

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA  
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**ALITA HELENA COUTO MASSAFERA**

Narrativas de pessoas em sofrimento psíquico atendidas na Atenção Primária à Saúde  
e o conceito de *recuperação pessoal*.

Rio de Janeiro  
2022

Alita Helena Couto Massafra

Narrativas de pessoas em sofrimento psíquico atendidas na Atenção Primária à Saúde e o conceito de *recuperação pessoal*.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Área de concentração em Atenção Primária à Saúde).

Orientadora:  
Alicia Regina Navarro Dias de Souza  
Doutora em Ciências da Saúde (Psiquiatria)/  
UFRJ

Rio de Janeiro

2022

## Ficha catalográfica

Massafera, Alita Helena Couto

Narrativas de pessoas em sofrimento psíquico atendidas na Atenção Primária à Saúde e conceito de recuperação pessoal. / Alita Helena Couto Massafera. – Rio de Janeiro: UFRJ / Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, 2022.

81 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Alicia Regina Navarro Dias de Souza

Dissertação (mestrado) – UFRJ / Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2022.

Referências: f. 69-74

1. Saúde Mental. 2. Serviços de Saúde Mental. 3. Recuperação da Saúde Mental. 4. Grupos de Autoajuda. 5. Atenção Primária à Saúde – Tese. I. Souza, Alicia Regina Navarro Dias de. II. UFRJ, CCS, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Andreia de Oliveira Paim CRB - 7/5183



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL  
EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



### ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Às 9hs do dia 04 de novembro de 2022 teve início a Banca de Defesa da Dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Área de Concentração: "Atenção Primária à Saúde", na Linha de Pesquisa: **Atenção Integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis**. A dissertação com o título: "Narrativas de pessoas em sofrimento psíquico atendidas na Atenção Primária à Saúde e o conceito de recuperação pessoal.", foi apresentada pela(o) candidata(o): **ALITA HELENA COUTO MASSAFERA**, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, registro DRE n. 119008197 (SIGA). A defesa atendeu a Resolução CEPG Nº 03/2019 e ocorreu segundo os termos definidos na "Resolução CEPG nº 01, de 16/03/2020", que dispõe sobre as defesas de mestrado e doutorado no período de pandemia do COVID-19, "artº 1º", ( ) item 2, banca parcialmente remota, presidente da banca e candidato juntos; ( X ) item 3, banca totalmente remota, com concordância e gravação. A defesa foi apresentada à banca examinadora composta pelos Doutores: **Alicia Regina Navarro Dias de Souza** (presidente); **Erotides Maria Leal** (1º examinador); **Octávio Domont Serpa Júnior** (2º examinador), em sessão REMOTA, ( ) PARCIAL ( X ) TOTAL cujo acesso virtual foi provido pela Coordenação do Mestrado. A candidata expôs o material por cerca de trinta minutos. Em seguida, cada membro da banca de examinadores a arguiu, por 15 minutos, com igual tempo de defesa não superior a 30 minutos. Em sessão restrita, deliberou e atribuiu menção ( X ) APROVADO ( ) NÃO APROVADO à defesa de dissertação de mestrado. A banca emitiu o seguinte parecer adicional:

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da banca e pela(o) aluna(o) examinada(o).

Presidente/Orientador(a): *Alicia Regina Navarro Dias de Souza*  
1º Examinador(a): *Alicia Regina Navarro Dias de Souza*  
2º Examinador(a): *Alicia Regina Navarro Dias de Souza*  
Aluno(a)/Examinado(a): *Alita Hele. Massafera*

*Dedico este trabalho àqueles que compartilham seus sofrimentos  
e são acolhidos, e àqueles que ainda guardam suas dores.*

## AGRADECIMENTOS

À Alicia Regina Navarro Dias de Souza, minha orientadora, pela disponibilidade, paciência, orientação afetuosa e cuidadosa, que proporcionou crescimento e aprendizado na trajetória de construção deste trabalho.

Aos professores do curso de Mestrado em Atenção Primária à Saúde/UFRJ por compartilharem seus conhecimentos, acreditarem no cuidado na Atenção Primária, serem modelos e incentivadores de futuros profissionais na área.

Aos colegas de turma com os quais compartilhei experiências, trocas profissionais e construí laços afetivos eternos.

Aos colegas da Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro, com quem trabalhei por 8 anos, dividindo aprendizados, preocupações, ansiedades e, principalmente, esperança no trabalho.

Aos meus pais, que com amor e dedicação, me oportunizaram e incentivaram em meus estudos e trabalho ao longo da vida.

Ao meu irmão, por seu amor, companheirismo e por compartilhar as vivências difíceis e alegres de ser um profissional da saúde.

## RESUMO

MASSAFERA, Alita Helena Couto. Narrativas de pessoas em sofrimento psíquico atendidas na Atenção Primária à Saúde e o conceito de *recuperação pessoal*. Rio de Janeiro, 2022. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde), Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

O presente estudo teve como objetivo conhecer os aspectos pessoais e do serviço de saúde de pessoas em sofrimento psíquico que frequentaram os grupos terapêuticos em duas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) no município do Rio de Janeiro, a partir do paradigma da *recuperação pessoal*. Foram realizadas 10 entrevistas individuais e semiestruturadas, gravadas em áudio e/ou vídeo, com participantes dos grupos. Foi utilizada a metodologia qualitativa e os dados analisados segundo a Análise de Conteúdo de Bardin (2016). O resultado percebido pelas narrativas dos entrevistados foram aspectos importantes da *recuperação pessoal* como habilidades para manejo de sintomas e dificuldades da vida através da ajuda profissional e de troca mútua de experiências; envolvimento em atividades significativas e com propósito; estimulação e desenvolvimento das relações sociais; existência de rede apoio, através de familiares, amigos, instituições e profissionais de saúde; formas de lidar com o preconceito e superar o estigma em relação ao sofrimento psíquico; e desenvolvimento de esperança. Entende-se a APS como espaço potente de cuidado em saúde mental e o grupo terapêutico como ferramenta que promove e fortalece os aspectos fundamentais da *recuperação pessoal*.

Palavras chaves: Atenção Primária à Saúde, Apoio Matricial, Saúde Mental, Recuperação Pessoal, Grupos Terapêuticos.

## ABSTRACT

MASSAFERA, Alita Helena Couto. Narrativas de pessoas em sofrimento psíquico atendidas na Atenção Primária à Saúde e o conceito de *recuperação pessoal*. Rio de Janeiro, 2022. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde), Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The present study aimed to know the personal and health service aspects of people in psychological distress who attended therapeutic groups in two Primary Health Care (PHC) units in the city of Rio de Janeiro, based on the paradigm of personal recovery . 10 individual and semi-structured interviews were carried out, recorded in audio and/or video, with participants of the groups. Qualitative methodology was used and data analyzed according to Bardin's Content Analysis (2016). The result perceived by the interviewees' narratives were important aspects of personal recovery, such as skills for managing symptoms and difficulties in life through professional help and mutual exchange of experiences; involvement in meaningful and purposeful activities; stimulation and development of social relationships; existence of a support network, through family, friends, institutions and health professionals; ways of dealing with prejudice and overcoming stigma in relation to psychological distress; and development of hope. PHC is understood as a powerful space for mental health care and the therapeutic group as a tool that promotes and strengthens the fundamental aspects of personal recovery.

Keywords: Primary Health Care, Matrix Support, Mental Health, Personal Recovery, Therapeutic Groups.

## **Lista de abreviaturas e siglas**

A.A. - Alcoólicos Anônimos  
ACS - Agente Comunitário de Saúde  
AS - Associação de Moradores  
AP - Atenção Psicossocial  
ApM - Apoio Matricial  
APS - Atenção Primária à Saúde  
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial  
CMS - Centro Municipal de Saúde  
CEP - Comitê de Ética e Pesquisa  
EUA - Estados Unidos da América  
SF - Saúde da Família  
SUS - Sistema Único de Saúde  
MS - Ministério da Saúde  
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
GAM - Guia Pessoal de Gestão Autônoma da Medicação  
MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental  
OS - Organização Social  
ONGs - Organizações Não Governamentais  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
PCR - Píndaro de Carvalho Rodrigues  
RJ - Rio de Janeiro  
Pnab - Política Nacional de Atenção Básica  
PNSM - Política Nacional de Saúde Mental  
RAS - Rede de Atenção à Saúde  
RP - Rodolpho Perissé  
RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira  
TMCs - Transtornos Mentais Comuns  
UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas  
UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro  
WRAP - Wellness Recovery Action Plan

## SUMÁRIO

<b>1 - INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2 - REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>16</b>
<b>2.1 - REFORMA PSIQUIÁTRICA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL</b>	<b>16</b>
<b>2.2 - SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>	<b>17</b>
<b>2.3 - APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL</b>	<b>19</b>
<b>2.4 - HISTÓRIA DO CONCEITO DE RECUPERAÇÃO EM SAÚDE MENTAL</b>	<b>20</b>
<b>2.5 - O CONCEITO DE RECUPERAÇÃO PESSOAL</b>	<b>23</b>
<b>3 – OBJETIVOS</b>	<b>32</b>
<b>3.1 - OBJETIVO GERAL</b>	<b>32</b>
<b>3.2 - ESPECÍFICOS:</b>	<b>32</b>
<b>4 - METODOLOGIA</b>	<b>33</b>
<b>4.1 - CENÁRIO DA PESQUISA</b>	<b>33</b>
<b>4.2 - PARTICIPANTES DA PESQUISA</b>	<b>34</b>
<b>4.3 – PROCEDIMENTOS DE PESQUISA</b>	<b>34</b>
<b>4.4 - ANÁLISE</b>	<b>35</b>
<b>4.5 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b>	<b>36</b>
<b>5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>38</b>
<b>5.1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA</b>	<b>38</b>
<b>5.2– CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA</b>	<b>41</b>
<b>5.3 – TEMAS EMERGENTES</b>	<b>42</b>
<b>5.3.1. Percurso até o grupo</b>	<b>42</b>
<b>5.3.2. Incômodos percebidos na participação no grupo</b>	<b>46</b>
<b>5.4 - TEMAS CONCEITUAIS</b>	<b>48</b>
<b>5.4.1. Manejo de sintomas e das dificuldades</b>	<b>49</b>
<b>5.4.2. Envolvimento em atividades significativas</b>	<b>51</b>
<b>5.4.3. Estabelecer e diversificar relações sociais</b>	<b>53</b>

<b>5.4.4. Ter rede de apoio</b>	<b>54</b>
<b>5.4.5. Responsabilidade</b>	<b>59</b>
<b>5.4.6. Superar o estigma e lidar com o preconceito em relação ao sofrimento mental</b>	<b>59</b>
<b>5.4.7. Esperança em relação ao futuro</b>	<b>61</b>
<b>6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>64</b>
<b>7 - REFERÊNCIAS</b>	<b>69</b>
<b>8 - ANEXOS</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO 1 - Roteiro de entrevista semi-estruturada</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO 2 - Termo De Consentimento Livre E Esclarecido</b>	<b>76</b>
<b>ANEXO 3- Termo de Cessão de Direitos de Imagem e Voz</b>	<b>80</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde constitui-se como porta de entrada prioritária do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e coordenadora do cuidado de saúde através da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com o propósito de dar resolução e atendimento equânime às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2013, p. 19).

Diante da complexidade de problemas sanitários, ambientais, socioeconômicos dentre outros enfrentados pela APS, o Ministério da Saúde (MS) cria os NASF em 2008, com o objetivo de ampliar a abrangência, a resolubilidade, a regionalização e as ações da APS no território, visando o cuidado continuado, longitudinal e na perspectiva da integralidade (BRASIL, 2014, p. 16).

O NASF é constituído por profissionais especialistas de diferentes áreas de conhecimento e utiliza como ferramenta de trabalho o Apoio Matricial (ApM) às equipes de Saúde da Família (SF). O NASF atua nas vertentes: técnico-pedagógica, de apoio técnico especializado, com e aos profissionais; e clínico-assistencial, na produção e incentivo de ação clínica direta à população (BRASIL, 2014, p. 17). As ações desenvolvidas pelo NASF têm foco na interdisciplinaridade, no diálogo que valoriza a diversidade dos núcleos de saber, o que consequentemente amplia a reflexão sobre a prática, na qual se busca compreender a construção do processo saúde-adoecimento-cuidado.

O ApM na APS caracteriza-se como uma ferramenta potente no cuidado integral à pessoa em sofrimento psíquico pois demanda articulação com diversas categorias profissionais, convocando ao diálogo diferentes núcleos de saberes presentes na RAS. O diálogo interdisciplinar e com a rede de dispositivos intersetoriais é primordial para a construção de uma clínica ampliada que compreenda o processo de saúde-doença-cuidado de uma pessoa ou de uma população, considerando que este processo é atravessado pela influência dos aspectos biopsicossociais, e não de uma única causalidade. Através do olhar sobre a pessoa em sua integralidade, o ApM em saúde mental contribui para o cuidado, não sendo resumido apenas a avaliação de um especialista da área.

Ao considerarmos o cuidado referente às pessoas em sofrimento psíquico na APS, objeto de estudo do presente trabalho, destacamos que o ApM “tem sido estruturado em nosso país como um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a APS” (CHIAVERINI, 2011, p. 13). A terminologia *sofrimento psíquico* será utilizada ao longo deste trabalho sendo entendida como qualquer sofrimento psicológico que seja percebido pelo sujeito e que acarrete algum nível de prejuízo: emocional, físico, social, financeiro ou outros.

As intervenções e práticas em saúde mental na APS devem considerar a promoção de diversas formas de cuidado que proporcionem melhoria na qualidade de vida, utilizando-se de criatividade no desenvolvimento de ações, recursos e talentos comunitários que combatam o preconceito e a exclusão da pessoa em sofrimento psíquico.

Este cuidado diz respeito à Atenção Psicossocial (AP) ofertada às pessoas em sofrimento psíquico que está alinhada à Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Ambas derivam de um processo de reforma sanitária e psiquiátrica ocorrido no Brasil e em diversos países, questionando o modelo de gestão e de práticas de saúde: hospitalocêntrico, institucionalizante e médico-centrado, vigentes na época.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) teve seu começo nos fins dos anos 70, através do movimento de luta de profissionais de saúde, de usuários dos serviços e familiares, reivindicando atenção em saúde mental humanizada, com respeito aos direitos humanos, reinserção social, autonomia e cuidado no território. Na década de 90, são dados os primeiros passos no processo de desinstitucionalização do cuidado em saúde mental, quando se inicia a construção de serviços extra hospitalares, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Em 2001, com a promulgação da Lei 10.216, a PNSM passa a ganhar expressividade através de diversas iniciativas com foco na rede de cuidados de base comunitária (BRASIL, 2005, p. 6 e 2013, p. 21).

Considerando que a APS conhece a pessoa em sofrimento psíquico, sua família, sua rede de apoio, suas relações e o contexto sociocultural no qual vive, é imprescindível que ela se ocupe da coordenação do cuidado integral, tanto do sofrimento físico como psíquico, pois entendemos que a subjetividade é inseparável do processo de adoecimento. Assim, as diretrizes do cuidado em saúde mental e da APS estão alinhadas com o cuidado da pessoa no território buscando sua autonomia, inserção social e recuperação.

Observando as vertentes internacionais de cuidado à saúde mental na atualidade, o conceito de *recovery* demonstra-se em sintonia com as diretrizes da RPB. Este conceito utilizado por países anglo-saxões, vem sendo difundido no Brasil desde os anos 2000, pelos profissionais do campo de saúde mental e coletiva (NASCIMENTO et al, 2017).

Em alguns estudos internacionais e nacionais, encontra-se a opção pela não tradução do termo em inglês de forma a preservar a amplitude do conceito. Defende-se que a tradução poderia gerar ambiguidades, distorções ou limitações (BACCARI; CAMPOS; STEFANELLO, 2015, p. 126). Contudo, em estudos nacionais recentes observamos o uso do termo *recuperação pessoal*, e utilizaremos essa terminologia nesse estudo (LEAL; MUÑOZ; SERPA Jr, 2019; PEIXOTO; SERPA Jr, 2022).

O conceito de *recuperação pessoal* se refere à possibilidade de uma pessoa conviver com sintomas de um transtorno mental e ter qualidade de vida, independente da gravidade do adoecimento. A recuperação pessoal não pressupõe cura do transtorno mental ou anulação dos sintomas psiquiátricos (DUARTE, 2007, p. 128).

De acordo com Baccari, Campos e Stefanello (2015) e Silveira (2017), a recuperação é um processo contínuo, não um fim em si mesmo, e pode ocorrer com ou sem intervenção de tratamento específico. Seu enfoque é a experiência singular da esperança, provocando uma mudança na vivência do adoecimento mental, com reflexos na confiança pessoal e na participação ativa da pessoa em seu próprio cuidado.

Concomitante ao movimento mundial de reforma psiquiátrica, o conceito de *recuperação pessoal* surge na década de 70 nos Estados Unidos da América (EUA) e torna-se internacionalmente conhecido nos anos 80, principalmente nos países de cultura anglo-saxônica. O conceito advém do movimento da reforma psiquiátrica americana, impulsionado por usuários e familiares que reivindicavam direitos e cuidados humanizados, questionando o modelo de cuidado da época de caráter hospitalocêntrico, de reclusão, estigmatizante e incapacitante para o adoecimento mental (SILVEIRA et al, 2017, p. 22).

A partir da década de 90, este conceito ganhou força e espaço no campo da saúde mental internacional e vem sendo considerado um norteador para profissionais, serviços e políticas públicas (DUARTE, 2007, p. 127). De acordo com Costa (2017, p. 3), países como Inglaterra, Escócia, Suécia, Dinamarca, Noruega, Austrália, Nova Zelândia, Canadá, Itália, entre outros, têm utilizado como paradigma as práticas orientadas pela *recuperação pessoal* nas políticas públicas de cuidado em saúde mental.

O conceito de *recuperação pessoal* e da AP no Brasil convergem para a importância do exercício da autonomia e do empoderamento da pessoa em sofrimento psíquico no processo de recuperação. Autonomia e empoderamento são percebidos quando profissionais e serviços de saúde dão voz aos sujeitos em sofrimento. A compreensão do processo de adoecimento ultrapassa a sintomatologia visível e expressa, mas através da fala, da narrativa do sofrimento, percebemos a particularidade de cada sujeito diante dos múltiplos fatores que englobam seu sofrimento e conseqüentemente seu tratamento (RICCI, 2017).

A oferta de diversos guias de *recuperação pessoal* oferecidos por organizações públicas e não governamentais internacionais evidencia a ênfase no valor das narrativas sobre as experiências singulares e na participação das pessoas no seu processo de cuidado de saúde e recuperação. A título de exemplo, em 2015, o Canadá lançou um guia de práticas orientadas

para a recuperação pessoal acessível gratuitamente na internet (MENTAL HEALTH COMMISSION OF CANADA, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs em seu plano de ação em Saúde Mental 2013 – 2020 (WHO, 2013), o conceito de recuperação como um de seus objetivos gerais, assim como propostas de políticas orientadas pela *recuperação pessoal*. Este plano foi construído a partir de uma resolução da 65ª Assembleia Mundial de Saúde, em 2012, na qual ressaltou-se que:

A visão deste plano é um mundo no qual saúde mental é valorizada, promovida e protegida, os transtornos mentais são prevenidos e as pessoas afetadas por esses transtornos são capazes de exercer toda a gama de direitos humanos e de ter acesso aos cuidados de saúde e sociais, culturalmente apropriados e de alta qualidade, em tempo hábil para promover a recuperação, a fim de atingir o nível mais alto possível de saúde e participar plenamente na sociedade e no trabalho, livre de estigmatização e discriminação. (WHO, 2013, p. 09, tradução nossa)

A demanda de atendimento de pessoas em sofrimento psíquico na APS brasileira é notória e crescente. Estudos apontam que os médicos da APS identificam de 21% a 78% de transtornos mentais comuns (TMCs), assim chamados por se caracterizarem por queixas gerais e inespecíficas como cansaço, taquicardia, desânimo, tristeza, dores no corpo, dificuldade em conciliar o sono. Os TMCs não se enquadram em um diagnóstico específico, mas acarretam prejuízos e provocam sofrimento (MENEZES et al, 2019 *apud* Mari et al, 1987, p. 2).

O sofrimento psíquico acarreta prejuízos para a saúde pública, o sujeito, a família e a comunidade, pois se não tratado, representa custos de sofrimento físico e psicológico, econômicos e de incapacidade (OMS; WONCA, 2009).

