

LAÍS MENDONÇA DE SOUZA

**O PROCESSO DE *RECOVERY* EM PESSOAS COM EPISÓDIOS DEPRESSIVOS  
NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS COMUNITÁRIOS DE SAÚDE MENTAL**

São João del-Rei  
PPGSI-UFSJ  
2023

LAÍS MENDONÇA DE SOUZA

**O PROCESSO DE *RECOVERY* EM PESSOAS COM EPISÓDIOS DEPRESSIVOS  
NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS COMUNITÁRIOS DE SAÚDE MENTAL**

Trabalho de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia

Linha de Pesquisa: Instituição, Saúde e Sociedade

Orientador: Prof. Dr. Mário César Rezende Andrade

Coorientadora: Zlatka Russinova, Ph.D.

São João del-Rei  
PPGPSI-UFSJ  
2023

Ficha catalográfica elaborada pela Divisão de Biblioteca (DIBIB)  
e Núcleo de Tecnologia da Informação (NTINF) da UFSJ,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S729p Souza, Laís.  
O PROCESSO DE RECOVERY EM PESSOAS COM EPISÓDIOS  
DEPRESSIVOS NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS COMUNITÁRIOS DE  
SAÚDE MENTAL / Laís Souza ; orientador Mário César  
Rezende Andrade; coorientadora Zlatka Russinova. --  
São João del-Rei, 2023.  
93 p.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em  
Psicologia) -- Universidade Federal de São João del  
Rei, 2023.

1. Recovery. 2. Depressão. 3. Saúde Mental. I.  
Rezende Andrade, Mário César , orient. II.  
Russinova, Zlatka, co-orient. III. Título.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 74 / 2023 - PPGPSI (13.24)**

**Nº do Protocolo: 23122.040078/2023-81**

**São João del-Rei-MG, 09 de outubro de 2023.**

A Dissertação **O PROCESSO DE RECOVERY EM PESSOAS COM EPISÓDIOS DEPRESSIVOS NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS COMUNITÁRIOS DE SAÚDE MENTAL**

elaborada por **Laís Mendonça de Souza**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei como requisito parcial à obtenção do título de

### **MESTRA EM PSICOLOGIA**

#### **BANCA EXAMINADORA:**

Profa. Dra. Clarissa Mendonça Corradi-Webster (USP)  
Assinado por concordância com ata de defesa realizada por videoconferência

Profa. Dra. Zlatka Russinova  
Assinado por concordância com ata de defesa realizada por videoconferência

*(Assinado digitalmente em 09/10/2023 15:31 )*  
MARCELO DALLA VECCHIA  
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR  
DPSIC (12.25)  
Matrícula: 1542751

*(Assinado digitalmente em 11/10/2023 13:40 )*  
MARIO CESAR REZENDE ANDRADE  
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR  
DPSIC (12.25)  
Matrícula: 3042695

Visualize o documento original em <https://sipac.ufsj.edu.br/public/documentos/index.jsp>  
informando seu número: **74**, ano: **2023**, tipo: **ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO**, data de  
emissão: **09/10/2023** e o código de verificação: **ea08d16949**

LAÍS MENDONÇA DE SOUZA

**O PROCESSO DE *RECOVERY* EM PESSOAS COM EPISÓDIOS DEPRESSIVOS  
NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS COMUNITÁRIOS DE SAÚDE MENTAL**

São João del-Rei  
PPGPSI-UFSJ  
2023

LAÍS MENDONÇA DE SOUZA

**O PROCESSO DE *RECOVERY* EM PESSOAS COM EPISÓDIOS DEPRESSIVOS  
NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS COMUNITÁRIOS DE SAÚDE MENTAL**

Trabalho de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia  
Linha de Pesquisa: Instituição, Saúde e Sociedade

Orientador: Prof. Dr. Mário César Rezende Andrade  
Coorientadora: Zlatka Russinova, Ph.D.

São João del-Rei  
PPGPSI-UFSJ  
2023

## AGRADECIMENTOS

A depressão sempre perpassou a minha vida e a de minha família trazendo, repetidamente, muito sofrimento. O tratamento exclusivo com medicação contribuía parcialmente e temporariamente para a redução e eventualmente a remissão de sintomas. Mas devido à cronicidade da doença, ela sempre retornava, por vezes ainda mais forte.

Quando decidi fazer o mestrado e consultei o currículo do Prof. Dr. Mário César Rezende Andrade, tive o primeiro contato com o termo “*recovery*”. Pesquisando sobre o tema, me surpreendi com as possibilidades que aquele conceito abria para todos nós, que convivemos com a depressão. Aprender a lidar com as consequências da doença ao invés de esperar que ela passasse para seguir a vida mudou completamente minha visão sobre a necessidade de uma cura (que talvez nunca venha). Saber que a cura pode demorar ou nunca acontecer não é mais um fardo. As estratégias de enfrentamento que fui construindo me ajudam na busca de uma vida significativa apesar dos sintomas depressivos. Não eliminam a dor, mas amenizam o sofrimento. Poder dividir isso com outras pessoas na mesma situação têm grande valor para mim.

