convalescença. Eu estou é a mudar e a crescer, a aprender a ser eu mesmo. O que existe realmente é menos sofrimento e uma maior parte de tempo bem vivido” (p. 3).

Para este processo, Cohan e Caras (1998; cit. por Ralph, 2001b) propõem, em alternativa, a utilização da palavra transformação para substituir *recovery*: “As nossas vidas não seguem uma linha recta, aparentam ser uma espiral. Voltamos atrás e recuperamos, decidimos e reconstruímos, acordamos para a vida e descobrimos, e depois dá-se o efeito de espiral outra vez. Esta jornada de espiral é de integração e renovação... a natureza dinâmica deste processo dirige-nos para o que apenas pode ser descrito como uma transformação (...). Para estes, *recovery* e reabilitação implicam que, algo que esteve partido, foi concertado. A transformação é a oportunidade disponível no meio da crise que envolve uma mudança connosco próprios.” (p. 3)

Para a pergunta “O que significa realmente *recovery*?”, não existe ainda uma resposta consensual ou única. Esta incerteza representa também uma diferença de perspectiva segundo a qual é encarado este conceito: resultados *versus* processo. Segundo um ponto de vista de resultados, *recovery* representa a mudança de um estado prévio de “desadaptação” para uma situação de vida considerada “adaptada” (Corrigan & Ralph, 2005) significando uma melhoria. Como processo, *recovery* significa mais do que apenas uma melhoria. Representa uma aproximação do que se entende por “normalidade”. Apesar disto, não se admite necessariamente uma ausência total de sintomas. O concretizar dos objectivos de vida em domínios tais como no emprego, no bem-estar psicológico e na qualidade

¹ Mantém-se a versão original por não existir uma tradução fiel que mantenha o significado em causa.

de vida, é geralmente referido nas definições relacionadas com resultados alcançados. Por exemplo, para Marsh (1999), *recovery* será melhor entendido como um processo, não como um resultado. Um processo profundamente pessoal que implica ir para além da doença, desenvolvendo um novo significado, um novo propósito para a vida pessoal.

As famílias e a maioria dos profissionais definem *recovery* como sendo um resultado. Para estes, a ideia fundamental é a de que o seu familiar ou paciente melhore (Lefley, 1997; cit. por Corrigan & Ralph, 2004). Por seu lado, as pessoas com experiência de doença mental, encaram o *recovery* como sendo um fenómeno que ocorre naturalmente, um processo (Ralph, 2000; cit. por Corrigan & Ralph, 2004). Geralmente familiares e profissionais “impõe” resultados esperados, baseados na própria vontade de assistir a melhoras significativas mas que não é uma experiência relevante para as próprias pessoas. Estas diferenças entre estes três grupos reflectem-se depois nas diferentes perspectivas de tratamento e organização de serviços.

Muitos dos utilizadores dos serviços de saúde mental, consideram as várias definições de *recovery* insuficientes, pois estas sugerem uma componente avaliativa. Como alternativa apresentam então uma definição de *recovery* como processo, na qual as pessoas se preocupam mais com o sentimento psicológico de bem-estar, em que conseguem “lidar” com os sintomas (“ *coping* ”). Para muitos que escrevem acerca deste conceito, *recovery* é um percurso pessoal muito significativo em vez de um constructo abstracto. Logo, os profissionais de saúde mental e académicos deparam-se com novos conceitos e uma nova visão da doença mental que se afasta da abordagem ao objecto de estudo das teorias convencionais da psiquiatria e da psicologia (Corrigan & Ralph, 2004).

De acordo com Deegan (1999), o termo *recovery* não se refere apenas à recuperação de uma doença mental em si, mas também à recuperação dos efeitos da pobreza, de uma cidadania de segunda classe, de um estigma interiorizado, dos abusos e traumas sofridos às mãos dos “profissionais de ajuda” e dos efeitos devastadores dos sistemas de saúde mental desumanizados. O *recovery* não se refere a um produto final ou a um resultado, não significa que a pessoa esteja “curada”, o *recovery* caracteriza-se por uma cada vez mais aprofundada aceitação de que as limitações são a base, a partir da qual, se pode equacionar as possibili-

dades de cada um, que são únicas. Este é também o paradoxo do *recovery*, pois ao aceitar-se o que não se pode fazer ou ser, começa-se a descobrir quem se pode ser e o que se pode fazer, pois o *recovery* é um processo, é uma forma de vida, é uma atitude e uma forma de abordar os desafios do dia-a-dia. Para a autora, não é um processo perfeitamente linear, tal como as plantas tem as suas épocas, no decurso do tempo de crescimento para baixo, no sentido da escuridão, para segurar as suas novas raízes e depois uma época para sair em direcção à luz. Considera que o *recovery* é um processo lento mas deliberado, que acontece através da junção de um grão de areia de cada vez e por essa razão, os profissionais não podem “produzir” o espírito do *recovery* e dá-lo às pessoas que vivem uma doença mental. Para ela, o *recovery* não pode ser um processo forçado ou apenas um processo desejado. Apesar disto, existem ambientes que proporcionam mais o *recovery* do que outros.

Na opinião de Corrigan e Ralph (2004), *recovery* conjuga três pressupostos que se relacionam, conjugando algumas das diferentes perspectivas anteriormente referidas:

1. O *recovery* é um fenómeno que ocorre naturalmente – pois nalgumas pessoas a quem é diagnosticada uma doença mental, existe a capacidade de ultrapassar dificuldades inerentes, conseguindo desfrutar da vida, sem qualquer espécie de tratamento;
2. As pessoas podem recuperar de uma doença mental com uma intervenção adequada – como acontece com outras doenças, algumas pessoas podem atingir níveis de satisfação e bem-estar em resultado de intervenções psicossociais;
3. *Recovery* introduz a dimensão da esperança na representação das doenças mentais – sendo, deste modo, uma nova possibilidade de futuro na vida das pessoas.

Para Long (1994; cit. por Ralph, 2001b), este é um fenómeno que reflecte a diversidade humana, na medida que cada um vive a sua “viagem” de uma forma muito particular e pessoal, podendo encontrar-se diferentes abordagens ao tema. “O paradigma do *recovery* é a experiência única de cada pessoa na descoberta da ‘estrada’ para o *recovery*... O meu paradigma de *recovery* incluiu a minha ‘re-ligação’, a qual necessitou de quatro

elementos: conexão, segurança, esperança e conhecimento da minha componente espiritual” (p. 2.).