No Brasil, dados sobre a prevalência de TMC oscilam entre 28,7% e 50% sendo considerada alta por estudiosos na área, e estima-se que em 2030 estará entre as doenças mais incapacitantes (LUCCHESI et al, 2014, p. 201). Estudos nacionais sobre o tema na população adulta atendida na APS, têm encontrado maior prevalência de sintomas ansiosos e depressivos com forte associação com os indicadores de gênero feminino, baixa escolaridade e menor renda (MARAGNO et al, 2006; LUCCHESI et al, 2014; FORTES; VILLANO; LOPES, 2008). Além disso, observou-se a associação entre doenças clínicas e TMC (VIDAL et al, 2013).

Há grande preocupação com a assistência na saúde mental brasileira visto que há dificuldade de identificação e de manejo dos casos de TMCs, subestimados pelos profissionais de saúde (VIDAL et al, 2013, p. 458). Ainda permanece a cultura médico-centrada e voltada para a identificação, medicalização dos sintomas e cura da doença,

fatos que são obstáculos na percepção e escuta sobre o processo de adoecimento vivenciado pela pessoa, criando dificuldades na relação entre médico e paciente (MENEZES et al, 2019, p. 3). Outro ponto a considerar, é que no âmbito da Saúde Mental Global, sabe-se que “parte importante das pessoas com transtornos mentais não recebe tratamento adequado ou nem mesmo é reconhecida e diagnosticada com estes problemas” (WENCESLAU; ORTEGA, 2015, p. 1122).

Diante do exposto, ressaltamos a importância do cuidado de saúde mental na APS, através do ApM, no trabalho de promoção e prevenção de agravos à saúde, para repensar a assistência a esta população, com tecnologias e práticas terapêuticas de cuidado coerentes com as demandas e as realidades dos indivíduos e dos territórios de existência.

O desafio colocado aos serviços e aos profissionais de saúde é pensar o cuidado para além do ato de medicar. Logo, se torna essencial ouvir as narrativas da experiência de vida em primeira pessoa. Por meio da escuta das narrativas, percebemos a sintonia com o conceito de *recuperação pessoal* no que se refere ao aumento do poder, da autonomia pessoal e coletiva nas relações interpessoais e institucionais (VASCONCELOS, 2003).

Concluimos que, na realidade brasileira, o conceito de *recuperação pessoal* está em consonância com os pressupostos da PNSM e da APS. O conceito é relevante para a saúde mental e coletiva, com implicações para os serviços de saúde, pois objetiva valorizar a autonomia da pessoa em sofrimento psíquico na sua trajetória de cuidado. Em revisão sobre as diversas interpretações aplicadas ao termo em pesquisas internacionais, observamos que a maioria dos estudos foi realizada com pessoas com diagnóstico de esquizofrenia (BACCARI; CAMPOS; STEFANELLO, 2015).

Na literatura nacional não encontramos pesquisas referentes ao processo de *recuperação pessoal* e TMCs na APS. Considerando a necessidade do cuidado integral à pessoa em sofrimento psíquico, este estudo é relevante na medida em que se propõe a conhecer as narrativas de participantes dos grupos terapêuticos realizados na APS e a investigar aspectos do restabelecimento físico, psíquico, social e cultural, associados (ou presentes) ao processo de *recuperação pessoal*.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL

No fim da década de 70, assim como em outros países, a RPB caminhou junto à reforma sanitária da saúde. Neste trabalho citaremos eventos relevantes que impulsionaram a RPB e a atual política de AP no Brasil, visto que a temática é abordada amplamente em outros estudos.

Considerando o momento político da época, de um governo militar ditatorial, os movimentos sociais a favor da democracia se espalharam pelo país e impulsionaram a força dos movimentos sociais da saúde mental. Esses movimentos tinham como foco a crítica ao modelo asilar, a reivindicação por formas humanizadas de se tratar a loucura e a defesa da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico (TENÓRIO, 2002). Eles foram iniciados por profissionais de saúde mental com denúncias às formas de tratamentos inadequados e cruéis nas instituições psiquiátricas, mas incentivaram outros adeptos à causa como: usuários, familiares, militantes dos direitos humanos, gestores, sindicatos e associações (PITTA, 2011, p. 4583).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) criado em 1978, foi pioneiro e de suma importância na RPB, pois lutou por transformações trabalhistas e humanização no cuidado psiquiátrico. Também promoveu espaços de discussão da temática com nomes internacionais da reforma psiquiátrica como: Franco Basaglia, Robert Castel, Felix Guattari, Ronald Laing, Donald Cooper, Howard Becker, Thomas Szasz (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2068). Em 1986, o MTSM organizou a 8ª Conferência Nacional de Saúde que se destacou pela grande participação popular e pela aprovação do SUS (FIOCRUZ, 2021).

Amarante e Nunes (2018, p. 2069), relatam que no II Encontro de Trabalhadores de Saúde Mental de Bauru em 1987, surge o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, ficando claro o objetivo de extinção dos princípios e instituições manicomial. Este encontro foi o marco do movimento social com participação dos usuários, familiares, sociedade civil e ativistas de direitos humanos se transformando no Movimento da Luta Antimanicomial.

Na década de 1980, exemplos de passos iniciais da desinstitucionalização psiquiátrica são: o surgimento do primeiro CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo; e o fechamento da Casa de Saúde Anchieta, em Santos (SP), inaugurando as alternativas de cuidado substitutivas ao manicômio (TENÓRIO, 2002, p. 37).

Em 2001, a Lei Federal 10.216, de autoria do deputado federal Paulo Delgado, se torna o marco da PNSM pois legitima as mudanças que estavam ocorrendo no processo de desinstitucionalização, como fechamento de leitos e potencialização da expansão de novos recursos e dispositivos de cuidado de base comunitária. Nesse mesmo ano, ocorreu em Brasília a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que foi marcada pela participação popular e de setores envolvidos na causa da luta antimanicomial (TENÓRIO, 2002).

Ao longo desta trajetória, foi se desenhando e construindo a rede de AP brasileira com dispositivos como: CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência, Oficinas de Geração de Renda etc.

O movimento da RPB trouxe a reformulação sobre a maneira de cuidar do sofrimento psíquico, lutando pela eliminação dos manicômios e promovendo uma rede assistencial complexa que envolve os vários setores: da saúde, da cultura e até o socioeconômico. Para além, tornou pública a percepção social do sofrimento psíquico, do sujeito louco - diferente, sem utilidade e que causava problemas, logo que devia ser encarcerado, escondido e extinto - para trazer o sujeito em sofrimento e seu direito à cidadania.

Salientamos que a RPB precisa ser diversa, ir além de políticas que proporcionem oferta de serviços e cuidados terapêuticos. Como destacou Pitta (2011), ela deve oportunizar:

Enfrentamento do estigma; reorientação do modelo assistencial com garantia de equidade de acesso; direitos e cidadania com prioridade para a formulação de políticas que fomentem a autonomia dos sujeitos; expansão do financiamento e controle social. (PITTA, 2011, p. 4586)

## 2.2 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Compreendemos que a APS tem como ponto central o cuidado integral da saúde, no território e individualizado, o que a coloca como coordenadora do cuidado do sujeito dentro da RAS. Conforme destacado pelo MS (BRASIL, 2013), esta posição evidencia seus preceitos de atuar:

Na construção da atenção integral, a Atenção Básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas: ser base, atuando no mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária; ser resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de Saúde e produzindo intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus autonomia dos indivíduos e grupos sociais; coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e criando projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, assim como as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais; ordenar as redes, reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de Saúde parta das necessidades de saúde dos usuários. (BRASIL, 2013, p. 20)

À medida que APS se expande como política pública de cuidado em saúde no país, conseqüentemente, as equipes de SF se deparam com realidades complexas em cada território e com demandas e necessidades da população, muitas vezes ocultas. Estas demandas são diversas e englobam necessidades básicas de saúde, moradia, educação, direitos civis, etc, e se entrelaçam muitas vezes com o processo de sofrimento psíquico.

As equipes de SF têm facilidade de acesso às pessoas no território onde moram, conhecem a história dessas pessoas e têm o poder de construção de vínculos com elas, por isso são os primeiros profissionais a identificar demandas de sofrimento psíquico, o que transforma a APS em um referencial no cuidado da saúde mental. Os profissionais da SF devem pautar suas práticas na escuta, no acolhimento, na habilidade de comunicação, na empatia, na oferta de ajuda, que por si só funcionam como intervenções em saúde mental, permitindo a abordagem do sofrimento psíquico por qualquer profissional da SF, desde o agente comunitário de saúde (ACS) até o médico especialista, considerando os limites de intervenção e treinamento de cada profissional (BRASIL, 2013).

A OMS e o WONCA (2009) já destacaram que o adoecimento mental afeta cada vez mais pessoas e a oferta de serviços está aquém da necessidade. Por este motivo, a integração dos cuidados da saúde mental na APS de forma precoce, holística e em serviços de base comunitária, se mostra como o recurso mais efetivo, devido ao fato de serem serviços acessíveis à população, que geram bons resultados de saúde, promovem o respeito pelos direitos humanos e têm uma boa relação custo-benefício. Também recomendam que uma rede de serviços para saúde mental seja formada pela combinação de diversos recursos, não só o especializado, e que todos eles dêem importância para a participação ativa e a autogestão do usuário em seu cuidado de saúde.

Entendemos que o cuidado em saúde mental na APS, tendo como referencial seus preceitos, é indispensável, inevitável e potente, além de estar em sintonia com PNSM e atual, porém em construção contínua, rede de AP no Brasil. Logo, o desenvolvimento de propostas de intervenções no processo de saúde-adoecimento mental na APS é um importante aspecto do processo de desinstitucionalização.

Consideramos que o sofrimento psíquico se estabelece através de múltiplos fatores como: psicológicos, socioeconômicos, culturais, políticos e ambientais, salientamos que as propostas de cuidados em saúde mental devem ser produzidas pelos profissionais/instituições que ofertam o serviço em conjunto com a população que demanda por ele, de acordo com suas necessidade e possibilidades. Primordialmente, estas propostas devem acontecer no

território, compartilhadas com a rede de AP com objetivo de evitar a exclusão, melhorar a qualidade de vida e promover a autonomia dos sujeitos.

### 2.3 APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL

A realidade de cada território é única e suas características específicas podem se tornar desafios para o trabalho das equipes de SF. Com o propósito de vencer as dificuldades encontradas pelas equipes e ampliar o cuidado em saúde, o ApM é oficializado em 2008 pelo MS, como ferramenta de suporte especializado a estas equipes através da criação dos NASFs (BRASIL, 2014).

A Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), portaria nº 2.488/2011/MS (BRASIL, 2011), define os NASFs como:

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, etc.) e academia da saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território destas equipes. (BRASIL, 2011)

A lógica do ApM sustenta que através da colaboração interdisciplinar são construídas formas de trabalho entre as equipes de referência e de especialistas/matriciadores com objetivo de ampliar e qualificar a oferta de serviços e contribuir na articulação com outros dispositivos da RAS, visando o cuidado continuado, longitudinal e integral da população (BRASIL, 2014).

Seguindo os preceitos da APS, o NASF atua nos âmbitos: clínico-assistencial, produzindo uma ação clínica direta à população; e técnico-pedagógica, por meio de apoio educacional com e para as equipes de SF. Essas atuações na prática acontecem através de: atendimentos em conjunto com os profissionais da equipe de referência; atendimentos individuais e coletivos; interconsultas; visitas domiciliares; participação em reuniões de equipe; discussão de casos; construção de Projetos Terapêuticos Singulares; planejando ações no território; educação permanente com as equipes; articulação com os dispositivos intersetoriais; até auxiliando em conflitos que podem surgir entre os profissionais; e etc (BRASIL, 2014, p, 23).

A metodologia do ApM guia-se pelo trabalho em equipe, compartilhando técnicas especializadas, construindo ferramentas com as equipes da APS para resolver e lidar com as demandas e problemas apresentados, sejam da própria equipe, da unidade de saúde ou da

população. A finalidade é que a equipe de referência ganhe cada vez mais autonomia na gestão das questões da sua realidade de trabalho. Ainda assim, a atuação do profissional do NASF como apoio, não exclui a sua intervenção direta e exclusiva, justamente devido à sua especificidade (BRASIL, 2014).

Visto que no Brasil a articulação do cuidado de saúde mental na APS é feita pelo APM, a presença do psicólogo do NASF traz uma nova construção social deste profissional. Sua presença convoca os profissionais de saúde a um olhar mais atento à pessoa em sofrimento psíquico. Muitas vezes sensibilizando sobre a importância do cuidado em saúde mental, colocando uma lupa para o questionamento e avaliação dos casos. Assim, auxiliando a equipe a redirecionar o olhar, para além dos sintomas, diagnóstico ou ansia de uma resposta e solução do especialista.

Contudo, enfatizamos que o ApM visa a corresponsabilização do cuidado com as equipes da SF para superar a lógica de encaminhamentos desordenados e sem critérios tanto para o NASF como para os serviços especializados (BRASIL, 2010).

#### 2.4 HISTÓRIA DO CONCEITO DE RECUPERAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

A utilização do termo recuperação na saúde mental encontra sua influência histórica nos Alcoólicos Anônimos (A.A.), grupo de ajuda mútua para pessoas com problemas de uso de álcool, iniciado em 1935 nos EUA. O A.A. destacou-se por ter sido um modelo que estruturou o processo de recuperação através de uma teoria e prática; fundamentado no apoio de pares, na voz do usuário e na espiritualidade. Sua potência foi tão marcante que se expandiu e influenciou serviços de tratamento ao redor do mundo (PEEBLES, 2007, p. 568).

Este modelo entende o descontrole no consumo de álcool e seus consequentes prejuízos em diversas áreas da vida como uma doença. A partir de então, a ideia de recuperação está vinculada à abstinência total do uso de álcool, por isso, não há ideia de cura, pois entende-se que não existe um uso de álcool controlado. Porém, caso a pessoa retorne ao uso, poderá escolher estar em recuperação novamente, ou seja, interromper o uso de álcool.

Após a Segunda Guerra Mundial, inicia-se o processo de desinstitucionalização americana com o advento da psiquiatria social, permitindo a atenção psiquiátrica na comunidade, bem como o começo do uso de antipsicóticos que propiciaram a vida fora dos hospitais psiquiátricos, através da administração de alguns dos sintomas. Motivações políticas também impulsionaram a desinstitucionalização, pois o governo dos EUA nesta época,

demandava contenção de gastos financeiros, promoção do estado de bem-estar social e carência de mão de obra (ADEPONLE; WHITLEY; KIRMAYER, 2013, p. 114).

Esses eventos fomentaram o processo de desinstitucionalização psiquiátrica americana, com retorno dos egressos de internação à vida em comunidade. Entretanto, este processo apresentou falhas na implementação da política, com superlotação dos hospitais, falta de investimentos financeiros e não uniformidade no tratamento (ANTHONY, 1993, p. 521; PEEBLES, 2007, p. 569).

Impulsionados pela ausência de investimento importante em recursos e serviços comunitários públicos e crescente aparecimento de serviços psiquiátricos ambulatoriais privados, na lógica psiquiátrica biológica, ex-usuários e familiares iniciaram movimento de formação de grupos como o “*Friends of the Mentally Ill*”, que reivindicavam direitos civis e melhoria na qualidade do tratamento em saúde mental para além do tratamento biológico. A partir daí, surgem diversas iniciativas para a evolução da perspectiva de recuperação da pessoa em sofrimento psíquico, como o treinamento para o trabalho; a inclusão de defensores dos pacientes no tratamento; a formação da “*National Alliance for the Mentally Ill*”; o desenvolvimento de grupos e da literatura de autoajuda (PEEBLES, 2007, p. 569).

Além disso, pesquisas e estudos começaram a ser realizados a fim de conhecer o curso das doenças psiquiátricas. Um estudo importante foi o Estudo Piloto Internacional da Esquizofrenia, da OMS em 1969, que mostrou como resultado que a maioria das pessoas com diagnóstico de transtorno mental grave (cerca de 75%) alcançaram alguma forma de recuperação (ADEPONLE; WHITLEY; KIRMAYER, 2013, p. 114).

Do mesmo modo, estudos longitudinais realizados em vários países com pessoas com transtornos mentais demonstraram uma recuperação parcial entre 25 e 65% dos indivíduos. É importante ressaltar que nesses contextos, o conceito de recuperação foi entendido como reflexo da melhora dos sintomas e de outras dificuldades associadas ao transtorno, de forma a possibilitar que a pessoa realizasse as atividades pessoais, sociais e laborativas. Estes estudos forneceram evidências de que fatores psicossociais têm grande contribuição na recuperação (DAVIDSON; ROE, 2009, p. 324).

A década de 70 foi palco de reivindicações de pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos e usuários dos serviços de saúde mental americanos, a favor da reforma da política e das práticas de cuidado em saúde mental. Defendiam que as pessoas com o diagnóstico de transtorno mental tinham direito de serem vistas para além desta nomeação. Na realidade, o que consideravam como mais importante era a experiência de cada pessoa com o sofrimento mental. Não lhes importava a ideia de cura ou superação do transtorno mental

presente na medicina como na psiquiatria, mas sim descobrir como viver uma vida segura, digna e autônoma, apesar do sofrimento mental (DAVIDSON; ROE, 2009).

Com as pessoas retornando às casas, às famílias e ao convívio fora dos muros dos hospitais psiquiátricos, obstáculos começaram a aparecer. Pontos importantes sobre o cuidado e o planejamento deste retorno como moradia, trabalho, assistência à saúde e assistência social, não foram atendidos pelas instituições governamentais americanas e, assim, abriu-se precedentes para o surgimento de serviços e ações de apoio comunitário.

Em meados dos anos 70, pessoas da sociedade civil e usuários de saúde mental promoveram encontros no Instituto Nacional de Saúde Mental (*National Institute of Mental Health*) com objetivo de ajudar os egressos das internações, atendendo às suas necessidades residenciais, vocacionais, educacionais, sociais e outras para além do alívio dos sintomas, de forma a desenvolver seus potenciais e incluí-los na comunidade (ANTHONY, 1993, p. 522).

As experiências de recuperação dos movimentos dos grupos de ajuda mútua de A.A., Movimento de Vida Independente e pelos Direitos Civis (*Independent Living and Civil Rights Movements*) e de outros movimentos semelhantes liderados por pessoas com deficiência física, serviram de exemplo e estímulo para o movimento de usuários dos serviços de saúde mental, como o *Mental Health Consumer/Survivor Movement*, compreender como as pessoas com limitações enfrentavam os reveses, a discriminação e a marginalização (DAVIDSON et al, 2005, p. 481).

A noção de recuperação defendida por estes movimentos é a de que não é possível retornar à condição prévia de funcionamento físico e psicológico. O foco da recuperação não está nas desabilidades e sim nas possibilidades de continuar vivendo apesar do trauma, tendo seus direitos respeitados e o poder de exercer sua cidadania. A partir dessa noção, o conceito de recuperação em saúde mental passa a se referir a como a pessoa em sofrimento psíquico pode aumentar o manejo sobre sua condição psiquiátrica enquanto reivindica a responsabilidade por sua própria vida (DAVIDSON; ROE 2009).

Adeponle e colaboradores (2013) trazem uma reflexão importante sobre o processo histórico do conceito de recuperação e o neoliberalismo nos EUA. Segundo eles, o conceito de recuperação foi construído a partir da década de 1980, durante um momento político e econômico de mudanças no sistema de saúde dos EUA, com:

Degradação dos valores cooperativos, ceticismo sobre o valor da reforma social, ascensão de um ethos libertário e neoliberal, influência crescente de corporações (incluindo empresas farmacêuticas) e a globalização econômica. (ADEPONLE; WHITLEY; KIRMAYER, 2013, p. 116, tradução nossa)

Acrescentando a isso, com a falta de investimento do governo americano em saúde pública, o cuidado em saúde transformou-se em um mercado, no qual há valorização do poder do consumidor na escolha e gestão do seu cuidado. O cuidado em saúde passa então a enfatizar a individualidade, autogestão, auto responsabilidade e poder de escolha deste consumidor. Apesar do conceito de recuperação ressaltar a importância de vários fatores, tanto internos quanto externos, ele privilegia a experiência individual, a autodeterminação e autonomia do sujeito. A ênfase no individualismo acaba por excluir, ou deixar à margem, o papel do Estado enquanto ator que proporcione condições de cuidado da saúde e coloca o indivíduo enquanto protagonista responsável pelo seu cuidado (ADEPONLE; WHITLEY; KIRMAYER, 2013).

A importância de contextualizar o termo recuperação visa compreender sua construção mediada pela conjuntura política e sociocultural da época e do seu lugar de origem. E, ainda, poder refletir quando buscamos e transpô-lo à realidade brasileira, considerando suas particularidades.

## 2.5 O CONCEITO DE RECUPERAÇÃO PESSOAL

A psiquiatria por muitos anos vem compreendendo o conceito de recuperação através do modelo biomédico, que pressupõe a recuperação de uma doença quando há remissão dos sinais e sintomas, e retorno ao estado prévio à doença ou a melhoria do funcionamento cognitivo, social e ocupacional (DAVIDSON; LAWLESS; LEARY, 2005, p. 665).

Essa perspectiva de recuperação clínica dos transtornos mentais é defendida por alguns estudiosos com o argumento que auxilia na formulação dos objetivos do tratamento e nas medidas sobre recuperação para pesquisa e avaliação. Porém, vista por outro ângulo, esta perspectiva padroniza, estigmatiza as pessoas e desconsidera a variabilidade do conceito de saúde, bem-estar e cura em diversas culturas. Muitos estudos têm discutido sobre a definição do termo recuperação e seu uso na saúde mental. Devemos considerar que o sofrimento mental apresenta variações sobre sua compreensão, diagnóstico e tratamento de acordo com aspectos socioculturais de cada sociedade, logo, isto implicará na forma como a recuperação pode ser considerada (ADEPONLE; WHITLEY; KIRMAYER, 2013).

A outra perspectiva de recuperação é originária do movimento de luta dos ex-usuários dos serviços de saúde mental, que reivindicavam melhores condições de tratamento e respeito aos direitos civis. Eles defenderam a noção de recuperação pela perspectiva pessoal e subjetiva de quem sofre um transtorno mental, com impossibilidade de retornar ao estado prévio à doença, mas que apesar disso, pode manejar os sintomas e viver dignamente. A ideia

central é de estar em recuperação apesar da existência de um sofrimento mental, e não de recuperar-se de uma doença.

De acordo com Anthony (1993), a recuperação é um processo contínuo que ocorre independente da ausência dos sintomas e de intervenção profissional. A recuperação é entendida pela valorização da experiência de vida de cada pessoa e as estratégias que ela utiliza para lidar com os obstáculos decorrentes do sofrimento. Não há uma medida única de recuperação, pois ela será medida por parâmetros subjetivos como autoestima, capacitação e autodeterminação.

A definição feita por Patrícia Deegan, uma pessoa que passou pela experiência de adoecimento psíquico, ilustra bem a complexidade e subjetividade do conceito:

Recuperação não significa cura. Em vez disso, a recuperação é uma atitude, uma postura e uma maneira de enfrentar os desafios do dia. Não é uma jornada perfeitamente linear. Há tempos de ganhos rápidos e recaídas decepcionantes. Há tempos de apenas viver, apenas ficar quieto, descansando e se reagrupando. A jornada de recuperação de cada pessoa é única. Cada pessoa deve descobrir o que funciona para ela. Isso significa que devemos ter a oportunidade de tentar e falhar e tentar novamente. Para apoiar o processo de recuperação, os profissionais de saúde mental não devem nos privar da oportunidade de falhar. Os profissionais devem abraçar o conceito da dignidade do risco e do direito ao fracasso se quiserem nos apoiar. (DEEGAN, 1996, p.96 e 97, tradução nossa)

Assim, a recuperação pode ser definida como um “processo profundamente pessoal, de redescoberta de um novo sentimento de identidade, de autodeterminação e fortalecimento pessoal para viver, participar e contribuir para a comunidade” (DUARTE, 2007, p. 127).

Uma definição uniforme do termo recuperação é complexa, mas o que existe em comum na literatura sobre o conceito é a presença do sentimento de esperança sobre o futuro, considerando a capacidade do sujeito de reconstruir uma visão positiva de si e uma identidade social; o desenvolvimento de um novo significado e propósito na vida; e o empoderamento, através da reconstrução de conexões pessoais, sociais, ambientais e espirituais, importantes no combate ao preconceito (ANTHONY, 1993).

Costa (2017, p. 4), relata que em 2004 nos EUA, houve uma conferência sobre saúde mental e recuperação promovida pela *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* na qual profissionais, pesquisadores, gestores de serviços, usuários e familiares estabeleceram um consenso sobre a definição de recuperação, no qual foram sintetizados seus fundamentos descritos abaixo:

- de poder de escolha e responsabilidade de autocuidado de cada pessoa em determinar seu caminho para a recuperação;
- recuperação deve ser individualizada e centrada na pessoa, considerando suas necessidades, preferências, capacidades e limitações;

- empoderamento, compreendido como autoridade em fazer escolhas pessoais e participação nas decisões que afetam sua vida assim como nas capacidades e habilidades;
- a recuperação deve ser holística, considerando a importância de fatores como: espiritualidade, inserção social, moradia, trabalho, educação, serviços complementares participação comunitária e suportes familiares determinados pela pessoa;
- recuperação como um processo não linear, considerando os pontos altos e baixos da vida como importantes na aquisição de experiência e aprendizado;
- suporte de pares e ajuda mútua;
- respeito e proteção aos direitos civis e combate ao estigma e à discriminação,
- esperança em um futuro melhor, no qual pessoas podem e conseguem superar as dificuldades da vida.

O foco da recuperação está nas potencialidades individuais e não nos sintomas da doença, apesar disso, ela não é um processo solitário e isolado que dependa só da pessoa em sofrimento. Para o processo de recuperação ocorrer é necessária a construção e reconstrução de recursos subjetivos e objetivos. Os recursos subjetivos advêm de fatores internos e, também, de aspectos construídos nas, e através, das relações com outros, sejam familiares, vizinhos, colegas de trabalho, pares, profissionais, cuidadores etc. Todos são fontes de suporte social e interdependência. Quanto aos recursos objetivos, eles se referem às formas de cuidado existentes, de tratamento, habitação, trabalho, educação, participação na vida comunitária, fatores que promovem o exercício da cidadania e o poder de decisão de cada pessoa (DAVIDSON; ROE, 2009; DUARTE, 2007, p. 128).

No entanto, no caminho rumo à recuperação existem obstáculos, que para as pessoas com transtorno mental muitas vezes se transformam em barreiras difíceis de se transpor. Questões objetivas como condições financeiras para moradia e sustento; perda da identidade e de papéis sociais; rejeição e preconceito da família, dos pares e da sociedade como um todo, são alguns efeitos iatrogênicos do tratamento involuntário e da hospitalização (DAVIDSON et al, 2005, p. 481).

Com base nesses antecedentes do conceito de recuperação, o termo *recuperação pessoal* é utilizado na literatura nacional e internacional para designar a percepção individual de melhora da pessoa em sofrimento, diferente da perspectiva do modelo profissional centrado na saúde, com ausência de sintomas (LEAMY, et al, 2011; LEAL; MUÑOZ; SERPA Jr, 2019; PEIXOTO; SERPA Jr, 2022; SLADE, 2009).

Neste estudo, utilizamos esta perspectiva de *recuperação pessoal*, para a compreensão do processo de integração saúde-doença-cuidado, respeitando cada sujeito com sua identidade, história, em um contexto sociocultural específico.

Com base na crítica ao modelo biomédico sobre recuperação e tratamento do sofrimento mental histórico vigente, alguns serviços de saúde mental passaram a ser impulsionados a reconstruir a trajetória de tratamento do usuário. Estes serviços foram nomeados de serviços orientados para *recuperação pessoal*, definindo características para o seu funcionamento com vistas a promover e facilitar o alcance da recuperação (DUARTE, 2007, p. 29). Para tanto, os serviços e os profissionais precisam ter discursos sincrônicos, baseados nos fundamentos e práticas da recuperação pessoal, mas principalmente, acreditarem na possibilidade de recuperação de cada pessoa.

Farkas (2007, p. 71), cita quatro importantes valores a serem praticados pelos serviços e profissionais. O primeiro é que demonstrem interesse genuíno pela pessoa em sofrimento psíquico, de forma integral, respeitando suas singularidades e expectativas, e não a tratem como apenas um portador de uma doença mental. Esta forma de olhar influencia e reflete na promoção de atividades e recursos fora do ambiente de tratamento de saúde mental, combatendo a estigmatização e auxiliando a construção de papéis sociais significativos para as pessoas.

O segundo valor, é promover o envolvimento da pessoa na construção do seu plano de recuperação, o que auxilia na construção do empoderamento e auto-identidade. Os serviços e os profissionais também devem promover o trabalho dessas pessoas como apoiadores de pares, ajudando na recuperação de outras pessoas em sofrimento. Os dois últimos valores se referem a: auxiliar no poder de escolha e autodeterminação da pessoa em recuperação; e estimular a esperança no futuro, tanto dos usuários quanto dos profissionais do serviço (FARKAS, 2007, p. 72 e 73).

Da mesma forma, as estratégias desenvolvidas pelos serviços e profissionais devem ser direcionadas para reduzir as crises e os sintomas, pois eles podem ser incapacitantes por um período temporário, interferindo na recuperação. As atividades propostas são direcionadas para desenvolver fatores de proteção, como construção e manutenção de relações interpessoais, rede de suporte social, melhoria das condições de vida, prazer, sucesso, competências pessoais e aumento do bem-estar físico e psíquico (DAVIDSON et al, 2005, p. 486).

Duarte (2007) pontua que o paradigma da *recuperação pessoal*, provocou uma mudança nas lógicas dos sistemas e serviços de saúde mental, porque enfatiza que a

recuperação pessoal é construída na vida em sociedade. Ela é resultado das oportunidades, características socioculturais e do contexto no qual as pessoas interagem. Este paradigma modifica a relação da pessoa em sofrimento psíquico com o serviço de saúde e profissionais, à medida que a considera com competências para viver em sociedade mesmo que com limitações significativas.

Estas pessoas em processo de *recuperação pessoal* e seus familiares são parceiros ativos dos profissionais e serviços, pois seus interesses e suas experiências de sofrimento são valorizados e contribuem no planejamento, implementação, prestação de serviços e avaliação dos programas de tratamento. Neste sentido, serviços e profissionais também devem considerá-los protagonistas na realização de ações de formação, conferências e debates que permitam esclarecer e intensificar o entendimento sobre questões de adoecimento psíquico e recuperação (DUARTE, 2007, p. 131).

Outro fator significativo trazido pelo paradigma da *recuperação pessoal* foi a inclusão das pessoas em sofrimento psíquico como trabalhadores e apoiadores de pessoas também em recuperação. O suporte de pares diz respeito às atividades realizadas por pessoas que estão em processo de recuperação de um sofrimento psíquico e utilizam suas experiências como fontes de conhecimento e ajuda mútua a outras pessoas no processo de recuperação (ANTHONY, 1993, p. 531).

Os benefícios relatados pelo suporte de pares referem-se ao fato de que quando alguém partilha sua vivência de sofrimento psíquico com outra pessoa em situação semelhante, isso proporciona a sensação de pertencimento, o aumento da esperança, maior empatia e proximidade, de modo diferente de uma abordagem de um profissional de saúde. A experiência compartilhada também ajuda na resolução de problemas da vida cotidiana e aumenta o suporte social (COSTA, 2017, p. 13).

O suporte de pares ou interpares refere-se à ajuda mútua entre pessoas que passam pela mesma condição de adoecimento. No campo da saúde mental, entendemos que pessoas que passaram por situações de sofrimento psíquico ao compartilharem suas experiências com as que sofrem, são fontes importantes de aprendizado e suporte emocional para o processo de *recuperação pessoal*. Esta relação propicia a construção de relacionamentos recíprocos de confiança, respeito, empoderamento e esperança no futuro (DAVIDSON et al, 2018; DAHL et al, 2017).

O suporte de pares não substitui o atendimento clínico, psiquiátrico ou psicológico, ele é um suplemento de apoio interpessoal e social. Estudos com base em revisões sistemáticas sobre o tema sugerem efeitos positivos como, por exemplo, maior capacidade de estabelecer

relacionamentos afetivos; melhorar adesão ao tratamento; prevenção de crises e diminuição do uso de substâncias psicoativas (DAVIDSON et al, 2006; DAVIDSON et al, 2018).

Há experiências internacionais de atuação do suporte de pares como voluntariado, como trabalhadores nos serviços de saúde mental, gerenciando programas e casos de saúde mental (DAVIDSON et al, 2006). No Brasil, as experiências de suporte de pares na saúde mental ainda são incipientes, principalmente as remuneradas.

Em meados dos anos 2000, Presotto e colaboradores (2013, p. 2838) relatam que se iniciou um intercâmbio entre profissionais, pesquisadores e ativistas da saúde mental brasileiros e de países anglo-saxônicos, visando a parceria em pesquisas sobre *recuperação pessoal*, em especial no tema de empoderamento da pessoa em sofrimento mental.

Experiências sobre *recuperação pessoal* têm avançado no Brasil na última década, porém limitam às pessoas em sofrimento psíquico com transtorno mental grave que utilizam os serviços de CAPS e seus familiares. Os estudos valorizam narrativas de sofrimento, inserção ativa dessas pessoas e familiares em pesquisas, a investigação de grupos de suporte e grupos de ajuda mútua, sistematizando estratégias de empoderamento em saúde mental junto à rede de AP (VASCONCELOS, 2013; RICCI, 2017; SILVEIRA, 2017; SERPA Jr. et al, 2017; PRESOTTO et al, 2013).

A participação das pessoas em sofrimento psíquico que utilizam os serviços de saúde mental nas pesquisas sobre *recuperação pessoal* é ponto central na defesa da importância da construção da cidadania, autonomia e empoderamento. Além disso, sua participação possibilita o conhecimento das dificuldades e potências que elas utilizam em seu próprio processo de recuperação. Estes conceitos se alinham à RPB e, a seguir, citamos alguns exemplos dessas experiências na literatura brasileira.

Foi observado em estudo com usuários de CAPS sobre a visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental, que este conceito estava associado aos aspectos de experiência e conhecimento a respeito da doença; relacionar, conversar, fazer amizades; possibilidades de fala, representação e participação; troca de experiências para um ajudar o outro (ALVES; OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2013).

Exemplo de estímulo à autonomia e ao empoderamento é a implementação do Projeto Transversões na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), que se trata da capacitação para facilitadores usuários, familiares e apoiadores de grupos de ajuda e suporte mútuos em saúde mental. Este projeto acarretou na construção de uma cartilha publicada pelo MS disponível gratuitamente na forma digital (VASCONCELOS, 2013).

O Grupo de Pesquisa Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces, do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), promoveu em 2014, o I Simpósio Internacional “*Recovery* e Reabilitação Psicossocial: aproximação teórico-metodológica entre a tradição anglo-saxã e a brasileira” (NASCIMENTO et al, 2017), estimulando iniciativas de expansão e discussão do termo no país.

Este mesmo grupo de pesquisa, implantou o projeto piloto Guia Pessoal de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) através de um grupo de intervenção com usuários do CAPS das cidades do RJ, Novo Hamburgo (RS) e Campinas (SP) (GONÇALVES e CAMPOS, 2017). O GAM foi desenvolvido no Canadá, em 1993, a partir de experiências de gestão autônoma de medicamentos, através da parceria de pesquisadores e grupos de defesa dos direitos em saúde mental. Seu objetivo foi investigar e questionar o uso de medicamentos na prática profissional, na vida das pessoas e na sociedade. O projeto apontou como resultado que os participantes demonstraram atitudes referentes à prática da cidadania, ao reconhecerem as estratégias que utilizam na vida para a *recuperação pessoal*, promovendo o empoderamento a partir da experiência vivida na pesquisa (PRESOTTO et al, 2013, p. 2842).

Outro estudo realizado em Campinas (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Salvador (BA), com usuários com diagnóstico do espectro esquizofrênico em tratamento no CAPS, buscou investigar através de suas narrativas sobre a experiência do adoecimento psíquico, o cotidiano desses usuários, como eles se relacionam com os espaços de tratamento e quais destes potencializam processos de *recuperação pessoal* (RICCI, 2017).

Em maio de 2016, na cidade de São Paulo, o Conselho Federal de Psicologia em parceria com *Internacional Recovery and Citizenship Council, Yale Program for Recovery and Community Health*, o Departamento de Saúde Coletiva da UNICAMP, o Programa de Extensão em Saúde Mental da Universidade Federal de Minas Gerais, a Associação Brasileira de Saúde Mental e a Universidade Paulista, promoveram o 1º Colóquio Internacional em *Recovery*. Neste colóquio, especialistas da área, usuários e familiares discutiram sobre conceitos, serviços e programas incentivadores de uma reformulação do atendimento de saúde mental no país com garantia de cidadania, dignidade e direitos humanos respeitados às pessoas em sofrimento psíquico. Também foi lançado o vídeo “*Recovery* (Restabelecimento): Vivências e Práticas”, que explicita em depoimentos como o *recovery* é compreendido e vivenciado pelas pessoas (CFP, 2016).

Serpa Jr. e colaboradores (2017), trazem narrativas sobre duas experiências orientadas para a *recuperação pessoal*. A primeira se trata da parceria entre professores e pesquisadores

do Laboratório de Psicopatologia e Subjetividade (UFRJ) e os membros do grupo A Voz dos Usuários. O grupo participa ativamente em aulas de graduação de psicologia e medicina em universidades públicas do RJ, fornecendo auto-relatos sobre o adoecimento psíquico e o tratamento. As narrativas dos participantes expostas mostram o quão enriquecedor é para eles participarem das aulas à medida que conseguem falar para o outro, sentir-se escutado, ensinar, aprender, etc, e o quanto essas experiências contribuem para autoestima, autoconhecimento e *recuperação pessoal* (SERPA Jr. et al, 2017, p. 255).

A segunda provém do grupo de apoio mútuo denominado Familiares Parceiros do Cuidado, um projeto de pesquisa e extensão da UFRJ, que se iniciou em 2011, em conjunto com pesquisadores do Núcleo de Políticas Públicas em Saúde Mental e CAPSs da cidade do RJ. As narrativas dos familiares sobre suas participações referem que a partir da troca de experiência e conhecimento nos grupos de apoio mútuo, perceberam maior facilidade em lidar com os obstáculos e estratégias na resolução de problemas da vida, como o autocuidado e o cuidado com o familiar em sofrimento mental, assim como discussões sobre a organização dos serviços e políticas públicas de saúde mental.

Além disso, os pesquisadores relatam que houve “uma visível mudança na maneira de narrar a própria experiência, com relatos que passam a incorporar testemunhos sobre esperança, leveza, novas amizades, antes ausentes” (SERPA Jr. et al, 2017, p. 253). Frutos deste projeto foram: a criação de uma Associação de Familiares, realização de Congressos de Familiares Parceiros e a participação dos familiares como pesquisadores sobre avaliação e monitoramento dos CAPSs (SERPA Jr. et al, 2017).

Grigolo e colaboradores (2017, p. 304) realizaram um projeto piloto pelo Grupo de Estudos em recuperação pessoal da Faculdade CESUSC- Florianópolis, que experimentou a aplicação do Plano Pessoal de Ação para o Bem-estar e Recovery (WRAP: *Wellness Recovery Action Plan*) com usuários de CAPS deste município. O WRAP é uma ferramenta criada em 1997 por Mary Ellen Copeland e colegas com experiência de sofrimento mental grave, que auxilia na construção de um plano para auxiliar nos desafios do cotidiano de quem sofre, a recuperar ou manter o bem-estar.

Este projeto de Florianópolis foi composto por usuários, membros da associação usuários do CAPS e pesquisadores que trabalharam em conjunto na reflexão e discussão sobre a ferramenta e sua aplicação. Os resultados iniciais mostraram que ao elaborar e realizar seu próprio plano de ação para a recuperação com auxílio de profissionais, os participantes obtiveram aumento da autonomia, capacidade de decisão e empoderamento (GRIGOLO et al, 2017).

Respeito, autonomia, empoderamento, inclusão social, cidadania são preceitos que estão em sintonia com os conceitos de *recuperação pessoal*, de AP e de cuidado da saúde mental na APS. Eles ocorrem quando as pessoas em sofrimento psíquico se sentem e, são de fato, acolhidas por outros, familiares, profissionais, serviços e sociedade, em suas necessidades e desejos.

Segundo Lopes e colaboradores (2012, p. 561), a experiência sobre o adoecimento humano vem sendo objeto de pesquisas na saúde e nas ciências sociais ao redor do mundo, desde 1980. Ela se traduz na forma como a pessoa que adoece, seus familiares e pessoas que compõem a sua rede social, experienciam, compreendem e lidam com o adoecimento. Este processo de adoecimento só pode ser entendido por meio das narrativas de quem o vive.

As narrativas têm sido utilizadas em pesquisas qualitativas em saúde, pois propiciam o entendimento das vivências pessoais, possibilitam a discussão da prática profissional, e têm fomentado pesquisas no campo de Saúde Coletiva (CAMPOS et al, 2013, p. 2848).