Na literatura acerca deste assunto podemos já encontrar muitos outros testemunhos pessoais sobre o que significa *recovery*. “Apenas e simplesmente decisão!” para Schmook (2003), ou seja, “uma alternativa ou uma opção ao estatuto de doente. Nesta visão, ninguém recupera se não se mentalizar para tal. A escolha é um compromisso para conosco próprios e cada um tem que se comprometer consigo mesmo para atingir algum resultado” (p. 1) ou ainda, o “*recovery* é um processo de crescimento, descoberta e mudança” (Stocks, 1995; cit. por Ralph, 2001b, p. 1)

Para Schiff (2004), *recovery* significa sentir-se em paz, feliz consigo próprio, com o mundo e com os outros e esperançoso em relação ao futuro. Significa não ter medo daquilo que se é, daquilo que sente e de viver o presente. Através da análise das definições apresentadas pelo *National Summit of Mental Health Consumers and Survivors Recovery Planck* (1999), Schiff identificou três aspectos comuns na definição do conceito: 1. *Recovery* implica a própria pessoa, acreditando em si mesmo e nos outros, com auto-confiança; 2. *Recovery* implica o papel social da pessoa, sentindo-se parte activa na sociedade; 3. *Recovery* implica a forma como se relaciona e interage com o meio envolvente.

Segundo Hatfield & Lefley (1993; cit. por D. Greenley, & N. Jacobson, 2001), *recovery* significa uma espécie de readaptação à doença, permitindo que a vida prossiga com um significado. A resposta adaptativa não é um estágio final, mas um processo durante o qual a pessoa vai tentando, continuamente, maximizar o ajustamento entre as suas necessidades e o ambiente.

Segundo Anthony (1999), *recovery* é o desenvolvimento de um novo significado, de um novo propósito para a vida individual, à medida que se ultrapassa a problemática de uma doença mental. Refere que a cronicidade da doença mental pode estar associada à forma como lidamos (e relacionamos) com as pessoas com doença mental e as consequências negativas podem resultar também dessa visão de tratamento e não da doença mental em si. Anthony (1993; cit. por Ralph, 2001b), afirma que “é um processo pessoal profundo e único de mudança de atitudes, valores, sentimentos, objectivos, competências e/ou papéis. É uma forma de viver agradável e com esperança apesar das circunstâncias decorrentes da doença. O *recovery* implica o desen-

volvimento de um novo significado e de um novo propósito na vida de cada um” (p. 2). Também o departamento de saúde mental de Ohio (1993) define *recovery* como “um processo pessoal de ultrapassagem do impacto negativo de uma problemática mental, apesar da presença contínua desta”.

Anthony (1993; cit. por Borkin et al., 2000), também descreve certas atitudes subjacentes ao processo de *recovery*: 1. *Recovery* pode ocorrer sem intervenção profissional; 2. Um denominador comum neste processo, é a presença de pessoas que acreditem e suportem a pessoa que vivencia a doença mental; 3. Uma visão de *recovery* não é função de uma teoria de uma pessoa acerca das causas das doenças mentais; 4. *Recovery* pode ocorrer mesmo que os sintomas persistam; 5. *Recovery* altera a frequência e a duração dos sintomas; 6. *Recovery* não segue um processo linear; 7. O recuperar das consequências associadas a uma doença mental é, por vezes, mais difícil do que recuperar da doença em si; 8. O processo de *recovery* de uma doença mental não significa que a pessoa não possua uma doença mental.

CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA: SURGIMENTO DO CONCEITO DE *RECOVERY*

Os profissionais de Saúde Mental tendem a encarar o *recovery* como um novo desenvolvimento mas a origem deste significado remonta aos anos 70 (Anthony, 1993; cit. por Young & Ensing, 1999). Durante este período a ideologia da auto-ajuda tornava-se cada vez mais popular. No cerne deste movimento constavam ideias como a redução do estigma associado à doença mental, perda de confiança nos profissionais de saúde mental, promoção da comunidade e prestação de serviços para aqueles que mais necessitavam (Back & Taylor, 1976; cit. por Young & Ensing, 1999). As iniciativas de desinstitucionalização contribuíram também para a emergência do paradigma de *recovery*.

Apesar das iniciativas de desinstitucionalização terem sido consideradas como um passo fundamental na organização dos cuidados adequados para as pessoas com doença mental, constatou-se que era apenas um processo parcial sendo que muitas necessidades não estavam a ser colmatadas (Anthony, 1993; Rapp, Shera & Kisthardt, 1993; cit. por Young & Ensing, 1999).

É de salientar que o conceito de *recovery* é,

ainda, desconhecido para muitos profissionais da área da saúde mental. Até recentemente, familiares de pessoas com doença mental, investigadores, profissionais, não pensavam ser possível ocorrer o processo de *recovery* e ainda hoje em dia é debatida esta possibilidade (Ralph, 2000).

Para Chamberlin (1990, 1995; cit. por Schiff, 2004), o movimento de *recovery* tem as suas raízes em meados dos anos 70, quando grupos de ex-utentes dos serviços de saúde mental, imbuídos de sentimentos contraditórios de raiva e esperança, organizaram-se, nos Estados Unidos da América, para promoverem uma mudança. Esta luta envolveu sempre questões políticas tendo, os seus proponentes, lutado pelos direitos das pessoas com doença mental (estes grupos foram influenciados pelos movimentos das mulheres, dos homossexuais e das pessoas afro-americanas). Esta autora aponta como princípios fundamentais deste movimento o *empowerment*, a auto-ajuda e o “*advocacy*”. O *empowerment* refere-se à mudança de atitudes em relação às pessoas com doença mental, deixando estas de serem vistas como meros “recipientes passivos” de serviços, passando a ter um papel activo no seu processo de reabilitação. O conceito de auto-ajuda refere-se a uma forma de *empowerment*, através da qual as pessoas encaram e interagem com o mundo de uma forma diferente. “*Advocacy*” alarga o espectro de acção para além do indivíduo. Remete-se para uma mudança política que beneficie todos aqueles que enfrentam este tipo de problemática.

Outros autores referem que já nos anos 40, no Hospital de Vermont, foi desenvolvido um novo programa de reabilitação para pessoas que se encontravam internadas por um longo período de tempo. Foi dada formação adequada aos técnicos e criou-se uma estrutura democrática, enfatizando a confiança e a esperança. Ao mesmo tempo, formou-se um grupo de antigos utentes, na comunidade, dando um importante contributo para o ajustamento comunitário dos que eram os actuais utentes. A comunidade foi alertada para o efeito negativo do estigma o que facilitou a transição das pessoas hospitalizadas para a comunidade. Foi também prestado um suporte de pares na comunidade. Passados 30 anos, alguns investigadores compararam os percursos destes utilizadores do Hospital de Vermont com outros de um hospital de Maine (grupo controlo), que tinham um passado igualmente marcado por problemáticas mentais. Concluíram que a taxa de

recovery foi mais elevada no grupo sitiado em Vermont, onde na intervenção foi enfatizada a auto-determinação, a auto-suficiência e a integração comunitária. Por outro lado, em Maine, a estabilização e a medicação tinham sido os objectivos delineados para o grupo controlo (Chittich et al., 1961; DeSisto et al., 1995; cit. por Ahern & Fisher, 1999).