É consensual que as narrativas das pessoas que passam por um sofrimento psíquico são a chave para a compreensão do seu processo de *recuperação pessoal*. Através dos relatos pessoais sobre a trajetória de adoecimento psíquico, identificamos os recursos e dificuldades enfrentados e construímos estratégias para melhorar a vida das pessoas que sofrem (DUARTE, 2007, p. 128; SILVEIRA et al, 2017, p. 25). Na literatura internacional assim como na literatura brasileira, encontramos diversas narrativas autobiográficas sobre *recuperação pessoal* de pessoas com diagnósticos de esquizofrenia e transtornos mentais graves assim como narrativas de seus familiares (LOPES et al. 2012, p. 562).

A experiência de adoecimento quando compartilhada inspira esperança nas pessoas que ouvem, e proporciona à pessoa que narra, reconstruir sua história do adoecimento para a uma de recuperação, transformando a identidade de pessoa passiva dos acontecimentos que a fazem sofrer, para a responsável por sua trajetória de recuperação, reforçando sua autonomia e seu empoderamento, sendo assim importante no processo de *recuperação pessoal* (DAVIDSON et al, 2018; SERPA Jr. et al, 2017).

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer as narrativas sobre o processo de adoecimento e de recuperação de pessoas em sofrimento psíquico que participaram de grupos terapêuticos na APS, dos CMSs PCR e RP na área programática (AP) 2.1 do município do RJ, a partir do paradigma da *recuperação pessoal*.

#### 3.2 ESPECÍFICOS

- Identificar e analisar o significado do grupo terapêutico da APS no processo de *recuperação pessoal*.
- Conhecer os fatores pessoais que favoreceram o processo de *recuperação pessoal*.
- Conhecer os aspectos do serviço que facilitaram o processo de *recuperação pessoal*.
- Oferecer devolutiva aos participantes dos grupos e aos profissionais das equipes de SF dos referidos CMSs (sobre os fatores pessoais, os aspectos do serviço e a função dos grupos terapêuticos, no processo de sofrimento psíquico e *recuperação pessoal*) com intuito de contribuir para a assistência e educação continuada aos cuidados em saúde mental na APS.

## 4 METODOLOGIA

O estudo proposto se define como qualitativo descritivo exploratório, pois a pesquisa é realizada em um contexto da experiência da vida real (GRAY, 2012, 136-7). Descritivo, pois busca conhecer o fenômeno em profundidade e exploratório por este tema ser ainda pouco investigado no contexto referido.

Nessa perspectiva, Minayo (2014) defende que uma pesquisa é qualitativa ao apontar o objeto das ciências sociais como qualitativo e histórico, que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

### 4.1 CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo pretendeu conhecer as narrativas sobre o sofrimento psíquico e a *recuperação pessoal* de pessoas que participaram dos grupos terapêuticos, ocorridos no período dos anos de 2017 a 2019 nos CMSs, PCR e RP, AP 2.1 do município do RJ. As narrativas foram colhidas através de entrevistas individuais semi-estruturadas realizadas no mês de setembro de 2020.

Ambos os CMSs estão localizados na zona sul, área nobre da cidade e na qual situa-se parte da orla marítima, umas das atrações turísticas mais importantes. Entretanto, os CMSs apresentam perfis socioculturais diferentes.

O CMS RP localiza-se no morro, em uma favela constituída na maior parte por residências de pessoas de baixa renda, com algumas pessoas em extrema pobreza, mas também residências de classe média. O território possui ruas asfaltadas, tratamento de água e esgoto, fornecimento de energia elétrica, internet e telefonia. Nele existem duas creches, uma escola de ensino fundamental, uma de ensino médio (públicas), uma creche particular, uma associação de moradores (AM) e algumas Organizações Não Governamentais (ONG). O acesso ao morro ocorre por transporte automotivo particular e local (mototáxi e kombis) ou a pé. Localizado em uma região privilegiada, possui uma vista panorâmica da orla e trilhas pela floresta, o que atrai muitos turistas.

O CMS PCR localiza-se numa região majoritariamente plana, asfaltada, com tratamento de água e esgoto, fornecimento de energia elétrica, internet, telefonia, e fácil acesso a transporte públicos (ônibus e metrô) para as outras regiões da cidade. Seu território constitui-se de bairros de classe média alta e duas favelas, composta por cidadãos de classe

baixa e média, ambas com a infraestrutura citada anteriormente. Contudo, por abranger uma área territorial grande, os usuários necessitam locomover-se até a unidade por transporte particular ou público, por vezes necessitando de duas conduções.

#### 4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram recrutados através de ligação telefônica e a partir da frequência registrada no livro de presença dos grupos terapêuticos existentes em ambos CMSs, com a colaboração de membros das equipes de SF e anuência das diretorias dos mesmos. O ano de 2017 foi escolhido como o ano a partir do qual realizamos a seleção dos participantes da pesquisa, porque consideramos que havia uma certa estabilidade dos grupos, devido a sua existência há um ano.

Utilizamos também como critério, a frequência a pelo menos dois encontros, consecutivos ou não, pois consideramos esta a presença mínima para ser possível a ocorrência de algum benefício ao participante no grupo.

Para a inclusão de participantes definimos então como critérios:

- pessoas em sofrimento psíquico, que participaram de grupos terapêuticos dos CMSs PCR e RP, ambos situados na AP 2.1 do RJ, entre 02 de janeiro de 2017 até 31 de dezembro de 2019;
- pessoas que tenham frequentado pelo menos dois encontros dos grupos, consecutivos ou não, no período acima citado;
- pessoas maiores de 18 anos.

Como critérios de exclusão de participantes da pesquisa, definimos:

- não ter participado de nenhum dos grupos terapêuticos;
- ter participado de somente um encontro dos grupos terapêuticos.

#### 4.3 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

Escolhemos realizar entrevistas individuais semiestruturadas, porque “[...] valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas necessárias, enriquecendo a investigação” (TRIVIÑOS, 2012, p. 146). Construimos o roteiro da entrevista a partir dos conceitos de: autonomia, empoderamento, suporte social, dentre outros da teoria de recuperação pessoal, assim como os de saúde mental na APS, transtornos mentais comuns e NASF, como pilares da fundamentação necessária à análise do material empírico, já citados anteriormente.

O roteiro da entrevista consta de nove perguntas sobre o processo de adoecimento psicológico, emoções e sentimentos que causam sofrimento psíquico, e sobre os fatores que auxiliam a *recuperação pessoal*, sejam eles internos, habilidades e capacidades individuais, ou externos, acolhimento realizado pelos profissionais nos serviços de saúde, rede de apoio familiar e contexto social (ver em anexo 1). Os entrevistados foram identificados pela letra E e numerados de 1 a 10, e os profissionais citados pela letra P, numerados de 1 a 6.

As entrevistas foram registradas através da gravação em áudio e/ou vídeo, conforme a preferência do participante, para além de possibilitar a transcrição na íntegra da entrevista e análise das falas, oferecer devolutiva aos participantes dos grupos e aos profissionais das equipes de SF de ambos os CMSs, sobre a importância de fatores pessoais, aspectos do serviço e função dos grupos terapêuticos no processo de sofrimento psíquico e *recuperação pessoal*. Através desta devolutiva, pretendemos contribuir para a assistência e educação continuada aos cuidados em saúde mental na APS.

A coleta de dados na pesquisa foi por meio de entrevista semi-estruturada com roteiro de perguntas direcionado para investigar os temas centrais do conceito de *recuperação pessoal*. As entrevistas permitiram colher dados sobre a história de sofrimento psíquico dos entrevistados e identificar os aspectos importantes no processo de *recuperação pessoal*.

As entrevistas foram realizadas no período de setembro a novembro de 2020, em um momento de afrouxamento das medidas de restrição social devido à pandemia do Covid-19, com respeito às normas para evitar contaminação e devido distanciamento entre entrevistador e entrevistado. Alguns entrevistados sentiram-se mais à vontade para retirar a máscara enquanto a entrevista era gravada, apesar de serem orientados quanto ao risco, porém a entrevistadora manteve-se de máscara o tempo inteiro.

Mediante a condição sanitária da época, alguns participantes do grupo convidados para a pesquisa não foram encontrados através de ligações telefônicas, ou não aceitaram participar da pesquisa por dificuldade de deslocarem-se à unidade de saúde para a entrevista por receio de contaminação.

#### 4.4 ANÁLISE

Todas as entrevistas realizadas foram objeto de uma análise temática, parcialmente inspirada na técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (BARDIN, 2016), em razão de sua relevante contribuição à investigação qualitativa em pesquisas na área de saúde.

No primeiro momento, chamado pré-análise, realizamos a organização de todo material coletado (transcrições das entrevistas) com posterior leitura flutuante, com o

propósito de estabelecermos contato com os documentos, de conhecer melhor o texto, deixando-nos invadir por impressões e orientações. Fizemos leituras e releituras das transcrições das entrevistas a fim de assimilar as “estruturas de pertinência” e reunir as ideias centrais dos entrevistados sobre os pontos levantados nas entrevistas e das quais foram construídas as categorias. Após essa etapa, realizamos a delimitação dos objetivos da análise, na qual foram identificadas nas entrevistas os temas relacionados à *recuperação pessoal*.

A segunda fase consistiu na exploração do material, iniciada com sua leitura exaustiva e posterior organização por temas, em que se identificaram tendências, semelhanças e divergências de percepção. Dois temas emergentes se destacaram. Seguimos na exploração do material, que promoveu a riqueza das interpretações e inferências. Nesta fase da descrição analítica, na qual o material textual coletado foi submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos escolhidos sobre a *recuperação pessoal*.

#### 4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os participantes do estudo foram informados sobre o conteúdo da pesquisa, seus riscos e benefícios, e os que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assim como o Termo de Cessão de Direitos de Imagem e Voz, permitindo que as entrevistas fossem gravadas em áudio e/ou vídeo, conforme a preferência de cada participante.

Os riscos desta pesquisa eram relacionados à possível produção de um mal-estar decorrente da narrativa sobre o adoecimento psíquico e o processo de *recuperação pessoal*. Além do participante poder solicitar sua retirada da pesquisa a qualquer momento e sem apresentar qualquer justificativa, caso ocorresse de o participante demonstrar algum mal-estar ou a pesquisadora percebesse qualquer incômodo, o participante poderia interromper a entrevista e/ou comunicar seu incômodo à pesquisadora.

Os benefícios da participação na pesquisa estavam relacionados à ressignificação da experiência vivida de adoecimento psíquico. Narrar a experiência de sofrimento psíquico poderia ter um efeito terapêutico secundário, uma vez que os participantes encontraram um espaço de acolhimento de sua fala e valorização de sua dor pessoal.

O estudo respeitou as recomendações indicadas pelo Conselho Nacional de Saúde conforme suas resoluções nº 466/2012 e 510/2016, que regulamentam as pesquisas que envolvem seres humanos no Brasil. O trabalho de campo aconteceu após aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro e do CEP da Secretaria Municipal de Saúde

do Rio de Janeiro, instituição coparticipante sob os registros CAAE 29889420.9.0000.5238 e CAAE 29889420.9.3001.5279.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA

No ano de 2015, houve a implantação do NASF nos CMSs PCR e RP, o que possibilitou o trabalho da psicologia. Isto estimulou a identificação pelas equipes de SF da demanda das pessoas por atendimento psicológico, assim como a solicitação dos profissionais destas equipes, por consultas conjuntas e ApM com a psicologia do NASF.

Ao longo deste primeiro ano, percebemos que a maioria das demandas por atendimento psicológico era de adultos, mulheres, com queixas de tristeza, ansiedade, dificuldade em conciliar o sono, preocupações, dores no corpo, cansaço, isolamento social, dentre outras. Todavia, as queixas estavam vinculadas às dificuldades nas relações interpessoais, dificuldades em lidar com mudanças na vida como: separações, perdas e mortes, até queixas difusas que não se enquadram em critérios diagnósticos, mas compreendidas como ocasionando algum tipo de sofrimento psíquico, caracterizando-se com TMCs.

Em ambos os CMSs, o trabalho dos matriciadores de saúde mental do NASF (psicóloga e psiquiatra) teve como objetivo planejar com as equipes de SF as tecnologias de cuidado no território que atendessem a demanda anteriormente citada, quando optamos pela estratégia de realização dos grupos terapêuticos.

No ano de 2016, foram iniciados dois grupos terapêuticos, um em cada um dos CMSs referidos acima da AP 2.1, co-coordenados por mim e por uma médica de cada equipe de SF de cada CMS, ocorrendo com a frequência de uma vez por semana e duração de duas horas. A frequência do número de participantes nos grupos oscilou de 3 a 20, nos anos de 2016 a 2019.

Para a constituição dos grupos terapêuticos em ambos os CMSs, a equipe de profissionais definiu como critérios de seleção para os participantes: ser maior de 18 anos; ambos os sexos; residir ou trabalhar (desde que dormisse no trabalho no mínimo três dias na semana) no território da SF; ter relatado sofrimento psíquico em atendimento individual com algum profissional da equipe da SF (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde ou profissional do NASF); e/ou ter sido atendido em consulta conjunta com algum profissional da equipe de SF e um profissional de psicologia e/ou de psiquiatria do NASF); e, ao ser convidado, concordar em participar do grupo terapêutico.

Ao longo do desenvolvimento dos grupos, a frequência das médicas aos grupos também oscilou, em razão das demandas de atendimento da SF, levando-as a não conseguirem estar sempre presentes nos encontros. Por fim, durante os anos de 2018 e 2019, a coordenação

do grupo se tornou apenas de responsabilidade da psicóloga do NASF. No início de 2020, por ruptura do vínculo empregatício, não mais foi possível sua participação, porém a mesma retornou aos CMSs para realizar a pesquisa em setembro de 2020.

Não houve uma orientação teórica exclusiva para a condução dos grupos pois os profissionais da SF não possuíam formação específica para este objetivo, apesar de possuírem experiência e competência na coordenação de grupos na APS, no entanto, a psicóloga do NASF possuía experiência na coordenação de grupos terapêuticos de saúde mental. Observamos na literatura a recomendação na orientação teórica da Terapia Comunitária, visto que esta abordagem tem mostrado êxito no cuidado com pessoas em sofrimento psíquico na APS, pois proporciona o compartilhamento de experiências e empoderamento dos participantes (CHIAVERINI, 2011, p. 73).

Contudo, pela experiência dos matriciadores que coordenaram os grupos (psicóloga e psiquiatra) utilizamos como ferramentas estratégias e técnicas da Terapia Comunitária, exercícios de relaxamento com foco na Atenção Plena e dinâmicas de grupo. A dinâmica dos encontros grupos era bem flexível e avaliada de acordo com cada encontro, entretanto, de forma geral, os encontros eram iniciados com uma atividade de relaxamento por cerca de dez minutos e seguidos com espaço de fala dos participantes. O tempo de duração dos encontros era de cerca de uma hora e trinta minutos.

O fator essencial para o convite de participação no grupo era que as pessoas identificadas pelos profissionais da SF ou matriciadores com perfil para o grupo terapêutico, deveriam ter sido atendidas e avaliadas por estes, em consulta conjunta e/ou atendimento individual, incluindo visita domiciliar. Esta conduta foi adotada pelos profissionais como forma de oferecer um cuidado direcionado às demandas da pessoa em sofrimento psíquico, e desta maneira facilitar na adesão e conduta adequada ao tratamento.

O grupo terapêutico no CMS RP foi constituído exclusivamente por moradores do território, de ambos os sexos, porém majoritariamente feminino, e iniciou em uma sala cedida pela AM, que se situa ao lado da US. A sala carecia de infraestrutura como cadeiras, ventilação e, em alguns momentos, estava fechada e estando indisponível para realização do grupo. Quando isto ocorria, o espaço que nos era disponibilizado pela AM era uma sala aberta, com circulação de pessoas e não oferecia privacidade. Entendemos que estes fatores interferiram negativamente na adesão dos participantes no grupo quando do seu início, o que nos levou à busca de outro local próximo ao CMS para a realização do atendimento.

Fomos oportunizados com a oferta de um espaço privado (sala) e com infraestrutura adequada (cadeiras, ventilação e privacidade), na igreja ao lado do CMS, no qual passamos a

realizar o atendimento. A partir disso, percebemos aumento da procura e adesão dos participantes no grupo terapêutico.

Devemos considerar alguns fatores dificultadores do acesso ao grupo terapêutico. O CMS localiza-se no centro do bairro com geografia do terreno íngreme (morro). Os moradores circulam pelo território a pé, através de transporte automotivo próprio, moto táxi ou kombis. Portanto, é necessário o deslocamento por uma distância considerável dos moradores que vivem nas áreas extremas do território (no início e no alto do morro), o que ocasiona uma baixa participação e adesão de pessoas que vivem nessas áreas, por causa da dificuldade de locomoção física e/ou financeira de arcar com o custo do transporte. Outro fator dificultador é a presença frequente de atores armados (oficiais e não oficiais) e ocasionais confrontos entre eles.

Diferentemente no CMS PCR, que localiza-se em região plana, com grande facilidade de circulação, a participação de homens aconteceu poucas vezes, esses não aderiram ao tratamento nesta modalidade, e sendo assim, a maior parte do tempo, o grupo terapêutico foi constituído exclusivamente por mulheres. Fizeram parte do grupo moradoras e trabalhadoras do território, sendo as últimas, empregadas domésticas com residência em outros bairros e municípios do estado do RJ.

Seguindo os critérios elegíveis para a pesquisa mencionados na seção Metodologia, descrevemos a seguir o processo de recrutamento para a realização das entrevistas em cada CMS.

O grupo terapêutico do CMS RP tinha a frequência média de 20 pessoas por encontro e as presenças eram registradas em livro e em prontuário eletrônico. Deste grupo foram contactadas 23 pessoas por telefone, sendo que com 16 não foi possível o contato telefônico com os números registrados em prontuário ou em livro de presença do grupo. Sete concordaram em participar, porém 1 estava fora do território, vivendo na casa da filha em outro bairro do município, 1 chegou atrasado na entrevista agendada e não se mostrou disponível a agendar outro dia e horário para a entrevista. No total, 5 entrevistas foram realizadas no CMS RP, porém 1 não pode ser aproveitada por seu conteúdo ter sido particularmente pobre, devido ao participante ser um idoso com questões cognitivas evidentes, não tendo demonstrado compreensão de algumas perguntas.

No grupo terapêutico do CMS PCR, a frequência era em torno de 15 pessoas por encontro, e também registrada em livro de presença e em prontuário eletrônico. Para a realização da pesquisa foram contactadas por telefone 16 participantes, sendo que 8 não foram acessados por contato telefônico com o número registrado no prontuário e em livro de

presença. Oito aceitaram em princípio participar, mas 1 não estava disponível no dia agendado da entrevista, e 1 mudou de ideia, e se recusou a participar. No total, 6 entrevistas foram realizadas no CMS PCR.

Um fator importante a ser considerado é que as entrevistas foram realizadas em setembro e outubro de 2020, em plena pandemia da Covid-19, portanto um período de relativo isolamento social, ainda sem vacinas contra o vírus. Acreditamos que este fato interferiu no acesso dos participantes do grupo à pesquisa, pois dificultou outras formas de contato além do telefônico, visto que os profissionais da SF e a população em geral, se restringia em circular pelo território devido ao medo e para evitar a contaminação pelo vírus da Covid-19.

O fechamento amostral foi realizado na 10ª entrevista por saturação teórica, quando entendemos repetição e exaustão dos temas, após contínua coleta de informações e análise dos dados e por apresentarem redundância nas narrativas dos entrevistados em relação aos temas pesquisados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008, p. 17).

## 5.2 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram entrevistados dez participantes, cujos dados sociodemográficos se encontram na tabela abaixo, e que são identificados no texto a seguir pela letra E (entrevistado) e numerados de 1 a 10:

<b>ID</b>	<b>Gênero</b>	<b>Data de Nascimento</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Ocupação</b>	<b>Bairro de referência</b>
E1	Feminino	15/03/1964	57	Casada	Ensino médio completo	Costureira autônoma	Jardim Botânico
E2	Feminino	31/12/1963	57	Casada	Ensino médio completo	Vendedora autônoma	Leblon
E3	Feminino	12/11/1950	70	Viúva	Ensino fundamental completo	Aposentada	Leblon
E4	Feminino	24/02/1972	49	Viúva	Ensino médio incompleto	Aposentada	Leblon
E5	Feminino	31/10/1957	63	Viúva	Ensino fundamental	Aposentada e doméstica	Jardim Botânico

					completo		
E6	Feminino	23/04/1975	45	Divorciada	Ensino superior completo	Advogada e passeadora de cães	Ipanema
E7	Masculino	10/06/1965	55	Solteiro	Ensino superior completo	Advogado e motorista	Vidigal
E8	Feminino	09/02/1969	51	Solteira	Ensino fundamental completo	Diarista	Vidigal
E9	Feminino	02/04/1962	58	Viúva	Ensino médio completo	Empacotadora supermercado	Vidigal
E10	Feminino	13/06/1959	61	Solteira	Ensino médio completo	Aposentada e vendedora autônoma	Vidigal

Analisando os dados sociodemográficos, observamos que a maioria dos participantes são do gênero feminino (N=9) e apenas um é do gênero masculino; todos em idade adulta (faixa etária de 45 a 70 anos); estado civil: viúva (N=4), solteiro (N=3), casado (N=2) e divorciado (N=1).