Waxler (1979; cit. por Ahern & Fisher, 1999), concluiu que a prevalência da ocorrência do *recovery* em pessoas com doença mental era muito maior num país em desenvolvimento, Sri Lanka, do que na Inglaterra. Verificou que onde a doença mental era vista como uma doença com possibilidades de recuperação, as pessoas recuperavam realmente. Estudos em diversos países com diferentes culturas efectuados pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1979; cit. por Ahern & Fisher, 1999), chegaram a conclusões semelhantes, nas quais a percentagem de recuperação de doenças mentais, consideradas como graves, é maior em países em vias de desenvolvimento do que nos países industrializados, do Ocidente.

Outro acontecimento relevante, relaciona-se com a abertura em 1971, na Califórnia, de uma casa, a “Soteria House” como alternativa não-médica à hospitalização de pessoas com doença mental. A missão desta casa era providenciar um ambiente social familiar, seguro, hospitaleiro, tolerante sem ser intrusivo. Os técnicos desta casa entendiam que o envolvimento sincero humano e a compreensão eram interacções fulcrais para a reabilitação. Após dois anos, uma grande percentagem dos residentes desta casa, viviam de forma independente, contrastando com aqueles que se mantiveram hospitalizados (e não integraram este projecto) e sob o efeito de medicação que não apresentaram melhoras significativas (Mosher, 1999; cit. por Ahern & Fisher, 1999). Também na cidade de Falun, Suécia, de 1992 a 1996, o psiquiatra Lars Martenson praticou, aquilo a que ele chamou, “psiquiatria reversiva” (“*reverse psychiatry*”). Um grupo de pessoas que vivenciavam uma doença mental, trabalhavam com uma equipa de psiquiatras que viam as psicoses como uma crise humana que podia ser ultrapassada, não acreditando na utilidade dos neurolépticos e evitavam as hospitalizações. Como resultado, todos as pessoas conseguiram ultrapassar a sua problemática e regressaram para as suas comunidades (Ahern & Fisher, 1999).

No início dos anos 80, o termo *recovery* apareceu

então em diversos artigos, por exemplo em 1982, num artigo de Houghton chamado “Maintaining Mental Health in a Turbulent World” ou num outro artigo intitulado de “How can I perceive and manage my illness” (1989) de Leete (Ralph, 2001b).

Também nesta década, os contributos de Harding providenciaram uma base empírica para a construção do conceito de *recovery*. Num estudo longitudinal realizado, Harding concluiu (sendo mais tarde comprovados os mesmos resultados por outros estudos) que, aproximadamente, dois terços das pessoas diagnosticadas como tendo esquizofrenia, conseguem passar pelo *recovery* (Anthony, 2000; cit. por Schiff, 2004).

No projecto “Well-being” de Campbell e Schraiber (1989; cit. por Ralph, 2000) nunca foi mencionada a palavra *recovery*, no entanto é um estudo no qual as pessoas com doença mental analisavam a sua “luta” pessoal e em que definiam o conceito de bem-estar. Com base nesse estudo, alguns profissionais passaram a acreditar na possibilidade de acontecer o processo de *recovery*, ou pelo menos, passaram a ser capazes de ouvir as histórias pessoais daqueles que vivenciavam uma doença mental. Outros profissionais passaram a utilizar o termo *recovery* para se referirem ao sucesso de certas intervenções que achassem que tinham apresentado resultados positivos junto das pessoas com doença mental.

No final dos anos 80 e inícios do anos 90, a palavra *recovery* foi bastante frequente em artigos escritos por pessoas que experienciaram uma doença mental, como Deegan (1988) em “Recovery: The lived experience of rehabilitation”, bem como em artigos escritos por profissionais da área da saúde mental como foi o caso de Anthony (1993) em “Recovery from mental illness: The guiding vision of the Mental Health Service System in the 1990’s” (Ralph, 2000). Tais artigos demonstraram que as pessoas com doença mental, que antes eram vistas pelos profissionais como tendo um diagnóstico grave, conseguiram ultrapassar certas dificuldades e descobriram formas de melhorarem as suas vidas, apesar dos problemas persistirem (Crowson & Wallcraft, 2002). Segundo os mesmos autores, ao mesmo tempo que surgiam estes artigos, o movimento da ajuda mútua dava a conhecer pessoas, que antes eram vistas como doentes mentais graves, que se tornaram líderes e exemplos de sucesso perante a comunidade.

Os diferentes modelos acerca do conceito de *recovery* apresentam diferenças teóricas, sobretudo, nas diferentes perspectivas que familiares, profissionais e as próprias pessoas com doença mental têm.

Apesar das referências feitas aos modelos de *recovery* estarem a emergir cada vez mais e os próprios modelos estarem a evoluir, tudo não começou com uma única e simples definição, teoria ou formulação rigorosa que explicitasse o que o modelo era e não era, nem como funcionava. Muitos autores argumentam que ainda hoje, o modelo explicativo de *recovery* não é tão claro e influente como o modelo médico, na reabilitação de pessoas com doença mental (Lunt, 2004).

Young e Ensing (1999; cit. por Schiff, 2004) desenvolveram um modelo de *recovery* composto por três fases, pelas quais Schiff (2004) afirma ter passado. A primeira fase, na qual se inicia o *recovery*, contempla a aceitação da doença, vontade e motivação para a mudança e descobrir uma fonte de esperança e inspiração. Smith (2000; cit. por Schiff, 2004) salienta também o papel fundamental que a vontade para mudar tem no desenrolar desta primeira fase.

A fase seguinte envolve o readquirir do que se perdeu e avançar. “Auto-empowerment” é fundamental nesta etapa, acreditando em si mesmo e tendo capacidade para assumir riscos. É uma fase de aprendizagem e de auto-definição. Por exemplo, para Schiff (2004), esta fase representa a entrada na universidade, voltando o indivíduo a relacionar-se com os seus pares.

Para Young e Ensing (1999; cit. por Schiff, 2004) a fase final refere-se a uma melhoria na qualidade de vida, no bem-estar pessoal.

Outra interpretação para o *recovery*, o modelo conceptual de *Recovery*, este, refere-se a condições internas experienciadas pelas pessoas, tais como a esperança, a pertença, o *empowerment* e a recuperação e, também, a condições externas que facilitam o processo de *recovery* – implementação dos direitos humanos, visão positiva da recuperação e a organização dos serviços numa perspectiva de *recovery*. O objectivo deste modelo é fazer a junção entre os conceitos abstractos que definem *recovery* como estratégias específicas que os sistemas, agências e os indivíduos podem utilizar, para facilitar tal processo individual (Greenley & Jacobson, 2001).

Segundo estes autores, o uso do termo *recovery* em diferentes contextos, tais como em pesquisas, histórias pessoais de vida, na reforma de sistemas ou na organização de serviços, provocou uma certa confusão. *Recovery* é por muitos definido como algo que os indivíduos experimentam, algo que os serviços promovem e os sistemas facilitam (Jacobson & Greenley, 2001).

Neste modelo, a palavra *recovery* refere-se a condições internas – atitudes, processo de mudança – e externas – as circunstâncias envolventes, as políticas e as práticas que promovem este processo. Em conjunto, tais condições produzem o processo a que se chama *recovery*. Estas condições têm um efeito recíproco, e o processo de *recovery*, uma vez promovido pode tornar-se num factor que transforma tanto as condições internas como externas. Citando Deegan, “A psiquiatria, a psicologia, a ciência não consegue descrever ao certo o fenómeno da esperança. Mas aqueles que passaram pelo *recovery* sabem que esta graça é real. Nós vivemo-la. É o nosso segredo partilhado.” (Deegan, 1998; cit. por Jacobson & Greenley, 2001).

Por seu turno, o modelo de *recovery* segundo o Grupo Consultivo de *Recovery* (“*Recovery Advisory Group Recovery Model*”), surgiu de um conjunto de doze teleconferências junto de utilizadores de serviços de saúde mental, que foram identificados na qualidade de líderes comunitários, debatendo o conceito de *recovery* a partir das suas experiências pessoais, das experiências daqueles com quem eles trabalhavam e a partir de uma revisão considerável de literatura acerca do conceito de *recovery* (Ralph, 2001b).

Tal modelo descreve o processo de *recovery* através de diferentes etapas (Ralph, 2001b), a saber: Angústia; Estar atento/“despertar”; Introspecção; Plano de Acção; Determinação para o bem-estar pessoal; *Recovery*. Segundo a mesma autora, esta conjugação de etapas não é linear e as pessoas não passam de uma etapa para a outra, podendo recuar e percorrer novamente as diferentes fases.

Os utilizadores, autores deste modelo, concluíram que o processo de *recovery* tem uma vertente interna e outra externa. A interna refere-se ao que cada pessoa sente no seu interior, individualmente, enquanto que a vertente externa reporta-se às interacções com as outras pessoas. Tais aspectos interiores referem-se a componentes cognitivas, emocionais, espirituais e físicas. As influências externas (família, amigos, comunidade, sistema de saúde mental, ...)

têm uma importância extrema no processo de *recovery*, podendo-o suportar como influenciá-lo negativamente. A pessoa que está num processo de crescimento interno devido a tal processo não pode ser dissociada daqueles com quem interage (Ralph, 2001b).

No modelo, “Círculo de Harmonia” (*Relational worldview or cyclical worldview model*), segundo Ralph (2001b), este tem a sua inspiração nas culturas tribais americanas. “É um modelo intuitivo, sem orientação temporal e fluído. O balanceamento e a harmonia nas relações são a força do sistema que é a vida, assim como algumas forças espirituais. Este modelo encara a vida em termos de relações harmoniosas, na qual um nível elevado de saúde é atingido pela manutenção do balanceamento de todos os factores que influenciam o ciclo de vida de cada indivíduo” (Cross et al., 2000; cit. por Ralph, 2001b). Este dispositivo teórico é geralmente apresentado em círculo ou em esfera com quatro quadrantes distintos. Estes quadrantes são: contexto, mente, corpo e espírito e representam quatro forças ou conjunto de factores que, em uníssono, formam a tal harmonia.

No quadrante Contexto são incluídas a cultura, comunidade, família, pares, trabalho e escola. Os processos cognitivos tais como os pensamentos, memórias, processos emocionais e de conhecimento encontram-se no quadrante da Mente. No terceiro quadrante, o Corpo, estão incluídos os aspectos físicos, tais como a herança genética, o género, a condição física. O espírito incorpora as aprendizagens positivas e negativas, bem como forças inatas ou metafísicas (Cross et al., 2000; cit. por Ralph, 2001b). Considera-se que a vida está em constante fluxo e mudança. Cada pessoa tem de trabalhar para manter um balanceamento e saber reagir quando é necessário. Todos temos de manter os nossos relacionamentos, comportamentos, pensamentos estáveis, de forma a atingirmos um nível de vida mais saudável. Sempre que existe uma mudança, este estágio de balanceamento, temos de examinar cada quadrante de forma a descobrirmos o que é que não está de uma forma harmoniosa (Ralph, 2001b).

Por último, temos também o modelo de *recovery* com base em pressupostos de *Empowerment* concebido pelo National Empowerment Center (NEC), e reflecte a premissa de que é possível fazer totalmente o *recovery* de qualquer doença mental. Segundo Fisher (1999d), a pesquisa no campo do *recovery*,

remete-nos para uma conclusão que dada uma combinação de certas atitudes e suportes, as pessoas podem recuperar totalmente de qualquer doença mental. Tal pesquisa efectuada pelo NEC, produziu uma nova perspectiva no campo da saúde mental, um processo de *recovery* com base em pressupostos de *Empowerment* (Fisher & Ahern, 1999).

O objectivo primordial deste modelo assenta na forma como as pessoas podem ganhar um maior controlo sobre as suas vidas (*Empowerment*) e readquiram papéis significativos na sociedade, o que se relaciona em tudo com o conceito de *recovery*, na medida que as pessoas passam a dispor de mais oportunidades, podem fazer escolhas. Segundo este modelo, o uso de medicação não significa que a pessoa não tenha passado pelo *recovery*, ou seja, tenha o controlo da sua vida. Cada um, deve saber quando e como administrar a medicação.

Para Ralph (2001c) "... a partir destes modelos ganha-se um conhecimento mais profundo acerca do conceito de *recovery*. Apercebemo-nos que o *recovery* é, por vezes, um esforço de toda uma vida, podendo ter que se dar um passo atrás, para balancearmos e recuperarmos as nossas vidas. É também notório que no contexto em que vivemos, as nossas relações com a família, amigos, vizinhos, são tudo factores importantes para este processo individual. Estes modelos representam conceitos múltiplos que são abrangentes na sua dimensão, e leva um certo tempo, de contemplação e pensamento para serem absorvidos".

As pesquisas efectuadas durante os últimos 30 anos, apontam factores sociais, culturais e económicos, como tendo um papel significativo no processo de *recovery*. Segundo o National Empowerment Centre (NEC, 1999), quando a sociedade e os serviços de saúde mental acreditarem ser possível uma plena recuperação das pessoas com doença mental, aí sim será possível o surgimento de resultados positivos.

METODOLOGIA E RESULTADOS

A investigação e a literatura sobre a temática do *recovery* na doença mental são ainda limitadas, especialmente em Portugal. Por esta razão e pelo facto de ser uma área emergente na saúde mental mas principalmente porque a forma como as pessoas e a sua doença mental são vistas influenciam a actuação dos serviços e as oportunidades que possam

disponibilizar, optou-se pela realização desta investigação, centrada nas opiniões das próprias pessoas com doença mental e dos profissionais da saúde mental relativamente ao *recovery*.

O objectivo principal e, ao mesmo tempo, a questão principal de investigação, seria o aferir das atitudes dos dois grupos representados na amostra, bem como, das diferenças existentes, ou não, entre os mesmos.