Quanto ao nível de escolaridade, a maioria tem ensino médio completo (N=4), seguido de fundamental completo (N=3), sendo incompleto apenas um, e dois entrevistados com ensino superior completo.

Em relação à ocupação atual (fonte de renda): os que vivem com a renda da aposentadoria (N= 2); os que estão aposentados e exercem mais uma atividade autônoma para complementar a renda (N=2); os quem tem atividade laborativa de carteira assinada (N=2); os autônomos (N=4), considerando dois com nível superior que exercem mais uma atividade para complementar a renda.

### 5.3 TEMAS EMERGENTES

Os dois temas a seguir apareceram nas narrativas dos entrevistados sem estarem diretamente relacionados ao referencial teórico, entretanto avaliamos de importância para entendimento do estudo.

#### 5.3.1 Percurso até o grupo

Trata-se do entendimento do percurso de atendimentos, sejam externos ou no CMS, realizados por cada entrevistado até chegar ao grupo terapêutico.

Quatro entrevistados passaram por consulta conjunta do matriciador do NASF (psiquiatra ou psicólogo) e com profissional da SF, quatro foram encaminhados após consulta somente com o médico de SF e dois após consulta individual com psiquiatra do NASF.

*“Então, essas dores aumentaram, foram ficar intensas, intensas e eu vim aqui no posto, aí me encontrei com P1. E falava que os dentes doía, tudo doía. Ela me passou: ‘E2., aqui de tarde tem um grupo que a gente conversa sobre esses problemas, de repente te ajuda, mas primeiro você vai lá na dentista para ela ver o que é que tem no seu dente’. Sei que não viram nada. (...) Aí, fiquei no grupo, conheci o grupo”. - E2*

*“(...) E vim parar aqui porque eu me mudei de Campo Grande para o Leblon. Aí, tinha que vir a um posto de saúde e aqui encontrei com os médicos, né? Aí, começaram a me fazer perguntas, né? Como é que eu estava, e eu não parava de chorar. Cada vez que falava o nome do meu marido, eu chorava mas eu chorava muito, entendeu? Ele faleceu quando eu estava no tratamento de câncer, então foi dois choques: o tratamento de câncer e a morte dele. Então eu estava muito deprimida, mas eu chorava que as médicas chamaram a P2,(...) E foi assim que eu parei aqui com a psicóloga (...)” - E3*

*“Num dado momento, em que eu participava já do posto de saúde, aqui no Vidigal, a clínica médica, eu recorri a ela falando do que estava acontecendo. É uma crise de ansiedade e outros nomes que a gente não entende bem o que ocorre conosco, e ela falou da questão do grupo no qual eu preferi me inscrever o quanto antes para que pudesse me ajudar”. - E9*

Observamos que as pessoas procuraram atendimento no CMS por perceberem algum nível de sofrimento psíquico devido às queixas de dor crônica, luto, depressão, insônia, crise de ansiedade, relacionadas nos TMCs (MARAGNO et al, 2006; LUCHESE et al, 2014; FORTES; VILLANO; LOPES, 2008; VIDAL et al, 2013).

A maioria dos entrevistados chegou ao grupo através da consulta conjunta do profissional do NASF e médico de família, e após consulta somente com o médico de família. Estes resultados indicam que os médicos reconheceram os casos com perfis para o grupo terapêutico e realizaram encaminhamento da demanda, sugerindo que o processo de

matriciamento em saúde mental proporcionou identificação, acolhimento e referência dos casos com perfil adequado ao grupo.

O fato de as pessoas terem sido atendidas somente pelo médico da SF não necessariamente representa que este profissional não tenha recebido matriciamento por algum profissional do NASF anteriormente, entretanto pode representar que por já terem tido a experiência de ApM, conseguem realizar o encaminhamento para o grupo terapêutico.

De acordo com os relatos, percebemos um resultado positivo do processo de ApM ao longo do tempo junto às equipes de SF, através de participação regular da psicóloga do NASF nas reuniões de equipe para discussão e corresponsabilização dos casos, e construção do projeto terapêutico diante das demandas da população em questão (CAMPOS, 2011, p. 4650).

Uma das participantes mencionou que antes da consulta com seu médico de SF, recebeu a visita do ACS. Nesta visita, o ACS presenciou episódio de violência sofrido por ela e conseguiu acolher sua demanda, compartilhando o caso com a equipe de SF, o que propiciou uma abordagem da família e posterior encaminhamento da participante ao grupo terapêutico.

*“Aí, quando ele chegou (P3), foi no momento em que ele tava brigando comigo. (...) Aí o P3 me chamou, aí eu comecei a chorar. Aí ele disse: “O que tá acontecendo dona E5? (...) Eu falei: ‘Não P3, ele tá bêbado e eu cheguei do trabalho agora e ele tá me agredindo cara, eu não sei o que eu vou fazer para entrar em casa’. Aí ele disse: ‘Calma aí’. Aí ele escreveu um negócio lá no livro dele, não sei o que foi, aí ele trouxe pra cá (...). Aí depois que eu vi o médico, já estava tudo no computador. Acho que o P3 botou aí e quando o médico me chamou, acho que foi o P4, aí ele : ‘Dona E5, o que está acontecendo com a senhora?’ Aí eu contei a história pro médico, aí eu contei tudo (...)”.* - E5

Este relato reforça o papel importante do ACS enquanto profissional de saúde que proporciona o primeiro contato da pessoa com o serviço e constrói relação de vínculo à medida que consegue agir de forma terapêutica, escutando e acolhendo com empatia a necessidade da pessoa em sofrimento psíquico, reforçando que uma intervenção em saúde mental pode ser realizada por qualquer profissional da APS (BRASIL, 2013, p. 22).

Dois entrevistados procuraram atendimento na emergência psiquiátrica antes de chegarem até a CMS e uma solicitou que a médica de SF a encaminhasse para o psiquiatra, pois não tinham o conhecimento de atendimento para saúde mental no CMS.

*“Eu soube do grupo que eu tava vindo no médico, porque eu também tenho problema de pressão, e um dia a minha pressão tava muito alta, aí eu vim. Aí eu pedi a médica um encaminhamento pra mim ir no médico, né? Aí ela chegou e falou assim: ‘Não, aqui tem acompanhamento com psicólogo, psiquiatra’. Aí eu fiquei tão feliz, aí eles marcaram uma consulta, aí eu vim. E daí por diante eu sempre tô vindo, dei continuidade ao tratamento, né? (...) A primeira vez quando eu vim na unidade de saúde eu fiz a consulta com a P5 e a clínica geral, que elas trabalhavam em conjunto, e depois que eu comecei a participar do grupo. Foi assim que tudo começou”. - E8*

*“Então, eu não conseguia dormir, aí eu fui pro Pinel em busca de auxílio psiquiátrico para pedir remédio na verdade. (...) E lá, até foi, foi, por um lado foi bom, muito bom ter ido porque lá eles falaram: ‘Não, você também precisa de um acompanhamento psicológico. Vai na Clínica da Família’ (...) Eu conheci a P2 (...) e me informou que existia um grupo que era uma terapia em grupo. E na época pra mim toda a ajuda era válida, né?” - E6*

*“Eu detectei a depressão basicamente sozinho, uma coisa muito complicada, né? (...) Procurei novamente o Pinel, mas aí dessa vez já não tinha mais atendimento de emergência aí mandaram procurar aqui. Eu nem sabia que vocês trabalhavam aqui com assistência psiquiátrica e psicológica. Foi uma grata surpresa, né? (...) Foi sua colega (...), eu expliquei pra ela essa situação que eu sabia o que eu tinha, aí ela já me prescreveu o remédio (...) E bem, aí ela falou: ‘Agora você vem para o tratamento’. Aí eu até espantei a primeira vez que cheguei aqui pro tratamento. O tratamento era eu, ela e um monte de gente, né? Todo mundo ao mesmo tempo (...) Eu procurei ficar na minha pra ver como é que tava acontecendo, né? Se eu me integrava naquilo e mesmo estando com pessoas que, algumas eu já tinha visto alguma vez ou outra, mas são estranhos, né? Bem, se é pra ser esse o tratamento, vamos que é o que eu tenho”. - E7*

Nesses relatos, observamos o desconhecimento, ou não reconhecimento, da APS enquanto lugar de cuidado da saúde mental. Salientamos, a necessidade do trabalho contínuo de corresponsabilização dos casos pelas equipes de NASF e SF, com objetivo de profissionais e pessoas que buscam o serviço compreenderem o CMS enquanto lugar de acolhimento do

sofrimento psíquico (CAMPOS, 2011).

O fato de existir o grupo terapêutico na própria CMS como estratégia de acolhimento e acompanhamento clínico do sofrimento psíquico, indica facilidade no encaminhamento pelos profissionais, acessibilidade e adesão do entrevistado ao grupo. O que reitera as recomendações da OMS e WONCA (2009) sobre integração dos cuidados da saúde mental na APS com a necessidade de oferta de serviços de base comunitária, acessível, de baixo custo e de forma integral.

Porém, devido alguns desafios no processo de matriciamento nos CMSs, como organização da agenda das equipes de SF, excesso de demanda de atendimento, sobrecarga de trabalho e desentendimento sobre o trabalho do ApM, ocasionalmente ocorriam consultas realizadas exclusivamente pelos profissionais do NASF. Associamos esses desafios ao discurso de alguns profissionais de saúde e gestores dos CMSs de que o cuidado de saúde mental se restringia aos saberes da psicologia e da psiquiatria, fato relacionado à própria história de fragmentação deste tipo de cuidado no Brasil, o que é notado em outros estudos nacionais (MINOZZO et al, 2012, p. 333).

Neste aspecto é importante reforçar os conceitos de núcleo como o conjunto de conhecimentos e ações específicos de uma profissão, e o de campo como uma fronteira imprecisa entre as profissões na qual cada uma busca suporte na outra para realizar suas atividades teóricas e práticas (CAMPOS, 2000, p. 220). Campos e Domitti (2007, p. 405) referem que muitas vezes o profissional se apega e identifica-se com ações somente do seu núcleo de saber o que prejudica o diálogo interdisciplinar e a construção de um trabalho em conjunto com outras profissões.

Para o bom trabalho na saúde coletiva e a prática de clínica ampliada acontecer, ele não pode estar restrito ao saber das especialidades profissionais. É necessário o diálogo interdisciplinar constante no cotidiano do trabalho, e o ApM fomenta esse diálogo entre diferentes visões profissionais a pensar em projetos terapêuticos de acordo com as demandas de cada território e população.

### **5.3.2 Incômodos percebidos na participação no grupo**

Identificamos alguns aspectos relatados pelos entrevistados de pontos desconfortáveis durante os encontros dos grupos terapêuticos que denominamos como incômodos percebidos na participação no grupo. O tempo excessivo de fala de alguns participantes foi um deles.

*“E uma coisa que eu poderia dizer que a gente se incomoda um pouco é que muita gente quer ter aquela ansiedade de ter o momento de falar. Existem vários grupos que tem aquele relóginho pra pessoa se manifestar, assim como eu devo de parar agora de falar, para ter tempo para outras pessoas. Então teria que ter foco, objetivo e tempo pra cada um falar. Isso é muito importante que seja esclarecido no início do grupo porque muitas pessoas não conhecem essa forma e eu acho muito legal”. - E9*

Outro aspecto foi quanto ao sigilo sobre o que era compartilhado durante os encontros. Houve desconfiança sobre a divulgação do que era falado durante os encontros para outras pessoas que não participavam do grupo, como pessoas conhecidas da comunidade, visto que o grupo acontecia no local onde moravam e alguns já se conheciam anteriormente.

*“Infelizmente, é, tanto é que na terapia de grupo tinha certos assuntos que eu não podia colocar, porque apesar da gente falar que tudo que a gente conversava aqui ficava aqui, quem me garante que alguém não ia falar?”. - E10*

Observamos que os incômodos demonstrados por alguns participantes tratavam-se de aspectos relacionados ao contrato terapêutico que explicita as regras para o bom relacionamento de todos no grupo. Esclarecemos que essas regras foram construídas em conjunto entre as coordenadoras e os participantes desde o primeiro encontro, e eram lembradas sempre com a chegada de um novo participante, de acordo com a proposta que cada um tivesse seu espaço de fala, escuta e se percebesse como parte constituinte do grupo, responsável por seu funcionamento.

Outro entrevistado pontua seu incômodo sobre a gravidade do sofrimento de outra participante do grupo.

*“Só tinha uma coisa que eu não gostava no grupo: que tinha uma das pacientes, ela era extremamente pesada tá?(...) Tu vê que, ela chegava, ela carregava o ambiente. As outras pessoas ficavam mal com ela. Ela não deixava ninguém falar. (...) Aquilo ali era a única coisa que me incomodava, tá? Mas é aquilo, ela também estava procurando ajuda, tá? Então é aquilo, a gente também tem que ajudar porque é uma doença, é um problema que é extremamente complicado”. - E7*

Quanto a esta participante específica, as coordenadoras do grupo eram cientes de sua gravidade e a mesma fazia acompanhamento concomitante no CAPS de referência devido ao seu sofrimento psíquico naquele momento, todavia as coordenadoras acordaram com a equipe do CAPS por acolhê-la no grupo como um suporte a mais no seu plano de cuidados terapêuticos.

Entendemos que uma das características de grupos terapêuticos é que geralmente as pessoas assumem papéis nos encontros. Esses papéis podem ser exemplificados em uma pessoa queixosa, uma que assume liderança, outra mais calada e outra com atitude monopolizadora. Assim como, percebemos que a forma como as pessoas se portam no grupo traduz uma representatividade de como elas se comportam em suas vidas, tornando o espaço de grupo um micro-campo de suas realidades (CHIAVERINI, 2011, p. 57).

Manejar esses papéis a fim de que as pessoas possam tomar consciência do seu funcionamento e poder modificá-los é tarefa dos coordenadores. Caso o manejo não seja possível, deve-se avaliar sobre os benefícios e riscos de uma pessoa com comportamento inadequado permanecer no grupo. No caso relatado anteriormente, isso foi feito pelas coordenadoras.

Entretanto, reforçamos a necessidade da avaliação cautelosa dos encaminhamentos de pessoas em sofrimento emocional ao grupo terapêutico. Além de atentar para o bom funcionamento do mesmo, devemos avaliar a gravidade de cada caso para o direcionamento adequado dos cuidados em saúde mental.

#### 5.4 TEMAS CONCEITUAIS

De acordo com Anthony (1993), a *recuperação pessoal* é um fenômeno multidimensional, não sendo definido por fatores específicos, pois se refere à experiência pessoal e holística de cada sujeito com seu processo de sofrimento emocional e os aspectos que o auxiliam a viver no mundo com suas questões, independente dos profissionais e serviços de saúde mental. Ela é um processo social que ocorre na vida cotidiana, no qual se dá importância a cada experiência, em qualquer contexto social, cultural, classe social, crenças, etc (BORG; DAVIDSON, 2008).

Considerando a *recuperação pessoal* complexa e ampla, encontramos em estudo de Davidson e colaboradores (2005, p 484) a reunião de aspectos importantes do conceito como: renovar a esperança e compromisso; redefinir a si mesmo; aceitação da doença; envolver-se em atividades significativas; superar o estigma; assumir responsabilidade sobre a própria vida;

empoderamento e exercer cidadania; gerenciar os sintomas e receber apoio de outros. Portanto, por acreditarmos que esta reunião representa a síntese dos principais elementos da *recuperação pessoal*, a escolhemos como referencial neste estudo.

Desse modo, observamos e analisamos nas narrativas dos participantes, os sete temas conceituais mais presentes que se referem aos elementos importantes na *recuperação pessoal*.

#### **5.4.1 Manejo de sintomas e das dificuldades**

Quaisquer habilidades e estratégias, próprias ou de auxílio profissional, utilizadas para lidar com os sintomas do sofrimento psíquico e das dificuldades da vida.

Os participantes relataram a utilização de diversas formas de manejo dos sintomas e dificuldades, tanto estratégias terapêuticas orientadas pelas profissionais nos atendimentos em grupo quanto atividades realizadas por eles que promoviam bem-estar e acolhimento.

*“Às vezes, muitas vezes, eu fazia os exercícios né, que a P1 ensinava, a P5... e conseguia aliviar um pouco (...) Eu lembro que um dia eu tive uma crise no meu trabalho, eu tava sozinha, aí eu fui na janela, respirei fundo, fiz os exercícios e falei assim ‘Isso vai passar, isso é uma coisa passageira’ e eu consegui sair, não precisei ir pra UPA correndo. Então, eu aprendi muita coisa com o grupo, entendeu? Porque eu comecei a ter segurança de pegar, passar um zap pra alguém do grupo, de conversar, tipo assim, de ir na rua, de andar... Aí eu me sentia, às vezes eu nem precisava de tomar o remédio, antigamente eu tinha uma crise era dois, três remédios embaixo da língua, só parava quando eu realmente, eu me sentia melhor, e eu hoje já não faço mais isso”. - E8*

*“Ah eu procurei a atividade física do jiu-jitsu que me ajudou muito(...) Pra mim é muito bom, né? Porque você faz uma atividade física, mexe o corpo, você produz endorfina dentro de você, aquilo vai te ajudando e você vai ficando, você volta a ser você mesmo, entendeu? (...) Coisas que eu aprendi aqui com vocês, a questão da alimentação, né? (...) caminhadas na praia, né? Eu tenho cães. Eu tinha uma cachorra, agora tenho três, né? Isso pô... Por que ter um cão? Eu gosto, sempre gostei de animais a minha vida inteira. (...) A respiração. Eu faço isso antes de dormir. Respirar, sentir o corpo, os pensamentos. Eu faço o exercício de*

*respiração, deito e durmo. Eu e os cães. Eu faço isso direto. É bom pra você relaxar antes de dormir. Acordo bem”. - E7*

*“Eu pensava nas pequenas orientações, nas pequenas dicas que era preciso cumprir. E eu tentava. Muitas vezes eu não conseguia. Esse sentimento traria uma frustração porque nessa hora nem sempre você encontra o outro colega pra fazer junto, mas isso não é importante, porque importante é você se levar. Você levar você, de presente dar uma volta no calçadão, ao cineminha, porque não? Ah, uma comédia”. - E9*

Esses entrevistados relataram que aprenderam habilidades e procuraram seguir as orientações trabalhadas pelas coordenadoras durante os encontros do grupo, como a técnica de respiração para o manejo da ansiedade e planejar o que poderiam fazer num momento de dificuldade ou crise.

Biringer e colaboradores (2016a, p. 5) ao entrevistarem pessoas que estavam sob cuidados em um centro de saúde mental, mostraram que elas acreditaram que foi de grande importância a ajuda de profissionais para compreender sobre o adoecimento psíquico e receber orientações para manejar seus sintomas.

*“E eu, e, aí eu me cuidava, eu andava na praia e isso ajudou. (...) As coisas que me davam prazer eu continuei fazendo que era andar na praia com minha cachorra ou andar na praia sozinha, espairecer, ir pro Arpoador. (...) Então, eu indo pra praia, eu buscando coisas que me davam prazer, isso acho que, isso que me estruturava”. - E6*

*“Meu espiritismo, meu espiritismo, né? Pedi, implorei a eles que me dessem força, entendeu? Que eu conseguia realmente tudo e consegui me levantar, me erguer, pagar minhas dívidas”. - E3*

*“Eu saía, ia pra igreja. Eu ia pro trabalho. (...) Eu fiz sorrir. Eu chorava, eu não queria comer mas agora eu rio, eu brinco, eu dou gargalhada. Eu me olho no espelho. Eu sou outra M. Eu tô muito bem, nem parece que eu nunca tive marido. As meninas me convidam, eu já saio, vou assim, saio com os meus grupinhos né?`. - E5*

*“O que me ajudou muito, assim, quando eu tinha vontade de fazer alguma coisa, por exemplo, eu quero ir à praia (...) eu largava tudo e ia para a minha praia. Se eu quisesse dançar, as minhas amigas chamavam: ‘Vamos dançar’, aí eu vou, eu ia, entendeu?. ‘Ah, vamos para uma festinha?’, ‘Vamos!’ É isso. Eu achei que eu mudei muito, assim de eu querer me ajudar (...) Academia, eu ia, né, para dançar. E, é isso (...) Costurar, até hoje quando eu tô muito nervosa eu vou, vou costurar (...) Fico só pedindo a Deus muita calma. Faço uma oração”. - E1*

Esses relatos dos entrevistados demonstram que eles manejaram os sintomas e as dificuldades realizando atividades que promoviam bem-estar como: lazer; atividade física; religião/espiritualidade ou estar com outras pessoas; mas que puderam fazer de forma independente.