Os participantes deste estudo, seleccionados por conveniência, pertencem a uma organização comunitária não governamental, a Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS) e formaram dois subgrupos: pessoas com experiência em doença mental e profissionais de saúde mental. Numa amostra de trinta (30) elementos, metade das pessoas identificaram-se como sendo profissionais de saúde mental e a outra metade como tendo experiência de doença mental. Refira-se que um dos elementos que se identificou como profissional, referiu também ser familiar de uma pessoa com doença mental. O instrumento utilizado foi o questionário, "Recovery Attitudes Questionnaire 16" (J. R. Borkin, J. J. Steffen, L. B. Ensfield, K. Krzton, H. Wishnick, K. Wilder, & N. Yangarber, 2000), o qual foi traduzido e adaptado para o presente estudo. Foram ainda adicionadas duas questões, com o objectivo de constatar se existem diferenças nos dois grupos relativamente à questão do *recovery* ser entendido como um processo ou como resultado, mantendo-se a escala adoptada no questionário original. A cada item os inquiridos deveriam responder de acordo com a sua opinião, utilizando uma escala Likert de 1 a 5 pontos, variando de "Concordo totalmente" a "Discordo totalmente", pontuando as atitudes mais positivas em relação à ideia de *recovery* com 5 pontos (às questões 10 e 12 a ordem de atribuição de pontuação foi diferente dos restantes itens, correspondendo à opção "Discordo totalmente" 5 pontos e à opção "Concordo totalmente" 1 ponto). O resultado máximo que se pode obter neste instrumento é de 80 pontos, o que representa as atitudes mais positivas face ao *recovery* na doença mental. No caso desta investigação, como foram adicionadas duas questões adicionais (que serão descritas já a seguir), o resultado máximo é de 90 pontos.

Nesta investigação considerou-se a escala de Likert como sendo uma escala de ordem intervalar. Muitos investigadores entendem classificar esta escala desta forma para se poder potenciar ao

máximo a utilização dos dados recolhidos (Kranz, 1996; FAO, 1997; Johnson, 2002).

Relativamente ao total da amostra, a maioria dos participantes desta investigação (70%) era do sexo feminino. Em termos de distribuição etária, os participantes variam entre os 20 e os 55 anos (sendo que nos elementos do sexo masculino variam dos 25 aos 55 anos e nos elementos do sexo feminino entre os 20 e os 46 anos). A maioria dos elementos situava-se no grupo etário dos 25 aos 34 anos (53,3%).

Os quinze elementos do grupo de pessoas com doença mental afirmaram ter experiência de uma doença mental. O tempo médio da experiência de doença mental é de aproximadamente doze anos, variando entre 4 e 21 anos. Destes 15 elementos, 10 (67%) afirmaram encontrar-se numa situação de *recovery*, 3 apenas admitem estar por vezes numa situação de *recovery*, enquanto que apenas dois indivíduos recusaram estar em *recovery*.

Para o grupo de profissionais, as áreas de intervenção centravam-se na psicologia, serviço social e reabilitação psicossocial. A média de anos de activi-

dade profissional dos elementos deste grupo era de 6,4 anos.

Globalmente, em termos de resultados neste estudo, foram os profissionais que demonstraram ter atitudes mais positivas em relação ao *recovery* na doença mental, em consistência com estudo original realizado por Borkin, Steffen, Ensfield, Krzton, Wishnick e Wilder (1998), embora para uma amostra mais alargada.

Apesar do facto atrás mencionado, na generalidade das questões, as atitudes demonstradas por todos os participantes foram muito positivas. Uma explicação para tal poderá estar relacionado com o facto de todos os participantes estarem integrados numa instituição comunitária que assenta o seu trabalho em pressupostos de *empowerment* e *advocacy*, e por sua vez, na possibilidade da existência do *recovery* na doença mental. Contudo, os resultados elevados do grupo de “profissionais” poderão não ser representativos da maioria dos profissionais de saúde mental, pois a maioria destes afasta a

TABELA 1
Estatística descritiva: Grupo de pessoas com doença mental

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio- Padrão
Q1	15	4	5	4,67	0,488
Q2	15	2	5	3,53	0,990
Q3	15	3	5	4,33	0,724
Q4	15	2	5	3,87	0,990
Q5	15	2	5	4,13	0,990
Q6	15	3	5	4,33	0,617
Q7	15	3	5	4,47	0,640
Q8	15	2	5	3,20	1,146
Q9	15	3	5	4,07	0,799
Q10	15	2	5	4,33	0,816
Q11	15	2	5	4,20	0,775
Q12	15	1	5	3,73	0,884
Q13	15	1	5	4,00	1,195
Q14	15	2	4	3,13	0,834
Q15	15	2	5	3,33	0,976
Q16	15	3	5	4,40	0,632
Q17	15	1	5	3,00	1,309
Q18	15	3	5	4,47	0,640
Tempo Doença Mental	12	2	21	11,75	6,662
Tempo Recovery	10	1	18	7,61	7,696

TABELA 2
Estatística descritiva: Grupo “profissionais”

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Q1	15	3	5	4,60	0,632
Q2	15	1	5	4,40	1,056
Q3	15	4	5	4,67	0,488
Q4	15	1	5	3,20	1,146
Q5	15	4	5	4,67	0,488
Q6	15	3	5	4,27	0,704
Q7	15	5	5	5,00	0,000
Q8	15	1	5	3,60	1,121
Q9	15	2	5	4,27	0,884
Q10	15	4	5	4,80	0,414
Q11	15	2	5	4,13	0,990
Q12	15	3	5	4,33	0,617
Q13	15	3	5	4,20	0,676
Q14	15	2	4	3,27	0,594
Q15	15	3	5	4,33	0,724
Q16	15	3	5	4,40	0,632
Q17	15	1	4	2,13	0,743
Q18	15	3	5	4,67	0,617
Tempo Trabalho	15	0,1	17	6,43	5,428

possibilidade de existência do *recovery* na doença mental (Corrigan & Ralph, 2005).

As atitudes menos positivas centraram-se numa das questões adicionadas ao instrumento original e, que tinha por base, a afirmação de que o *recovery* ocorre de uma forma natural, ou seja, que é um processo ou um percurso individual de crescimento. Apesar de ter sido no grupo das pessoas com doença mental que as atitudes foram mais positivas em relação a esta questão, não se pode dizer que se confirme que este grupo tenda a considerar o *recovery* como um processo e não como um resultado, como diversos autores frisam que se nota claramente uma distinção entre a opinião das pessoas com doença mental (consideram o *recovery* como um processo natural) e a dos profissionais e familiares (que entendem o *recovery* como resultados/opportunidades) (Ralph, 2000; cit. por Corrigan & Ralph, 2005), pois como a média das respostas denota (3,00) as atitudes não são marcadamente muito positivas. Por outro lado, confirma-se que os profissionais tendem a responder negativamente quando confrontados com a ideia de que o *recovery* é um processo natural (média das respostas de 2,13), sem que

seja feita uma referência a oportunidades ou resultados, podendo admitir-se que essa rejeição acontece pois o *recovery* como processo restringe este para um plano mais pessoal e individual, sem uma referência directa a relações com terceiros. De um ponto de vista estatístico, a diferença entre os grupos é bastante significativa ($p=0,034$), confirmando as referências de alguns autores (Corrigan & Ralph, 2005), apesar de não se confirmarem as atitudes bastantes positivas do grupo das pessoas com experiência de doença mental tão referidas na literatura (por exemplo Ralph, 2000; Corrigan & Ralph, 2005). Eventualmente poder-se-ia obter resultados diferentes, se se optasse por referir a palavra “processo” ou “percurso pessoal de crescimento” na formulação da questão adicionada.