Pessoas em sofrimento psíquico quando questionadas sobre quais aspectos avaliam como úteis na *recuperação pessoal*, referiram atividades que realizaram de forma independente: trabalhar, ir à ginástica, passear com cão, ir às compras, atividades sociais, ter uma rotina estruturada e etc. Ou seja, foram as atividades da vida cotidiana, que a princípio podem parecer simples, mas que para pessoas em sofrimento psíquico podem demandar grande esforço, promoveram a sensação de estarem dando seguimento às suas vidas. Além disso, como destacam outros autores, poder vivenciar estas situações os ajudaram a desenvolver estratégias para prevenir recaídas dos sintomas (BORG; DAVIDSON, 2008, p. 134; BIRINGER et al, 2016b, p. 25).

#### **5.4.2 Envolvimento em atividades significativas**

Refere-se a realizar atividades significativas que dão sentido, propósito e prazer na vida.

Participantes relataram que participar de atividades religiosas e com o propósito de ajudar o próximo os ajudaram a sentir bem estar, acolhimento, contribuindo na sua recuperação.

*“Agora, o que eu procurava fazer é aqueles conhecimentos de reuniões, é vamos dizer, eu gosto de reuniões, é vamos dizer, não vamos falar da parte é, de que religião é. Porque vamos dizer que a gente ia numa palestra, pronto (...) Mas então eu ia nos lugares onde eu me sentia assim, super feliz. Voltava revigorada”.*

- E9

*“Sim, o que me ajudou mais na igreja”. - E2*

Uma participante relatou que a busca por uma atividade significativa e com sentido para ela, de realizar trabalho voluntário na Organização Não Governamental (ONG) do seu território, foi propiciada a partir da participação no grupo terapêutico.

*“E através de tudo isso que eu aprendi na terapia de grupo, é o que eu tô fazendo atualmente. Eu tô participando de uma ONG aqui do Vidigal, que eu nunca nem tive conhecimento. Isso me fez um bem danado porque a melhor coisa é você ajudar o próximo. E ali, você identificar as pessoas, a carência das pessoas, eu acho que foi assim uma coisa que deu realmente um boom pra mim. (...) Eu me sinto muito feliz. Me sinto é... ah eu não tenho uma explicação assim que a gente possa colocar em palavras, que é um sentimento, principalmente agora que eu encontrei a minha religião, que até então eu tava pulando, pulando, pulando. Agora eu encontrei, e através dela, eu sei que tudo isso que eu tô fazendo é bom pra mim, é bom pra mim. (...)*

*É, às vezes, por exemplo, ajudo alguma pessoa que fez parte do grupo com palavras, e a pessoa depois vem me agradecer, é chegando chorar. Aquilo ali me deixa assim tão comovida, porque isso é vida gente, é o que a gente... A gente leva, pra o além morte, aquilo que a gente fez na nossa vida. E ajudar o próximo é a me, se as pessoas soubessem que ajudar o próximo faz tão bem, faz bem pra alma e faz bem pro coração e faz bem pra mente. Porque a nossa mente, invés de trabalhar pra pensamentos negativos, a gente trabalha com pensamentos positivos”. - E10*

Outra participante relata que o fato de estar no grupo terapêutico e poder ajudar as pessoas que estão em sofrimento no grupo transformou-se em um propósito para ela.

*“Eu quero, o que eu passei, eu quero ajudar aquelas pessoas que estão passando hoje. Eu quero assim dar aquela força. Gente, a gente tem que viver. Vamos assim... Aquela ajuda de força, entendeu? Que você tá morrendo, chorando e não tem por onde sair. Então eu quero fazer como as pessoas me ajudaram, você e as meninas, então eu quero fazer isso também aqui. Eu tô muito bem, graças a Deus, mas eu preciso assim, quando eu tô assim, assim triste, querendo assim, poxa hoje não é o dia legal pra mim, então quero ficar aqui, entendeu?” - E5*

Notamos que a participação no grupo terapêutico pareceu estimular a iniciativa para a busca de atividades significativas, além de reforçar valores pessoais como religiosidade/espiritualidade, empatia, esperança, compaixão e altruísmo. Os entrevistados relataram que o envolvimento em atividades como trabalho voluntário e religião/espiritualidade, nas quais sentem bem-estar e representam um propósito na vida, auxiliaram na *recuperação pessoal*.

Percebemos que as atividades que promovem bem-estar e dão sentido na vida parecem ser utilizadas pelos entrevistados para lidar com as dificuldades ou manejar os sintomas. Borg e Davidson (2008), descrevem que a busca por interesses, cuidar de si e da sua rotina diária, estar com amigos ou estar ocupado com atividades significativas foram descritos como úteis por pessoas em processo de *recuperação pessoal*.

#### **5.4.3 Estabelecer e diversificar relações sociais**

Diz respeito a construir, estabelecer, diversificar e manter relações sociais com pessoas importantes.

O grupo terapêutico foi mencionado pela maioria dos participantes como local de construção e manutenção de relações sociais e laços de amizade.

*“E a gente às vezes se confraternizava, fazia lanche. É, a gente já tava se programando de repente para fazer um passeio (...)”*. - E10

*“E depois quando uma tinha um, que não estava contigo (no grupo terapêutico), a gente encontrava, ligava para a gente: ‘Oh, eu estou com esse problema, esse problema, o que você acha?’. Eu acho que eu tenho um dom, a pessoa se pega. (...) Oh, a E3, graças a Deus, consegui também, já foi na minha casa comemorar o Natal, então com minha família, né, minha filha. Então fizemos uma pequena familiazinha”*. - E3

*“Agora eu tenho uma amizade com meu primo, (...) Foi um amigo meu de verdade, um amigo meu (primo). Olha, ele me tirou lá debaixo. A gente fomos sair, a gente fomos jantar, conversamos bastante. Um amigo mesmo de verdade”*. - E5

*“Primeiro, a amizade que a gente fez no grupo. A gente se comunicava de todo jeito, toda hora no grupo do Whatsapp, né? A gente ligava para alguém quando sabia que alguém estava sofrendo por outras coisas, né? Ligava, dava conselho, falava se precisava de alguma coisa”. - E2*

*“Participar do grupo é interessante porque além de conhecer pessoas novas para uma outra atividade, pensamos: ‘Que tal fazer uma caminhada?’ A gente se conhece, outras pessoas e planejamos fazer alguma coisa fora do grupo”.- E9*

Estar no grupo terapêutico proporcionou conhecer pessoas e estabelecer laços afetivos para além do contato no grupo. Os participantes mencionaram o grupo enquanto espaço para confraternização e a organização de atividades sociais externas (ex; passeios). E como lugar de construção de uma rede de apoio para fornecer e receber ajuda em momentos difíceis.

A maioria dos participantes relatou que dividir preocupações e receber ajuda para enfrentar dificuldades, estar com as pessoas de quem gostam, conhecer novos lugares e fazer atividades prazerosas foram importantes na *recuperação pessoal*.

O espaço do grupo terapêutico proporciona a construção de vínculos afetivos através do contato social, do compartilhamento de histórias, identificação e reciprocidade. Também, quando estimula a criação de novos laços fora deste espaço, desenvolve e expande a autonomia de seus participantes (MINOZZO et al, 2012, p. 336).

#### **5.4.4 Ter rede de apoio**

Construir e estabelecer rede de apoio através de pessoas importantes, amigos, familiares e/ou profissionais de saúde e com instituições de saúde, sociais, culturais, de lazer, etc.

Os entrevistados listaram como rede de apoio os outros participantes do grupo terapêutico, pessoas próximas confiáveis (amigos, pessoas com quem trabalham), familiares, profissionais de saúde e as instituições (de saúde ou religiosa/espiritual) que frequentavam.

*“Olha, teve alguém muito importante o meu patrão, um dos meus patrões, que são dois. Toda vez que eu ia pra lá e que eu tava assim triste, ele conversava comigo, falava comigo e ele sentia tipo assim, passava uma segurança pra mim, tanto é que ele sempre falava: “O dia mais feliz é quando você está aqui porque a gente conversa, a gente troca ideia”(…) Mas eu gosto também para ajudar as*

*peessoas, e também tem uma patroa minha que teve um dia que ela tava tão deprimida, tão triste. Eu tenho crise de pânico, ela também tem e eu cheguei lá e ela tava numa depressão, numa depressão, numa crise de pânico... e eu comecei a conversar com ela, a falar um monte de coisas pra ela e ela ficou tão bem. Quando foi no outro dia, ela mandou um áudio para mim agradecendo, falando assim: 'Nossa, você me tirou... eu tava uma semana sem sair de casa'. E ela agradeceu: 'Muito obrigado!'. - E8*

*“Só da minha mãe. Minha mãe é minha grande amiga né? Uma pessoa fantástica. também tem problema de depressão, já passou por isso, e ela procura me ajudar sempre né? (...) Vocês duas. P1 e P5 foram fantásticas. Vocês sabiam conduzir a história né? Os exercícios que vocês ensinavam, né? (...) Eu consegui achar ajuda no lugar que eu jamais ia imaginar que ia encontrar ajuda, aqui no Posto de Saúde do Vidigal” - E7*

*“Ah sim, é grupos de oração. Todo mundo pedia por mim e eu creio na força da oração. (...) Em especial os médicos, né? Porque eles sempre ligam, perguntam como estou (...) As amigas, tenho uns 3 grupos de amigas que a gente formou, que a gente se reúne quase todos os dias. (...) E eu acho que não foi remédio, nem foi médico assim, foi o grupo que participei aqui né? Que me ajudou a não se preocupar tanto com as coisas da vida (...). - E2*

Esses três entrevistados relataram que receberam suporte emocional de pessoas próximas que já mantinham laço afetivo e em quem confiavam, como amigos, pessoas com quem trabalhavam, e familiares.

A maioria dos entrevistados mencionou que percebeu o grupo terapêutico como dispositivo de apoio na *recuperação pessoal*.

*“Foi a terapia e os remédios. Ajudou. Ajuda profissional e os remédios. (...) Foi diferente, porque eu estava acostumada sozinha. E aí achei interessante, que todo mundo falava dos seus problemas e aí você ia vendo o seu: 'Th, o meu é menorzinho'. E um ajudando... aí eu fui me adaptando também, né? Diferente. Aí, gostei porque uma ajudava, procurava ajudar a outra. A gente cada semana falava de um assunto, um problema daquele e assim achei muito bom”. - E1*

*“A questão de poder iniciar com o tratamento no grupo, eu pude vivenciar uma coisa bastante gostosa, sentimo-nos incluída num grupo. Se nós sentimos afastadas socialmente na nossa vida, na nossa maneira de pensar, chegamos ao ponto em que não estava legal nossa vida e esse acolhimento do grupo tornou-se uma coisa muito agradável (...)”- E9*

*“Então, participar do grupo pra mim foi fundamental. Eu acho que foi um novo alicerce além da medicação. Ah, o grupo em si é, você sozinho você não é nada, aí quando você participa dum grupo você se sente é... acolhida, eu fui acolhida no grupo. E aí através das dinâmicas que a gente fazia, né? O que que acontecia, você podia expor pra fora os teus sentimentos, o que te aborrecia, os traumas que você teve. Coisa que uma pessoa que mora sozinha não tem, não tem com quem conversar. Então, o que que acontece com a nossa mente ociosa, ela só pensa besteira, só pensa coisas que não deve. Então, pra mim foi assim a coisa melhor, foi a terapia de grupo porque eu sou uma pessoa que gosto de falar, eu gosto de conversar, então no grupo pra mim foi tudo de bom. (...) E outras pessoas também identificavam algumas coisas que eu falava como problema deles também, então isso nos juntou muito. Eu acho que é uma, a terapia de grupo, ela é essencial ao tratamento da, da, das síndromes porque só o remédio, ele vai te tirar dali mas ele não vai tirar você da vida aqui fora. (...) E a gente às vezes se confraternizava, fazia lanche. É, a gente já tava se programando de repente para fazer um passeio (...) Então eu to participando de ginástica, to trabalhando nessa ONG, (...) comecei a frequentar uma igreja que me proporcionava conhecer pessoas e escutar a palavra de Deus nunca fez mal a ninguém, só te eleva, só é melhora o estado da pessoa. Você passa a ter mais confiança, você acredita que vai ter um dia melhor, que vai, aí tudo, é começou a mudar”.- E10*

*“Então, pra mim ter participado do grupo era uma troca porque ali as pessoas falavam os problemas delas e aí a gente ouvia, a gente ajudava, eu falava os meus. E ali era uma troca mesmo, eu me sentia à vontade de falar. As pessoas se ajudavam, eu também falava do meu problema, então assim, eu via que cada um ali tava em busca de um apoio mesmo, de um apoio...um apoio mesmo, de um carinho, entendeu? Porque, é.... assim a gente ali se via como se fosse uma*

*família mesmo, a gente se sentia à vontade, um falava do problema, aí a gente tentava se colocar no lugar e ajudar, né? de alguma forma. As pessoas ali passam também por perdas e tudo, né? Então assim foi, foi muito importante pra mim, e eu sou muito grata ao grupo e à P2!. (...) Além da ajuda psicológica(...), teve a minha tia, a irmã do meu pai, que foi assim muito importante, porque ela falava, conversava muito comigo”. - E6*

*“(...) Estava tendo porque o grupo estava nos ajudando, P2 sempre aqui e eu comecei a ter pessoas para gente conversar, que eu sou muito sozinha mas isso é sempre desde pequenininha, eu sou muito sozinha.(...) Eu esperava as segundas-feiras, para mim as segundas-feiras era que assim, vou encontrar as amigas. Tornamos amigas, pega sempre um grupinho, né? (...) então, fiquei muito amiga, elas se pegaram muito a mim e isso foi, com você, ajuda da P2 ajuda das meninas, a gente vai se erguendo, né? Aos poucos estou me erguendo...(...) Minha filha, um casal amigo, sobrinho do meu marido também ajudou em tudo. (...)Meu espiritismo, meu espiritismo, né? pedi, implorei a eles que me dessem força, entendeu? que eu conseguia realmente tudo e consegui me levantar, me erguer, pagar minhas dívidas”. - E3*

*“Eu achei o grupo uma coisa espetacular tanto que eu tô até hoje aqui. Eu não quero sair porque eu vi aqui lá embaixo. Aí eu chorei aqui, aí eu contei a minha história pra você, contava pra (...) as outras pessoas. Era recente né? Aí eu fui me recuperando, eu fiquei vindo pra cá, fiquei, fiquei e fui gostando. Aquilo minha cabeça foi abrindo, abrindo, abrindo e eu me sentindo bem aqui. (...). Eu sentia muito era a falta de um abraço. As meninas me abraçavam, né? (...) Procurar ajuda aqui no posto, que todo mundo me acolheu, me recebeu muito bem aqui e aqui eu estou e não quero sair daqui. (...) Eu acho que aqui você foi uma pessoa espetacular pra mim e eu tenho o maior carinho por você, por todos que me acolheram aqui e sou feliz aqui, entendeu? Sou muito feliz aqui. E tivesse outro lugar acho que eu não ia, se aqui acabasse eu acho que outro lugar eu não ia procurar não. Não sei, podia até ir, mas aqui, eu amo esse lugar aqui. Sou atendida aqui, eu tenho remédio aqui, entendeu? Os médicos aqui são muito bons. Sempre me acolheram aqui e agora tem o P6 aqui, acho que ele é médico aqui também, né? Ele é um médico muito bom aqui também”. - E5*

*“Ah, eu achei que, nunca tinha passado por psicólogo, achei que fosse coisa de maluco, né? (risos). Mas não, me deu a maior força. (...) Meu marido foi, mas minhas filhas estão aí, até hoje elas me dão muita força. Hoje em dia eu saio mais com elas”. - E4*

Todos os entrevistados apontaram o grupo terapêutico como lugar de referência de sua rede de apoio. A maior parte dos entrevistados mencionou que ouvir as histórias de outras pessoas que também passavam por sofrimento psíquico, os ajudou a perceber seus problemas como possíveis de solução e não superdimensioná-los.

Outros perceberam o grupo como lugar de inclusão social à medida que se sentiram acolhidos e construíram vínculos afetivos, o que auxiliou a lidar com o isolamento. O afeto entre as pessoas e o contato físico através do abraço foi destacado por alguns entrevistados.

Observamos que o grupo foi entendido como espaço de troca de experiências, de acolhimento, de poder falar do sofrimento psíquico e se identificar com o sofrimento do outro, permitindo o questionamento sobre a dimensão do sofrimento de cada um e reforçando o exercício da empatia e do apoio mútuo. O acolhimento, a empatia, a fala e a escuta se mostraram como elementos terapêuticos e ferramentas do trabalho em grupo.

Minozzo e colaboradores (2012, p. 333), apontam achados semelhantes em estudo sobre grupos de saúde mental na APS, no qual relatam que as pessoas buscavam no grupo aconchego, tranquilidade, compreensão, socialização, espaço para comunicação e diálogo, na expectativa de melhorar a saúde, sentir-se bem, não ser cobrado, ajudar os amigos do grupo.

A ajuda dos profissionais do NASF, referenciada no grupo à psicóloga e à psiquiatra, e dos outros profissionais de saúde da CMS foi relatada como importante pelos entrevistados. Borg e Davidson (2008, p. 135), pontuam o importante papel dos profissionais de saúde na *recuperação pessoal* à medida que estes demonstram-se disponíveis, com postura acolhedora, reconhecendo suas necessidades e os ajudando a melhorar a vida.

Comprendemos que a participação no grupo terapêutico proporcionou aos participantes criar e estabelecer relações sociais entre as pessoas, dentro e fora do grupo, construindo e fortalecendo suas redes de apoio.

Todos os participantes disseram que não receberam suporte de outras instituições, governamentais ou de ONGs, e desconhecem a existência destas no seu território ou próximo à residência.

### 5.4.5 Responsabilidade

Assumir controle e responsabilidade pela própria vida. Poder ter autonomia para as escolhas pessoais e participar nas decisões que afetam sua vida.

Evidenciamos nos relatos apenas duas referências quanto ao tema responsabilidade.

*“(...) então eu comecei a ver vida de, de outra forma que, eu reconheci que eu tinha um problema e que eu tinha que tratar dele”. - E10*

*“É, mudou porque agora eu procuro resolver mais meus problemas. Eu procuro não ficar ali sofrendo, sofrendo não, sabe? Eu faço força pra não ficar sofrendo no canto. Eu procuro distrair com alguma coisa”. - E1*

Estas entrevistadas relataram que o tratamento no grupo terapêutico ajudou-as no entendimento da existência de possibilidades de resolução de suas dificuldades e da responsabilidade pelo auto cuidado, o que possibilitou o aumento da auto estima, ao sentirem-se empoderadas a terem iniciativas e tomarem suas próprias decisões.

O cuidado da saúde mental através do dispositivo de grupo terapêutico possibilita o afloramento da subjetividade e singularidade das pessoas em sofrimento psíquico, o que as convoca a se comprometer com seu cuidado e se reconhecer como agentes de mudanças (MINOZZO et al, 2012, p. 331).

### 5.4.6 Superar o estigma e lidar com o preconceito em relação ao sofrimento mental

Os entrevistados foram questionados sobre vivências de situações de preconceito por estarem em sofrimento psíquico e tratamento de saúde mental e, ainda, sobre como lidaram com isso.

*“Ah, sabe o que que eu falo? Eu falo bem assim: De doido todos nós temos um pouco. Ninguém tem 100% sua sanidade mental boa. É assim que eu falo. Agora eu vejo dessa forma. Eu falo assim. As pessoas quando falam essas coisas: ‘Ah, porque você toma tarja preta, você é doida’. Eu falo assim: ‘Eu rasgo dinheiro? Eu não rasgo dinheiro! De repente a minha cabeça por eu tomar remédio é bem melhor do que a sua’. É assim que eu respondo, tá? Agora eu aprendi a dar resposta na ponta da língua. (...) Eu vou feliz da vida e ainda rio! Muito, muito!*

*Porque eu não sou louca (risos), entendeu? Eu não sou louca. É normal isso! As pessoas escondem. 'Ah, ela toma tarja preta?'. Eu falo: 'Tomo e vivo felizinha da minha vida hoje'. (...) E assim, hoje eu me sinto uma pessoa feliz. Já perdi muito medo que eu tinha. Agora eu consigo ver as coisas de outra maneira, sem me causar constrangimento". - E8*

*"Olha, eu lidei, eu lidei, lidei bem com a situação porque eu nunca fui uma pessoa de se incomodar com o que o outro vai achar. Importa pra mim o que eu acho de mim, eu sempre fui assim, essa é uma característica minha. (...) Entrava num ouvido e saia pelo outro, porque sempre fui da pessoa que é aquilo que eu acho e não o que o outro acha". - E10*

Duas entrevistadas relataram que passaram por experiências de preconceito, mas que lidaram bem, respondendo que não se importaram com a avaliação negativa dos outros.