Na segunda questão adicionada ao instrumento original, e que admitia que o *recovery* implica oportunidades, ou seja, em que é encarado como resultados, as atitudes de ambos os grupos são bastante positivas, concordando com a afirmação. Tal confirma alguns estudos realizados no passado (Corrigan & Ralph, 2005) que concluíram que são os profissionais que tendem a compreender o *recovery*

como resultados. Por outro lado, não se verificaram diferenças entre os dois grupos de respondentes. É um facto que os profissionais tendem a encarar o *recovery* como resultados, mas as pessoas com doença mental também o fizeram nesta investigação, talvez pelo facto da amostra ser relativamente pequena. Outra explicação, mas que carece de comprovação, poderá estar relacionada com a filosofia organizacional, fortemente direccionada para a promoção de oportunidades de participação social das pessoas com doença mental em termos de emprego, educação, entre outras.

Relativamente à importância do suporte dos outros como uma ajuda no *recovery*, muito referida na literatura, nesta investigação, ambos os grupos salientam a sua importância, principalmente o grupo de pessoas com doença mental, pois também são estes que estão na melhor posição para fazê-lo. Segundo MacNeil e Mead (2003), o suporte dos pares ajuda as pessoas a compreenderem melhor a sua situação, a aprenderem e crescerem como indivíduos, tendo em conta a situação em que se encontram. Ter uma pessoa que acredite em nós é muito importante (Beale & Lambric, 1995; cit. por Ralph, 2001b).

Os factores internos inerentes ao *recovery* na doença mental (esperança e coragem) têm também um papel fundamental pois funcionam como que uma “predisposição” individual para a alteração da situação em que as pessoas se encontram. Numa análise mais minuciosa sobre as questões desta investigação relativas a estes factores, observa-se que os respondentes reconhecem a importância da esperança e da coragem. Estes dois factores representam uma visão do futuro, com satisfação e conquistas pessoais, apesar das limitações que possam acontecer no decurso da vida de cada um (Corrigan & Ralph, 2005). Em contraponto a questão relacionada com a fé, outro dos factores internos referidos na literatura e apresentados nesta investigação, foi uma das questões menos pontuadas em ambos os grupos. Para muitos, o *recovery* inclui o descobrir uma dimensão espiritual como forma de aceder ao sentido mais profundo da vida (Crowson & Wallcraft, 2002). A espiritualidade pode significar inspiração e servir como uma espécie de guia para o *recovery* de cada um (Corrigan & Ralph, 2005), fazendo a pessoa sentir-se confiante e segura (Davidson, 1993; Sullivan, 1994; cit. por Davidson et al., 2005). Esta questão também poderá ter sido entendida pelos respondentes com questões religiosas

exclusivamente e não com a “fé” de acreditar ser possível o *recovery*. Schmook (2003a) afirma mesmo que se não se acreditar que é possível o *recovery*, nenhum suporte, assistência, terapia ou outra técnica atingirá resultados positivos. Young e Ensing (1999) conduziram uma investigação em que muitos dos participantes referiram a fé e a espiritualidade como factores fundamentais para o *recovery*. Talvez uma possível explicação para os diferentes resultados entre as investigações, poderão ser as diferenças culturais e a forma como a religião e a fé são encaradas em diferentes regiões.

A questão da influência e da acção dos profissionais no *recovery* na área da saúde mental é um tema que desperta diferentes posições. Existem investigações revelando que a maioria das pessoas com doença mental acredita que a relação com profissionais é muito útil para o *recovery* (Allott & Loganathan, 2003). Também neste estudo, o grupo de pessoas com doença mental não perspectiva a possibilidade do *recovery* acontecer sem intervenção de profissionais, podendo indiciar que pensam que a ajuda dos profissionais é determinante para o seu *recovery*. Os profissionais, por seu lado, contrariamente ao esperado, demonstram atitudes mais positivas em relação à possibilidade do *recovery* poder acontecer sem a sua ajuda pois tal facto não se verificou no estudo original relativo a este instrumento. Nesse caso, o grupo de profissionais foi aquele que demonstrou não concordar com esta afirmação (Borkin et al., 1998). Na investigação levada a cabo por Young e Ensing (1999), os participantes afirmaram que a ajuda dos profissionais é importante, mas assumiram eles próprios que sua a responsabilidade pelo seu *recovery* é ainda mais fundamental.

CONHECIMENTO DAS ATITUDES: CONTRIBUTO PARA INTERVENÇÕES EFECTIVAS FACE AO *RECOVERY*?

As atitudes reflectem os valores intrínsecos e as crenças das instituições e profissionais bem como a influência dos contextos. Conhecer as atitudes face ao *recovery* da doença mental poderá ser uma via para conceber intervenções mais eficazes e eficientes em termos de promoção do bem-estar e da inclusão social das pessoas com doença mental.

Porque o *recovery* se refere, predominantemente, à existência de atitudes de esperança no futuro e

atitudes favoráveis à participação social plena, as intervenções de saúde mental têm de encarar este desafio a todos os níveis da organização do sistema. As pessoas com doença mental que revelem atitudes mais favoráveis ao *recovery* poderão estar numa melhor posição para integrarem programas com base em pressupostos de *empowerment*, grupos de ajuda mútua ou em programas orientados pelos próprios (Borkin, Steffen, Ensfield, Krzton, Wishnick, & Wilder, 1998).

Para Lufyia (1988; cit. por Ornelas, 1999) existem dois obstáculos principais ao ajustamento comunitário das pessoas com problemáticas mentais. O primeiro obstáculo é a segregação promovida por alguns serviços em relação a estas pessoas, rodeando-as somente de profissionais e pessoas em igual condição, não favorecendo as ligações com familiares e amigos. Uma segunda barreira é o facto de os utilizadores dos serviços serem considerados como clientes ou utentes dos vários programas, implicando tal estatuto na maioria das vezes, que se entre num processo passivo e de dependência em relação aos profissionais especializados em saúde mental e outros prestadores de serviços. Como consequência lógica, as atitudes de muitos profissionais são ainda algo condicionantes e, até, “paternalistas” (Chamberlin, 2005), assumindo papéis de “condutor” em vez de facilitador.

Baseados em diferentes modelos e perspectivas, os programas de saúde mental diferem também nos valores e atitudes relativos ao *recovery*. Segundo Farkas et al. (2005), um programa de saúde mental com pressupostos de *recovery* deve ser caracterizado “por uma estrutura que se compõe por uma missão, um conjunto de políticas, de procedimentos, de registos e de critérios de qualidade que sejam consistentes com os valores fundamentais do *recovery*”.