*"Assim, eu não, se fosse antigamente eu xingava, mas agora eu só saio de perto. Não sei, não consigo perguntar: 'O que, que é?', não consigo tomar uma satisfação. - E4*

Outra entrevistada, diz que anteriormente respondia de forma agressiva verbalmente aos comentários ou olhares entendidos como julgadores ou preconceituosos, porém, atualmente, não sente-se capaz de responder de forma assertiva e prefere calar-se.

*"(...) As pessoas tem que entender que como tem quem sofre de coração, tem. Eu uso marcapasso, mas nunca ninguém fez questão do meu marcapasso. (...) Então tem que ser a mesma coisa com as pessoas que têm problemas mentais. Nós não somos diferentes de ninguém. Nós apenas tivemos um momento, que juntou vários fatores, que nos levaram a essa situação e ela pode ser contornada, com a ajuda de todo mundo e contra a queda do preconceito". - E1*

Esta entrevistada lida com a questão do estigma ou preconceito se posicionando pela defesa dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Pontua que o cuidado com a saúde mental deve ser visto como qualquer outra questão de saúde, ou seja, como um direito do cidadão. Também mostra no seu relato, a capacidade de se posicionar e se empoderar,

exercendo sua cidadania.

Enfatizamos, a importância do espaço do grupo terapêutico na APS enquanto local de psicoeducação e discussão sobre a temática, para desmistificar o cuidado em saúde mental e diminuir o preconceito entre as pessoas e mesmo entre os profissionais de saúde (BRASIL, 2014, p. 68; BRUNOZI et al, 2019, p. 7).

#### **5.4.7 Esperança em relação ao futuro**

Relaciona-se às expectativas de melhora em relação ao tratamento, ao sofrimento emocional e ao próprio futuro, no qual as pessoas podem e conseguem superar as dificuldades da vida.

Observamos as falas associadas ao sentimento de esperança referidas ao ato de receber atendimento nos CMSs para a sua queixa; à própria experiência de participação no grupo terapêutico, ao sentir-se acolhido, escutado; identificar-se com o relato de vida dos outros integrantes do grupo e à realização de atividades significativas e com sentido na vida.

*“(...) A participação no grupo foi muito bom. Eu me sentia feliz todo dia que tinha, eu contava nos dedos os dias pra vim porque diante do seu problema, era muito pequenininho em relação às pessoas que participavam, então você pensava assim ‘Aí, vou conseguir vencer’ e trocava ideia, acabava falando um pouquinho de si, dava opinião, às vezes pequenas dicas e assim por diante”. - E8*

*“Agradeço muito esta oportunidade de estar aqui porque realmente faz toda diferença. Eu gostaria muito de agradecer aos órgãos que eu fui atendida. (...) Eu vou dizer, eu acho que eu consigo, eu acho que eu consigo treinar isso para atrair o que eu preciso de melhor”. - E9*

*“Gente, essas pessoas conseguem viver, eu também vou conseguir. (...) Então, foi o carinho que eles têm, que as pessoas são muito aconchegantes, né? Aí, o carinho que eles me deram, força pra seguir em frente. Eu sei que teve uma pedra que eu tropecei, mas não caí, to tentando me levantar de novo, e vou conseguir. (...) Mas tudo vai mudar”. - E4*

*“(...) Foi uma beleza, se não fosse o grupo (... ) As experiências que eu vi. (...) Poxa! Tem gente aqui que sofre 10 mil vezes mais do que eu, eu não estou*

*sofrendo é nada. (...) E fui me acostumando a saber e a pensar que todos os problemas podem ser resolvidos, é só a gente querer. Mudar as estratégias de vida para a gente aprender a superar o sofrimento. Foi aqui que eu aprendi a superar tudo, tudo o que, os que já eram antes e os que aparecem depois, né? Porque sempre aparece uma preocupação”. - E2*

*“Então, eu senti que eu criei força, forças para me libertar dessas preocupações”. - E2*

Verificamos nas falas que a percepção de que os próprios problemas podem estar superdimensionados quando comparados aos dos outros, possibilita visualizar alternativas de soluções para eles e fortalece o sentimento de capacidade em resolvê-los.

A troca de experiências, poder externalizar o sofrimento, identificar-se e acolher a dor do outro promove o fortalecimento dos vínculos afetivos e, conseqüentemente, a esperança, a crença de melhora.

Além disso, a esperança foi promovida através do envolvimento em atividades significativas e que fazem parte da rede de apoio.

*“Então, naquela época, o que que eu fiz, eu procurei é o apoio de uma igreja, comecei a frequentar uma igreja que me proporcionava conhecer pessoas e escutar a palavra de Deus nunca fez mal a ninguém, só te eleva, só é melhora o estado da pessoa. Você passa a ter mais confiança, você acredita que vai ter um dia melhor, que vai, aí tudo, é começou a mudar”. - E10*

A religião/espiritualidade apareceu em vários relatos dos entrevistados como fonte de suporte emocional e socialização, além de ser descrita em estudos como estratégia de cuidado em saúde mental, promoção de saúde e fortalecimento da esperança (BRUNOZI et al, 2019, p. 7; SÆLØR et al, 2014, p. 67).

Sælør e colaboradores (2014), mencionam a esperança como elemento facilitador da mudança e *recuperação pessoal*, e que ela pode ser promovida através do apoio de outro, seja de amigos, familiares ou de profissionais de saúde. Isso reforça que os serviços e profissionais de saúde busquem maneiras de eliciar a esperança através do vínculo com a pessoa em sofrimento. Acrescentam que o fato de as pessoas receberem um retorno positivo ou somente terem ciência da presença do profissional caso necessitem, já promove a esperança no futuro.

A maioria dos entrevistados compreendeu a participação no grupo terapêutico como fonte de esperança e de melhoria de vida. Analisamos que o encontro no grupo terapêutico promoveu transformações na vida dos entrevistados, mas que só ocorreram porque era um espaço coletivo, que permitiu o compartilhamento de ideias e sofrimentos individuais mas que têm sentido e significado na convivência com o outro. O elemento coletivo grupal permite as identificações com a história do outro e apontam para o alívio do sofrimento e sentimentos de bem-estar, e esperança (BRUNOZI et al, 2019, p. 8).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção e o planejamento do cuidado em saúde mental na APS são imprescindíveis nos tempos atuais, principalmente, em territórios marcados pela pobreza, violência armada, desigualdades sociais, ausência de políticas públicas e de investimentos em educação, cultura, lazer, etc. Nesse contexto, o olhar para o sofrimento psíquico ganha espaço, traz desafios e convoca os profissionais de saúde a repensar conceitos e formas de lidar com a saúde mental.

Diante das adversidades enfrentadas pelas equipes de SF no cuidado integral da saúde, os profissionais especialistas em saúde mental do NASF são fundamentais para a idealização, desenvolvimento e potencialização de procedimentos para o cuidado, considerando sempre, a demanda da população e a realidade de cada território (BRASIL, 2014, p. 17).

Considerando os obstáculos já citados enfrentados pela APS no cuidado em saúde, bem como, enfatizando a complexidade vivenciada por quem passa por um sofrimento psíquico, o conceito de *recuperação pessoal* nos oferece uma maneira de explorar aspectos que facilitam o processo de recuperação e auxiliam na melhora da qualidade de vida.

Neste trabalho, pretendemos investigar o processo de sofrimento psíquico e recuperação através das narrativas das pessoas atendidas em grupos terapêuticos na APS, sob a luz do conceito de *recuperação pessoal*.

Para alcançarmos essa compreensão, estabelecemos quatro objetivos específicos: 1- conhecer os fatores pessoais que favorecem o processo de recuperação pessoal; 2- conhecer os aspectos do serviço que facilitam o processo de recuperação pessoal; 3- identificar e analisar o significado do grupo terapêutico da APS no processo de recuperação pessoal e 4- oferecer devolutiva aos participantes dos grupos e aos profissionais das equipes de SF dos referidos CMSs (sobre os fatores pessoais, os aspectos do serviço e a função dos grupos terapêuticos, no processo de sofrimento psíquico e recuperação pessoal) com intuito de contribuir para a assistência e educação continuada relacionadas aos cuidados em saúde mental na APS.

O primeiro objetivo foi conhecer os fatores pessoais que favorecem o processo de *recuperação pessoal*. Encontramos relatos sobre a importância de realizar atividades da vida cotidiana de forma independente e atividades que promovem bem-estar, principalmente, as atividades significativas que geram propósito e fazem sentido, como a religião/espiritualidade. A realização destas atividades torna mais fácil o manejo dos sintomas e das dificuldades da vida.

A maioria dos participantes mencionou que ter tido uma rede de apoio, seja através do vínculo estabelecido com os profissionais de saúde e CMSs, seja na construção de laços afetivos e sociais nas atividades exercidas na vida: convívio com familiares e amigos, trabalho, atividade física, lazer, prática religiosa/espiritual, foi imprescindível para o processo de *recuperação pessoal*.

Acreditamos que esses fatores favoreceram a sensação de bem-estar, aumentaram a auto-estima, a esperança e o empoderamento, especialmente, pelos participantes terem se sentido amparados afetiva e socialmente, e terem recebido assistência em saúde mental para suas demandas.

Salientamos para o entendimento que as pessoas identificaram estratégias pessoais de autocuidado de forma independente, ou seja, sem ajuda profissional, fato para os profissionais de saúde se atentarem para questionarem no momento do atendimento e também poderem reforçar como forma de cuidado.

Em relação ao segundo objetivo de conhecer os aspectos do serviço de saúde que facilitaram o processo de *recuperação pessoal*, ressaltamos a importância do entrevistado sentir-se compreendido e acolhido pelo profissional de saúde logo no início da busca por atendimento.

Reforçamos que o primeiro acolhimento da queixa, pode ser realizado por qualquer profissional de saúde e possibilita maior resolubilidade da equipe no caso de pessoas que necessitam de apoio psicossocial. Este acolhimento fortalece a construção do vínculo da pessoa em sofrimento psíquico com o profissional e o CMS, e conseqüentemente, torna-se fator determinante em todo percurso do tratamento.

O acolhimento da queixa de maneira cuidadosa e humanizada contribui para uma escuta qualificada do sofrimento psíquico, o que acarreta uma avaliação e direcionamento adequados da demanda para o grupo terapêutico.

A potência da APS por estar no território, construir vínculos e assim planejar estratégias de intervenção em saúde de acordo com as necessidades da população, convida e proporciona aos profissionais da SF o contato direto com o sofrimento psíquico. As intervenções possíveis e com bons resultados se referem à boa comunicação, empatia, escuta, acolhimento e oferta de suporte orientado às demandas considerando também a responsabilidade da pessoa em seu cuidado (BRASIL, 2013, p. 23).

Conforme as diretrizes da PNSM e da RPB, o cuidado em saúde mental é ir além do foco no atendimento especializado. É pensar e trilhar práticas de saúde humanizadas que permitam a liberdade, a autonomia, a inclusão social e o respeito. Essas práticas necessitam

ser construídas em conjunto pela população assistida e profissionais para fazerem sentido e atingir sua função de algum acolhimento ao sofrimento psíquico (BRASIL, 2013).

O fato de ter havido profissionais de saúde mental do NASF como coordenadores do grupo terapêutico e a existência do dispositivo de grupo no CMS como recurso de cuidado do sofrimento, reforçou o entendimento da população e dos profissionais de que o cuidado em saúde mental é atribuição das equipes de SF. Além disso, facilitou o encaminhamento da demanda de sofrimento psíquico para o grupo terapêutico pelos profissionais das CMSs, e evitou a espera por cuidados em saúde mental, já que o grupo ocorria semanalmente.

O acolhimento da demanda pelo sistema de saúde, considerando as unidades de saúde e profissionais, aumenta a esperança de que a ajuda profissional pode ser efetiva e necessária em determinados momentos do sofrimento psíquico e propicia a melhora da qualidade de vida.

O terceiro objetivo pesquisado foi o de identificar e analisar o significado do grupo terapêutico no processo de *recuperação pessoal*. Observamos nas narrativas dos entrevistados sobre o tema, o relato de aumento da esperança por se sentirem acolhidos e compreendidos pelos profissionais de saúde e outros integrantes do grupo, como também, identificação com as dores e dificuldades dos mesmos.

O grupo terapêutico foi entendido como um espaço para o autoconhecimento, identificação com a dor do outro, empatia, acolhimento, ajuda mútua, suporte dos profissionais de saúde, socialização, aprendizado quanto ao manejo dos sintomas, das dificuldades.

Os entrevistados relataram que a participação no grupo terapêutico proporcionou maior sensação de empoderamento, capacidade de se perceberem realizando atividades com propósito, inclusão social, cidadania, superação de estigmas e preconceitos.

Acrescentamos que o incômodo relatado sobre a participação no grupo terapêutico refere-se à dificuldade no sigilo, visto que o grupo é aberto, com rotatividade de participantes e acontece no local de moradia das pessoas, o que pode implicar em um conhecimento prévio dos participantes. Por esse motivo, a necessidade de todo grupo terapêutico construir regras de relacionamento entre seus frequentadores.

Outro incômodo relatado foi a participação de pessoas em grave sofrimento psíquico, que necessitam de outro tipo de encaminhamento de cuidados em saúde mental, mas que frequentam o grupo como mais um suplemento ao tratamento especializado, exatamente pela condição de gravidade, ou pela dificuldade de recursos e acesso ao serviço especializado. A avaliação da participação no grupo de pessoas nesta condição deve ser feita levando-se em

conta o benefício individual e a dinâmica do grupo, visto que devemos também preservar o bom funcionamento e a integração dos participantes do grupo.

Por último, o objetivo de oferecer devolutiva aos participantes dos grupos e aos profissionais das equipes de SF dos referidos CMSs (sobre os fatores pessoais, os aspectos do serviço e a função dos grupos terapêuticos, no processo de sofrimento psíquico e recuperação pessoal) tem o intuito de contribuir para a assistência e educação continuada aos cuidados em saúde mental na APS, umas das prerrogativas do ApM (BRASIL, 2010). A realização desta devolutiva ocorrerá após conclusão do presente trabalho.

Este trabalho identificamos o grupo terapêutico como uma ferramenta de cuidado do sofrimento psíquico na APS, como dispositivo de atenção psicossocial e consonante com os aspectos da *recuperação pessoal*, à medida que as pessoas percebem suas responsabilidades e autonomia no cuidado em saúde mental, elicia a esperança, combate o estigma e preconceito, e promove socialização.

Os resultados demonstram que o ApM às equipes de SF colabora na construção de uma clínica ampliada e provoca o diálogo interdisciplinar entre as profissões, proporcionando maior autonomia das pessoas assistidas, maior efetividade e resolutividade do trabalho nos territórios (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400). Desta maneira, o grupo terapêutico pode ser entendido como ferramenta de promoção e prevenção da saúde mental na APS.

O conceito de *recuperação pessoal* tem sido bastante pesquisado no Brasil com pessoas em sofrimento psíquico grave, em sua maioria frequentadores de CAPS com hipótese diagnóstica de esquizofrenia (PRESOTTO et al, 2013; RICCI, 2017 e SERPA Jr. et al, 2017). No campo da saúde mental, há a compreensão de que um conjunto de fatores da personalidade e socioculturais contribuem para a melhora do adoecimento (físico e psíquico), entretanto o termo *recuperação pessoal* - com todas as suas implicações nos serviços e para os profissionais - parece ainda desconhecido para a maioria dos profissionais que trabalham em serviços diferentes dos CAPS.

De acordo com as diretrizes da PNSM, o tema *recuperação pessoal* se adequa a visão de cuidado em saúde mental que deve ser praticada na APS, ou seja, de forma integral e longitudinal, utilizando recursos do território, valorizando a inclusão social e respeitando os direitos da pessoa em sofrimento.

Nossa investigação ao se limitar aos temas conceituais da *recuperação pessoal*, não desconsidera a influência de outros aspectos, internos e externos, da pessoa como determinantes na trajetória de melhora do sofrimento psíquico. Essa pesquisa buscou investigar aspectos do tema na trajetória de melhora da qualidade de vida e na recuperação

das pessoas que buscaram auxílio na APS, compreendendo e considerando o significado de *recuperação pessoal* como amplo. Notamos que os temas referentes à *recuperação pessoal* se inter relacionam como formas de autocuidado, bem-estar, alívio dos sintomas e enfrentamento dos desafios da vida.

Até o momento de sua realização, não foram encontradas pesquisas brasileiras com o enfoque do tema na APS, reforçando a necessidade de mais estudos na área.

## 7 REFERÊNCIAS

- ADEPONLE, A.; WHITLEY, R.; KIRMAYER, L. Cultural contexts and constructions of recovery. In: Abraham Rudnick (org). **Recovery of People with Mental Illness: Philosophical and Related Perspectives**. United Kingdom: Oxford University, 2012. p.109-132. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/med/9780199691319.003.0008>>. Acesso em: 15 jun. 2020.
- ALVES, T.C.; OLIVEIRA, W.F. de; VASCONCELOS, E.M. A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. **Physis: Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 51-71, maio. 2013.
- AMARANTE, P.; NUNES, M.O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun. 2018.
- ANTHONY, W.A. Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. **Psychosocial Rehabilitation Journal**, v. 16, no. 4, p. 11-23, 1993. Disponível em: <<https://doi.org/10.1037/h0095655>>. Acesso em: 8 jun. 2021.
- BACCARI, I.O.P.; CAMPOS, R.T.O.; STEFANELLO, S. Recovery: revisão sistemática de um conceito. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 125-136, jan. 2015.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016. 139 p.
- BIRINGER, E. et al. Coping with mental health issues: subjective experiences of self-help and helpful contextual factors at the start of mental health treatment. **Journal of Mental Health**, v. 25, no. 1, p. 23-27, 2016a. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3109/09638237.2015.1078883>>. Acesso em: 15 jul. 2022.
- BIRINGER, E. et al. Experiences of support in working toward personal recovery goals: a collaborative, qualitative study. **BMC Psychiatry**. v. 16, no 1, p. 1-17, 2016b. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27887587/>>. Acesso em: 15 jul. 2022.
- BORG, M.; DAVIDSON, L. The nature of recovery as lived in everyday experience. **Journal of Mental Health**, v. 17, no. 2, p. 129-140, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/09638230701498382>>. Acesso em: 10 jun. 2021.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília (DF): OPAS; 2005. 56 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica no. 27. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica no. 34.** Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 173 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica no. 39.** Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Vol.1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 118 p.

\_\_\_\_\_. Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Ministério da Saúde. Brasília, DF, 21 out. 2011. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 15 dez. 2019.

BRUNOZI, N.A. et al. Grupo terapêutico em saúde mental: percepção de usuários na atenção básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40. p. 1-9, out. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190008>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

CAMPOS, G.W.S. de; Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, jul. 2000.

CAMPOS, G.W.S. de; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, R.T.O. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4643-4652, dez. 2011.

\_\_\_\_\_. et al. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2847-2857, maio. 2013.

CHIAVERINI, D. H.(org). **Guia Prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 236 p.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **1º Colóquio Internacional em Recovery.** Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/pesquisadores-e-usuarios-debtem-saude-mentalcidadania-e-reconhecimento>> Acesso em: 02 nov. 2019.

COSTA, M.N. Recovery como estratégia para avançar a reforma psiquiátrica no Brasil. **Cad. Bras. de Saúde Mental**, v. 9, n. 21, p. 01-16, abril. 2017.

DAHL, C. et al. Suporte interpares no contexto de uma pesquisa clínica: Dificuldades, facilitadores e experiências significativas no processo de trabalho. **Cad. Bras. de Saúde Mental**, v. 9, n. 21, p.179-198, 2017.