Com respeito à implementação de programas e/ou projectos, Davidson et al. (2005) salienta a importância da adopção de modelos menos baseados na doença e nas limitações, a favor de programas centrados nas pessoas em si. Os profissionais não podem “produzir” o espírito do *recovery* e dá-lo às pessoas que vivenciam uma doença mental mas poderão influenciar ambientes que proporcionem mais o *recovery* do que outros e muitos contextos de saúde mental actuais não proporcionam tais condições. Como refere Deegan, “é necessário algo mais que apenas bons serviços e esse algo mais é aquilo a que se chama *recovery*” (P. Deegan, 1999).

O movimento das pessoas com doença mental tem protestado contra o poder e o controlo que lhes era retirado pela organização e funcionamento dos serviços e também contra a violação dos direitos humanos cometidos através do tratamento involuntário e forçado (Ralph, 2001a). Um programa de saúde mental, não pode apenas basear-se exclusivamente nos diagnósticos. Como Schiff (2004) afirma, *recovery* envolve a própria pessoa, o seu papel/envolvimento social e a forma como interage com os outros.

Os profissionais de saúde mental devem então proporcionar os melhores contextos e as melhores condições para as pessoas escolherem de acordo com a sua vontade e tomarem as suas próprias decisões e, assim, facilitar o *recovery*. Para Marsh (1999), o objecto principal das intervenções profissionais tem de ser o *recovery*. Segundo Ralph (2001a), é necessário enfatizar que, para os serviços e sistemas de saúde mental sustentarem e promoverem o processo de *recovery*, tem de existir uma mudança nas atitudes de todas as pessoas que prestam qualquer tipo de serviço, quer em programas quer na própria investigação nesta área específica.

Um importante factor para o *recovery* consiste na possibilidade de assumir a responsabilidade da própria vida. Esta circunstância pode implicar a ligação com profissionais que trabalhem numa perspectiva de *empowerment* (Sullivan, 1994; cit. por Crowson & Wallcraft, 2002) como a ligação a recursos, ambientes outros grupos sociais para além dos já tradicionais na saúde mental.

Segundo o NEC (1999), é fundamental uma pessoa fazer parte de uma comunidade que lhe confira um valor social e representativo, ou seja “*empowerment*” pessoal e de grupo. Por exemplo, alcançar um trabalho regular e, não segregado, é uma forma de adquirir valor social. Estudar ou envolver-se na criação de redes de defesa cívica e de suporte entre pares poderão ser outras formas de alcançar poder social e pessoal. O *empowerment* é um processo constante e intencional que envolve respeito mútuo, uma reflexão crítica, preocupação e participação de grupo, através do qual os indivíduos privados dos direitos civis obtêm acesso e controlo, sobre os resultados importantes para si (Cornell Empowerment Group, 1989; cit. por Zimmerman, 2000).

Para McLean (1995; cit. por Ralph, 2001b), *empowerment* é auto-determinação e controlo sobre

a vida, não apenas só sobre o tratamento. O contexto de *empowerment* inclui a cultura, comunidade, família, pares, emprego, escola, entre outros. Ou seja, é necessário que a vivência das pessoas com doença mental se realize nos contextos naturais (comunidade), que o exercício da cidadania tenha por base a possibilidade de escolha e a existência de oportunidades reais de participação (em vez de simulados como são ainda muitos contextos tradicionais de reabilitação).

Para além do desenvolvimento de processos de controlo da vida pessoal, são sobretudo relevantes a existência de processos de *empowerment* colectivo, os quais poderão influenciar as situações individuais. Por tudo isto, considera-se, que a existência de organizações de representação activas é também condição fundamental de “*empowerment*” de grupo/comunitário (Monteiro & Matias, 2006) pois, deste modo, as posições, prioridades e necessidades das pessoas com experiência de doença mental assumem uma representatividade social.

Concluindo, os contextos e profissionais de saúde mental devem também apoiar atitudes, competências e oportunidades de liderança para as pessoas com doença mental fortalecendo a influência e intervenção nas tomadas de decisão e a acção dirigida para a comunidade de modo a informar, a formar e divulgar extensamente a população em geral sobre as possibilidades de *recovery* da doença mental.

É assim que as atitudes de *recovery* podem marcar a diferença nas pessoas, serviços e sistemas de saúde mental. As pessoas ganham um novo sentido na vida, de descoberta, de mudança, um bem-estar reforçado que, aliado ao “novo” papel assumido pelos profissionais, de “facilitadores” e não de “condutores”, proporciona mais e melhores oportunidades para as pessoas com doença mental. Esta promoção de atitudes positivas deve ser uma acção conjunta de todos: familiares, amigos e, especialmente, dos profissionais e serviços. Um sistema de suporte social eficaz terá um papel fundamental, sendo este definido por Sarason et al. (1983; cit. por Dalton et al., 2001) como “a existência de pessoas com quem se possa contar, pessoas que nos dão a conhecer que se preocupam connosco, que nos valorizam e nos amam”. O *recovery* pode ser propiciado significativamente por atitudes positivas e construtivas, através do suporte de amigos, familiares e profissionais (Rethink, 2003).

Porque, ainda hoje, existem inúmeras barreiras

legislativas e materiais que impedem uma participação cívica total por parte das pessoas com doença mental (Rowe, 1999; cit. por Davidson et al., 2005), para esta problemática psicossocial, a mudança no contexto social é também uma determinante pois deverão ser definidas políticas sociais nas áreas confluentes, como o emprego e a habitação entre outras, constituindo-se como enquadramento favorável no suporte a esta população no seu processo de reabilitação e inserção social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allott, P., & Lonagathan, L. (2003). *Discovering hope for recovery from a british perspective – A review of a sample of recovery literature, implications for practice and systems change*. Birmingham: West Midlands Partnerships for mental health.
- Anthony, W. (1999). Reabilitação Psiquiátrica. In J. Ornelas (Ed.), *Actas – Novos desafios na reabilitação de pessoas com doença mental*. Lisboa: Edições AEIPS.
- Bento, A., & Barreto, E. (2002). *Sem-Amor Sem-Abrigo*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Borkin, J. R., Steffen, J. J., Ensfield, L. B., Krzton, K., Wishnick, H., Wilder, K., & Yangarber, N. (2000). The Recovery Attitude Questionnaire: Development and evaluation. *Psychiatric Rehabilitation Quarterly*, 24, 95-102.
- Chamberlin, J. (2005). A defesa dos direitos das pessoas com doença mental: Desenvolvimento de uma perspectiva de direitos humanos. In J. Ornelas, F. Monteiro, M. Moniz, & T. Duarte (Eds.), *Participação e Empowerment das pessoas com doença mental e seus familiares*. Lisboa: Edições AEIPS.
- Corrigan, P., & Ralph, R. (2005). Recovery as Consumer Vision and Research Paradigm. In P. Corrigan, & R. Ralph (Eds.), *Recovery in Mental Illness: Broadening our understanding of wellness*. Washington: American Psychological Association.
- Crowson, J., & Wallcraft, J. (2002). The Recovery vision for mental health services and research: a British perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25 (3), 245-254.
- Dalton, J., Elias, M., & Wandersman, A. (2001). *Community Psychology: linking individuals and communities*. Belmont, EUA: Wadsworth.
- Davidson, L., Sells, D., Sangster, S., & O’Connell, M. (2005). Qualitative studies of recovery: What can we learn from the person?. In P. Corrigan, & R. Ralph (Eds.), *Recovery in Mental Illness: Broadening our understanding of wellness*. Washington: American Psychological Association.
- Deegan, P. (1999). Recovery, uma Viagem do Coração. In J. Ornelas (Ed.), *Actas – Novos desafios na reabilitação de pessoas com doença mental*. Lisboa: Edições AEIPS.