DAVIDSON, L.; LAWLESS, M.S.; LEARY, F. Concepts of recovery: Competing or complementary? **Curr Opin Psychiatry**, v. 18, no 6 p. 664–667, nov. 2005. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16639093/>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

DAVIDSON, L.; ROE, D. Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. **Journal of Mental Health**, v. 16, no. 4: p. 459-470, jul. 2009. Disponível em: <<https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/09638230701482394>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

DAVIDSON, L. et al. Peer Support Among Adults with Serious Mental Illness: A Report from the Field. **Schizophrenia Bulletin**, v. 32, no. 3, p. 443-450, jul. 2006. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16461576/>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. et al. Recovery in Serious Mental Illness: A New Wine or Just a New Bottle? **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 36, no. 5, p. 480–487, out. 2005. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/232516480>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Revisiting the Rationale and Evidence for Peer Support. **Psychiatric Times**, v. 35, no. 6, jun. 2018. Disponível em: <<https://www.psychiatristimes.com/view/revisiting-rationale-and-evidence-peer-support>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

DEEGAN, P. Recovery as a journey of the heart. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, v. 19, no. 3, p. 91-97, 1996. Disponível em: <<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0101301>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

DUARTE, T. Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. **Análise Psicológica**, v. 25, n. 1, p. 127-133, jan. 2007. Disponível em <<https://doi.org/10.14417/ap.434>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

FARKAS, M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. **World Psychiatry**, v. 6, no.2, p. 68-74, jun. 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2219905/>>. Acesso em: 15 nov. 2021.

FONTANELLA, B.J.M.; RICAS, J.; TURATO, E. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. de Saúde Pública**. v. 24, n.1 pp. 17-27, jan. 2008.

FORTES, S.; VILLANO, L.A.B.; LOPES, C.S. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns de pacientes atendidos nas unidades do Programa saúde da Família (PSF) em Petrópolis, Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 30, n. 1, p. 32-37, mar. 2008.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Disponível em: <<http://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo/57>>. Acesso em: 9 abr. 2021.

GONÇALVES, L.L.M.; CAMPOS, R.T.O. Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, nov. 2017.

GRAY, D.E. **Pesquisa no mundo real**. Tradução de Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed; Penso, 2012, 488 p.

GRIGOLO, T.M. et al. Plano pessoal de ação para bem-estar e recovery: experimentando o "WRAP" no BRASIL. **Cad. Bras. de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 9, n. 21, p. 300-320, abr. 2017.

LEAL, E.M.; MUÑOZ, N.M.; SERPA Jr, O. D. Além da compulsão e da escolha: autonomia, temporalidade e recuperação pessoal. **Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 22, n. 1, p. 130-149, maio. 2019 . Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1415-4714.2018v22n1p130.8>>. Acesso em: 20 jun. 2022.

LEAMY, M. et al. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. **British Journal of Psychiatry**, v. 199, no. 6, p. 445-452, dez. 2011. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22130746/>>. Acesso em: 20 jun. 2021.

LOPES, T.S. et al. O processo de restabelecimento na perspectiva de pessoas com diagnóstico de transtornos do espectro esquizofrênico e de psiquiatras na rede pública de atenção psicossocial. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 558-571, out. 2012.

LUCCHESI, R. et al. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 200-207, jun. 2014.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 8, p. 1639-1648, ago. 2006.

MENEZES, A.L.A. et al. Narrativas de sofrimento emocional na Atenção Primária: contribuições para uma abordagem integral culturalmente sensível em Saúde Mental Global. **Interface**, Botucatu, v. 23, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.170803>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

MENTAL HEALTH COMMISSION OF CANADA. **Recovery Guidelines Ottawa**, 2015. Disponível em: <[www.mentalhealthcommission.ca](http://www.mentalhealthcommission.ca)>. Acesso em: 02 nov. 2019. 98 p.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. 416 p.

MINOZZO, F. et al. Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. **Fractal: Rev. de Psicologia**, v. 24, n. 2, p. 323-340, set. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1984-02922012000200008>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

NASCIMENTO, N.S. do et al. Grupo de trabalho recovery: um olhar para si. **Cad. Bras. de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 9, n. 21, p. 271-281, abr. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE e ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA (WONCA). Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global, Lisboa, 2009. 232 p.

PEEBLES, S.A. et al. Recovery and Systems Transformation for Schizophrenia, **Psychiatric Clinics of North America**, v. 30, no. 3, p. 567-583, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.psc.2007.04.009>>. Acesso em: 02 nov. 2019.

PEIXOTO, M. M. e SERPA Jr, O. D. “Eu fui no peito e na raça”: fotografias e narrativas da vida no território de usuários da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 03, p. 979-988, mar. 2022.

PITTA, A.M.F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

PRESOTTO, R.F. et al. Experiências brasileiras sobre participação de usuários e familiares na pesquisa em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2837-2845, out. 2013.

RICCI, E.C. Entre serviços e experiências de adoecimento: narrativas e possibilidades de recovery em saúde mental. **Cad. Bras. de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 9, n. 21, p. 212-228, abr. 2017.

SERPA Jr., O.D. et al. Relatos de experiências em recovery: usuários como tutores, familiares como cuidadores/pesquisadores e efeitos destas práticas em docentes e pesquisadores em saúde mental. **Cad. Bras. de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 9, n. 21, p. 250-270, abr. 2017.

SILVEIRA, A.R. et al. Recovery e experiência brasileira na atenção psicossocial: diálogos e aproximações. **Cad. Bras. de Saúde Mental**, Florianópolis, v.9, n.21, p. 17-30, abr. 2017.

SLADE, M. **Personal recovery and mental health illness - A guide for mental health professionals**. Cambridge University Press, New York, EUA, 2009. 288 p.

SÆLØR, K.T. et al. "Hope and recovery: a scoping review", **Advances in Dual Diagnosis**, v. 7, no. 2, p. 63-72, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1108/ADD-10-2013-0024>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan.-abr. 2002.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2012. 176 p.

VASCONCELOS, E.M. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias**. São Paulo: Paulus; 2003. 384 p.

\_\_\_\_\_. **Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental**. Brasília, DF, 2013, 231p.

VIDAL, C.E.L. et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 457-464, 2013.

WENCESLAU, L.D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1121-1132, dez. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Health Action Plan 2013-2020**. Geneva, Switzerland. Who Library Cataloguing-in-publication Data, 2013. 50 p.

## 8 ANEXOS

### ANEXO 1 - Roteiro de entrevista semi-estruturada

A seguir há perguntas sobre seu processo de sofrimento psicológico, emoções ou sentimentos desagradáveis que lhe trazem ou traziam sofrimento, e sobre sua recuperação, fatores que lhe ajudaram a se sentir melhor.

1. Quais habilidades, capacidades pessoais ou iniciativas que você teve, que avalia como importantes para se sentir melhor?
2. De que forma seus amigos ou familiares lhe ajudaram no momento de sofrimento e na sua recuperação? Alguma pessoa em especial foi importante
3. Durante seu processo de recuperação, você recebeu algum apoio de alguma instituição ou serviço não governamental situado no bairro ou próximo do local onde mora? Se sim, qual tipo?
4. Em algum momento você percebeu ou sentiu preconceito das pessoas por estar em sofrimento psíquico ou estar em acompanhamento de saúde devido a esta questão?
5. Como você avalia o primeiro acolhimento ao chegar à unidade de saúde em busca de ajuda? Qual profissional lhe recebeu?
6. Como você avalia a primeira consulta que recebeu pelo profissional de saúde? Qual profissional lhe atendeu?
7. Houve algo dito ou feito por este profissional que lhe chamou a atenção ou que fez a diferença para você naquele momento?
8. Como você conheceu o grupo terapêutico da unidade de saúde?
9. Como você avalia sua experiência no grupo terapêutico? Como você se sente ao participar do grupo?

## **ANEXO 2 - Termo De Consentimento Livre E Esclarecido**

Conforme Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário da pesquisa intitulada **“Narrativas de pessoas em sofrimento psíquico atendidas na Atenção Primária à Saúde e o conceito de *recovery*”**. Este projeto tem por objetivo (1) conhecer de forma aprofundada as experiências vividas por pessoas como você, que passou por um processo de sofrimento psicológico e procurou auxílio no Centro Municipal de Saúde, (2) identificar os fatores que ajudaram na sua recuperação e (3) compartilhar, sob responsabilidade da pesquisadora, o vídeo ou áudio da sua entrevista, na íntegra ou partes dela, juntamente com entrevistas de outras pessoas, na íntegra ou partes dela, que como você, adoeceu e se recuperou.

Para isto, as entrevistas serão gravadas em vídeos ou áudios, dependendo da sua escolha como participante da pesquisa. Desta forma, acreditamos que poderemos entender o que sentem e pensam as pessoas em sofrimento psicológico. Com a sua autorização da gravação de áudio ou vídeo da entrevista, pretendemos contribuir para que os participantes da pesquisa e os profissionais das equipes de Saúde da Família, da Unidade de Saúde onde os participantes se tratam, possam conhecer aspectos importantes que facilitaram sua recuperação e de outras pessoas em situação semelhante, melhorando os cuidados em saúde mental.

Sua participação nessa pesquisa se dará através de uma entrevista individual, que poderá durar entre 30 e 60 minutos, e acontecerá na Unidade de Saúde, em ambiente adequado, confortável e protegido com relação a interrupções. Na entrevista, o pesquisador pedirá para que você fale como se sentiu desde o primeiro momento da descoberta do seu sofrimento psicológico e como foi sua vivência durante o processo de adoecimento e tratamento. Você não é obrigado a responder todas as perguntas. Se alguma pergunta o incomodar, você é livre para não responder a esta pergunta. Se você preferir, a entrevista poderá ser dividida em dois momentos para que você se sinta mais confortável. Se você quiser interromper sua entrevista e sua participação na pesquisa, basta você comunicar ao pesquisador, e isto não lhe causará nenhum prejuízo.

Dois a três meses após a sua entrevista, serão enviadas a você as partes selecionadas pela pesquisadora por meio eletrônico e você acessará no seu celular ou no seu computador. Você combinará com a pesquisadora se o envio será por WhatsApp ou por e-mail ou por outro meio eletrônico, que seja mais conveniente. Neste momento, apenas você e a pesquisadora terão conhecimento da sua entrevista e das partes selecionadas que podem vir a ser

compartilhadas publicamente. Você poderá concordar em compartilhar todas as partes selecionadas e poderá escolher se há alguma parte que não quer que seja compartilhada publicamente. Caso você não concorde que o material seja divulgado, é assegurado o seu direito de não compartilhamento público de sua voz e imagem. Esta decisão será respeitada, independente da opção que você assinalou neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, quando iniciou sua participação nesta pesquisa.

**Garantia de acesso aos pesquisadores:** esta pesquisa prevê o respeito aos princípios estabelecidos em pesquisas com seres humanos dispostos na Resolução nº466/12, e em qualquer fase, você terá pleno acesso à pesquisadora responsável, Alita Helena Couto Massafra, pelo telefone (21) 98826-2962 ou pelo e-mail: [alitamassafra58@gmail.com](mailto:alitamassafra58@gmail.com). Se você tiver alguma consideração ou dúvida ética sobre esta pesquisa, poderá entrar em contato com os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro através do endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16 – 4 andar, Centro – Cep: 20.031-040. Telefone: 2215-1485. E-mail: [capmsrj@rio.rj.gov.br](mailto:capmsrj@rio.rj.gov.br). O horário de atendimento ao público é de 2ª a 6ª feira de 9:00 às 16:00. Em dias de reunião não há atendimento ao público. E, também, pelo CEP da Escola de Enfermagem Anna Nery (HESFA/UFRJ), no endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275, Cidade Nova, Cep: 20.211-110. Telefone: 3938-0962 ou por e-mail: [cepeeahesfa@eean.ufrj.br](mailto:cepeeahesfa@eean.ufrj.br); [cepeeahesfa@gmail.com](mailto:cepeeahesfa@gmail.com). Atendimento de segunda a sexta, de 8:00 às 13:00. O Comitê de Ética é formado por um grupo de pessoas que realizam a análise ética de projetos de pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil. Ele tem atenção sobre a segurança, proteção e garantia dos direitos dos participantes de pesquisa.

**Garantia de liberdade:** sua participação não é obrigatória, e não sendo necessário responder todas as perguntas da entrevista. A qualquer momento, você é inteiramente livre para desistir de participar e retirar seu consentimento, comunicando à pesquisadora responsável, sem que isso cause qualquer prejuízo a você ou ao seu tratamento. Caso seja o seu desejo retirar a autorização para divulgação de sua imagem, solicitamos que entre em contato conosco pelos recursos de comunicação informados no presente Termo.

**Direito de confidencialidade e acessibilidade:** os dados colhidos nesta pesquisa serão utilizados para elaborar artigos científicos, para serem divulgados em congressos da área de saúde e como devolutiva aos participantes da pesquisa e aos profissionais das equipes de Saúde da Família, da Unidade de Saúde pela qual é acompanhado(a). Por isso, sua participação NÃO SERÁ anônima, pois sua imagem (vídeo) ou sua voz (áudio) serão divulgadas como forma de ajudar no tratamento de outras pessoas que sofrem emocionalmente e na educação continuada dos profissionais de saúde.

**Despesas e compensações:** As despesas financeiras com transporte, alimentação e qualquer outro gasto, que você possa ter para poder participar desta pesquisa, serão pagas a você pelo pesquisador no mesmo dia da sua participação. Você não terá, em nenhum momento, prejuízos ou quaisquer ganhos financeiros. Você terá garantido o seu direito a buscar indenização por danos decorrentes da pesquisa" (Resolução CNS nº 466 de 2012, itens IV.3 e V.7; e Código Civil, Lei 10.406 de 2002, artigos 927 a 954, Capítulos I, "Da Obrigação de Indenizar", e II, "Da Indenização", Título IX, "Da Responsabilidade Civil").

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido serve para garantir que você recebeu todas as informações necessárias para participar desta pesquisa. Você deve pedir quaisquer esclarecimentos à pesquisadora responsável sempre que julgar necessário, e a mesma se compromete a zelar pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa.

Com a autorização dada neste Termo, você nos permitirá que o seu relato de experiência de sofrimento psicológico seja analisado e contribua para trabalhos científicos na área da saúde, apresentações em congressos e divulgação a outros participantes e profissionais da Saúde da Família da Unidade de Saúde pela qual é acompanhado(a).

Os possíveis riscos de participar da pesquisa podem estar relacionados ao fato de relatar sua experiência lhe trazer algum sofrimento psicológico, através de lembranças de momentos importantes da sua vida; nesse caso, o participante poderá solicitar sua retirada da pesquisa a qualquer momento, sem apresentar justificativa e sem prejuízos ao seu tratamento. Se o participante não se sentir à vontade em continuar abordando o tema, ou se a pesquisadora perceber qualquer incômodo, o participante poderá interromper a entrevista e/ou comunicar seu incômodo à pesquisadora, no momento presente ou depois. Caso isso aconteça, ela procurará auxiliá-lo e se a ajuda não for suficiente, ela se responsabilizará por providenciar assistência psicológica e/ou psiquiátrica gratuita, se necessário for, e encaminhar o participante. A possibilidade desta intervenção se dará no serviço de psicologia do CMS Píndaro de Carvalho Rodrigues, com anuência de sua direção, ambulatório de referência das Unidades de Saúde nas quais serão realizadas a pesquisa, sem custos adicionais ao participante.

Os benefícios da participação nesta pesquisa estarão relacionados à reflexão acerca da sua experiência de adoecimento, do tratamento e da sua recuperação. O que poderá lhe proporcionar um efeito terapêutico, à medida que reconta sua experiência e encontra um espaço de acolhimento de sua fala e valorização de sua dor pessoal. Sua participação pode, ainda, ter benefícios indiretos, pois seu depoimento poderá ajudar pessoas em situações futuras.

Você receberá uma via deste Termo onde constam os contatos do CEP e da pesquisadora responsável, podendo esclarecer suas dúvidas sobre a sua participação, agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, é necessário que você assinale uma das duas opções abaixo, nos informando de forma clara se a sua participação será através de vídeo ou áudio e, também, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e outra da pesquisadora responsável, todas rubricadas em cada página e assinadas no final por você e pela pesquisadora responsável.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e concordo voluntariamente em participar da pesquisa proposta, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício. Declaro ter recebido uma via deste documento devidamente assinada pela pesquisadora responsável.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ .

Nome legível do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Alita Helena Couto Massafra

E-mail: [alitamassafra58@gmail.com](mailto:alitamassafra58@gmail.com) / Celular: (21) 98826-2962

### ANEXO 3 - Termo de Cessão de Direitos de Imagem e Voz

Eu \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa “**Narrativas de pessoas em sofrimento psíquico atendidas na Atenção Primária à Saúde e o conceito de *recovery***”, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha voz e imagem, como especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, a pesquisadora responsável do projeto de pesquisa a GRAVAR áudios e/ou vídeos da minha entrevista, necessários para a realização dos objetivos da pesquisa, sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Estou ciente que minha imagem e voz serão gravadas para possibilitar a transcrição e a análise da entrevista, e também para contribuir com devolutiva aos participantes dos grupos e aos profissionais das equipes de Saúde da Família sobre a importância dos fatores pessoais, aspectos do serviço e função dos grupos terapêuticos no processo de sofrimento psíquico e recuperação pessoal. Esta devolutiva colaborará para a assistência e educação continuada aos cuidados em saúde mental na Unidade de Saúde. AUTORIZO que a DIVULGAÇÃO seja feita de forma gratuita. Além disso, AUTORIZO o seu uso em artigos científicos e apresentação em congressos e seminários.

Esta pesquisa prevê o respeito aos princípios estabelecidos em pesquisas com seres humanos dispostos na Resolução nº466/12. Se você tiver alguma consideração ou dúvida ética sobre esta, poderá entrar em contato com os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro através do endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16 – 4º andar, Centro – Cep: 20.031-040. Telefone: 2215-1485. E-mail: [capmsrj@rio.rj.gov.br](mailto:capmsrj@rio.rj.gov.br). O horário de atendimento ao público é de 2ª a 6ª feira, de 9:00 às 16:00. Em dias de reunião não há atendimento ao público. E, também, pelo CEP da Escola de Enfermagem Anna Nery (HESFA/UFRJ), no endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275, Cidade Nova, Cep: 20.211-110. Telefone: 3938-0962 ou por e-mail: [cepeeahesfa@eean.ufrj.br](mailto:cepeeahesfa@eean.ufrj.br); [cepeeahesfa@gmail.com](mailto:cepeeahesfa@gmail.com). Atendimento de segunda a sexta, de 8:00 às 13:00.

Os possíveis riscos de participar da pesquisa podem estar relacionados ao fato de relatar sua experiência e trazer algum sofrimento psicológico, através de lembranças de momentos importantes da sua vida; nesse caso, o participante poderá solicitar sua retirada da pesquisa a qualquer momento, sem apresentar justificativa e sem prejuízos ao seu tratamento. Se o participante não se sentir à vontade em continuar abordando o tema, ou se a pesquisadora

perceber qualquer incômodo, o participante poderá interromper a entrevista e/ou comunicar seu incômodo à pesquisadora, no momento presente ou depois. Caso isso aconteça, ela procurará auxiliá-lo e se a ajuda não for suficiente, ela se responsabilizará por providenciar assistência psicológica e/ou psiquiátrica gratuita, se necessário for, e encaminhar o participante. A possibilidade desta intervenção se dará no serviço de psicologia do CMS Píndaro de Carvalho Rodrigues, com anuência de sua direção, ambulatório de referência das Unidades de Saúde nas quais serão realizadas a pesquisa, sem custos adicionais ao participante.

Os benefícios da participação nesta pesquisa estão relacionados à reflexão acerca da sua experiência de adoecimento, do tratamento e da sua recuperação. O que poderá lhe proporcionar um efeito terapêutico, à medida que reconta sua experiência e encontra um espaço de acolhimento de sua fala e valorização de sua dor pessoal. Sua participação pode, ainda, ter benefícios indiretos, pois seu depoimento poderá ajudar pessoas em situações futuras.

Caso concorde em participar desta pesquisa, é necessário que você assinale uma das duas opções abaixo, nos informando de forma clara se a sua participação será através de vídeo ou áudio e, também, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e outra da pesquisadora responsável, todas rubricadas em cada página e assinadas no final por você e pela pesquisadora responsável.

Por esta ser a expressão da minha vontade, declaro que autorizo o uso não comercial, sem que nada seja reclamado a título de direitos conexos ao uso de minha voz e minha imagem, nos termos da Lei de Direitos Autorais N° 9.610, de 19 de fevereiro de 1998.

Para que não haja nenhuma dúvida, assinalo abaixo minha opção:

- Autorizo a divulgação da minha imagem e da minha voz através de um **vídeo**: ( )
- Autorizo a divulgação apenas da minha voz através de um **áudio**: ( )

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_

Participante \_\_\_\_\_

Pesquisadora responsável: \_\_\_\_\_

Alita Helena Couto Massafra

E-mail: [alitamassafra58@gmail.com](mailto:alitamassafra58@gmail.com) / Celular: (21) 98826-2962