- FAO (1997). *Marketing research and informatic systems*. Rome: FAO, United Nations.
- 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 (Eds.), *Participação e Empowerment das pessoas com doença mental e seus familiares*. Lisboa: Edições AEIPS.
- Fisher, D., & Ahern, L. (1999). *Personal assistance in Community Existence*. National Empowerment Center Int.
- Fisher, D., & Deegan, P. (1998). *Final Report on Recovery Project*. Rockville, MD: Center for Mental Health Services.
- Fisher, D. (1999a). *A new vision of Recovery: People can fully recover from mental illness, it's not a life-long process*. National Empowerment Center Int.
- Fisher, D. (1999b). *The Empowerment model of Recovery: Finding our voice and having a say*. National Empowerment Center Int.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Greenley, D., & Jacobson, N. (2001). What is Recovery? A Conceptual Model and Explication. *Psychiatric Services*, 52, 482-485.
- Henderson, H. (2004). From depths of despair to heights of recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28 (1), 83-87.
- Johnson, J. (2002). *Visual analog scales: Part III*. Disponível na Internet via: <http://www.bamc.amedd.army.mil>. Arquivo capturado em 3 de Dezembro de 2005.
- Kranz, M. (1996). *Justifying interval scales*. Disponível na Internet via: <http://www.math.yorku.ca>. Arquivo capturado em 3 de Dezembro de 2005.
- Lunt, A. (2004). The implications for the clinician of adopting a Recovery model: The role of choice in assertive treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28 (1), 93-97.
- MacNeil, C., & Mead, S. (2003). *Understanding useful Help looks like: The standards of Peer Support*. Disponível na Internet via WWW. URL: <http://akmhweb.org/recovery>. Arquivo capturado em 13 de Setembro de 2005.
- Marsh, D. (1999). O papel das famílias na reabilitação. In J. Ornelas (Ed.), *Actas – Novos desafios na reabilitação de pessoas com doença mental*. Lisboa: Edições AEIPS.
- Monteiro, F., & Matias, J. (2006). *Attitudes from professionals and people with mental illness towards recovery – A way to define effective interventions?* Comunicação apresentada na 6.^a Conferência Europeia de Psicologia Comunitária, Polónia.
- Ornelas, J., Duarte, T., & Coelho, V. (1999). *Emprego apoiado em mercado aberto de trabalho. Sistemas de suporte na escolha, contratação e manutenção*. Lisboa: Associação para o Estudo e Integração Psicossocial.
- Raggins, M. (2002). *Recovery with severe mental illness: changing from a medical model to a psychosocial rehabilitation model*. Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.village-isa.org>. Arquivo capturado em 5 de Março de 2005.
- Ralph, R. (2000). *Review of Recovery Literature*. National Association for State Mental Health Program Directors (NASMHPD).
- Ralph, R. (2001a). *Mental health services in the Recovery context*. Comunicação apresentada na Conferência de Recovery, Birmingham.
- Ralph, R. (2001b). *Recovery*. Maine, MA: Human Services Research Institute.
- Ralph, R. (2001c). *Development of an Instrument to Measure Recovery*. Maine, MA. Human Services Research Institute.
- Randall, K., & Salem, D. (2005). Mutual-help groups and recovery: The influence of settings on participants' experience of recovery. In P. Corrigan, & R. Ralph (Eds.), *Recovery in Mental Illness: Broadening our understanding of wellness*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rethink (2003). *Approaches to Recovery*. Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.rethink.org>. Arquivo capturado em 16 de Outubro de 2005.
- Schiff, A. (2004). Recovery and mental illness: Analysis and personal reflections. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27 (3), 212-218.
- Schmook, A. (2003). *What is Recovery?*. Disponível na Internet via WWW. URL: <http://akmhweb.org/recovery/whatisrecovery.htm>. Arquivo capturado em 13 de Fevereiro de 2004.
- Young, S., & Ensing, D. (1999). Exploring Recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22 (3), 219-231.
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment and Community Organizations: A review for the next Milenium. In J. Ornelas (Ed.), *Actas do II Congresso Europeu de Psicologia Comunitária* (pp. 17-42). Lisboa: ISPA.

RESUMO

Em Portugal, a literatura bem como a investigação relativas ao *recovery* na doença mental é escassa. Este trabalho tem como principal objectivo o aferir das atitudes relativas ao *recovery* na doença mental em dois grupos distintos: pessoas com doença mental e profissionais de Saúde Mental numa organização comunitária.

A amostra foi constituída por 30 elementos, 15 por cada um dos grupos atrás referidos. O instrumento utilizado foi o questionário, "Recovery Attitudes Questionnaire 16" (J. R. Borkin, J. J. Steffen, L. B. Ensfield, K. Krzton, H. Wishnick, K. Wilder, & N. Yangarber, 2000), o qual foi traduzido e adaptado para o presente estudo. Foram ainda adicionadas duas questões, com o objectivo de constatar se existem diferenças nos dois grupos relativamente à questão do *recovery* ser entendido

como um processo ou como resultado. Concluiu-se que as atitudes de ambos os grupos são bastante positivas, não se observando grandes diferenças entre os respondentes dos grupos. Em relação à questão do paradigma do *recovery*, ambos os grupos tenderam a rejeitar a hipótese do *recovery* como processo.

Palavras-chave: *Recovery*, *empowerment*, doença mental, atitudes, profissionais de saúde mental, utentes de serviços de saúde mental.

ABSTRACT

In Portugal the research and literature concerning the recovery in mental illness is still limited. This study aimed to assess recovery attitudes in two different

groups: mental health professionals and people with mental illness from a NGO.

The sample of 30 people included 15 participants for each of the above mentioned groups. The instrument used was "Recovery Attitudes Questionnaire 16" (J. R. Borkin, J. J. Steffen, L. B. Ensfield, K. Krzton, H. Wishnick, K. Wilder, & N. Yangarber, 2000), which was translated and adapted for this research. A lack of an agreed-on recovery model or paradigm represents a distinction over the definition of recovery: process versus outcome. Two additional questions were added to the original instrument in order to understand the perception of both groups on this distinction.

Both groups showed very positive attitudes towards recovery in mental illness. Also both groups tended to refuse the idea of recovery as a process.

Key words: *Recovery*, *empowerment*, mental illness, attitudes, mental health professionals, consumers.