E é por isso que eu agradeço ao professor Mário pela oportunidade de me aprofundar no tema dessa dissertação e, assim, construir conhecimento que seja capaz de mudar vidas. O Mário foi muito além de um excelente orientador. Transformou-se em um grande amigo, o qual admiro profundamente não só pela competência profissional, mas pela humanidade, empatia, carinho e cuidado. Ele soube conduzir esses dois anos de trabalho de forma leve e foi capaz de me apoiar nos momentos mais difíceis. Eu sempre me senti confortada e compreendida e isso é inestimável.

Agradeço também aos meus pais Jairo e Denise, pelo apoio incondicional que sempre me deram. Mudar de carreira aos trinta anos não foi uma decisão fácil, mas eu tive comigo os melhores anjos que eu poderia ter. É para os braços deles que eu sempre corro nos momentos difíceis e sempre me sinto acolhida e amada incondicionalmente.

Aos meus irmãos, Ana Carolina e Maurício por serem tão maravilhosos e vibrarem sempre com cada conquista. Mesmo distantes, se fazem presentes com mensagens de carinho nos bons momentos e com alento, naquelas partes difíceis do caminho.

Ao meu namorado Caio, por ter sido meio esteio, o alicerce que me sustentou nessa jornada de muitos altos e baixos. Seu esforço diário na busca para me ajudar a suportar as cargas e para me deixar sempre mais feliz foram belas expressões de amor, pelas quais sempre serei grata.

Ao meu cachorro Fred, pelo amor puro que me dedica e que me renova todos os dias através de sua alegria quase infantil. Ele, por muitas vezes, me deu suporte com sua presença despreziosa e seu aconchego.

À Prof. Zlatka Russinova, Ph.D., por ter aceitado ser minha co-orientadora e ter contribuído tanto para a qualidade do trabalho, com a simpatia e o carinho de sempre. Contar com uma orientadora de tamanho renome internacional, mas que se coloca sempre de maneira tão humilde e aberta, foi sem dúvida, um grande presente.

Agradeço também à Dra. Norha Vera San Juan, por ter dividido comigo seus conhecimentos e por ter disponibilizado o roteiro de entrevistas tão bem desenvolvido por ela para nortear os diálogos com os participantes do presente estudo.

Aos Prof. Dr. Marcelo Dalla Vecchia e Prof.<sup>a</sup> Dra. Clarissa Mendonça Corradi Webster, por terem participado da minha banca de qualificação e terem, gentilmente, feito contribuições para o aprimoramento do projeto. São aos mesmo que eu, agora, apresento o projeto final com gratidão por estarem na minha banca de defesa. Ao professor Marcelo também agradeço por todo o suporte emocional e pela solicitude constante em auxiliar.

À Maria Alice Coelho, coordenadora do Núcleo de Saúde Mental de São João del-Rei, pela disposição em contribuir com o projeto e pela prontidão em atender a todas as demandas que se fizeram necessárias. Agradeço por dividir comigo suas vivências e seu amplo conhecimento e parabênico pelo lindo trabalho que realiza no Núcleo. Meu muito obrigado também às profissionais Célia e Vera e ao psicólogo Adelson pelo suporte.

À psicóloga Thaís Ferraz, que esteve comigo em um dos momentos mais difíceis e mais decisivos da minha vida. Obrigada pela escuta empática e pelo profissionalismo que me inspira até hoje. Foi pelo olhar atento da Thaís que eu, pela primeira vez, vislumbrei um caminho na pós-graduação.

Por fim, agradeço à Universidade Federal de São João-del rei e ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, pela oportunidade de desenvolver meu trabalho nesta renomada instituição de ensino.



## RESUMO

O *recovery* é entendido no campo da saúde mental como um processo de recuperação pessoal de indivíduos com transtorno mental, caracterizado pelo desenvolvimento e construção de uma vida significativa, apesar dos sintomas e suas consequências. Nas últimas décadas, o *recovery* tem recebido crescente atenção da literatura e dos sistemas de saúde mental, especialmente para as pessoas com psicose. No entanto, não há estudos no Brasil que investiguem como ocorre o processo de *recovery* em pessoas com depressão.

*Objetivo:* Este estudo objetivou compreender o processo de *recovery* de pessoas com episódios depressivos no contexto dos serviços comunitários de saúde mental brasileiros. O estudo também teve como objetivo identificar fatores que favorecem e dificultam o processo de *recovery* na depressão.

*Método:* Foi realizado um estudo qualitativo, incluindo dezesseis usuários do ambulatório de saúde mental da cidade de São João del-Rei, com diagnóstico principal de depressão. As narrativas foram coletadas por meio de entrevista estruturada e analisadas pelo método de análise temática.

*Resultados:* Os resultados indicaram que a maioria dos temas estavam em consonância com os domínios do referencial teórico CHIME, tendo “conexão com outras pessoas significativas” e “empoderamento” foram como os aspectos mais relatados. “Suporte social” e “espiritualidade” foram identificados como os dois principais elementos facilitadores do processo de *recovery*. As principais barreiras foram: isolamento social, estigma, falta de compreensão das outras pessoas sobre a perda da funcionalidade decorrente do transtorno e ausência de propósito ou sentido na vida.

*Conclusão:* Esses achados contribuíram para uma melhor compreensão do processo de *recovery* na depressão e dos suportes necessários para que pessoas com episódios depressivos possam construir e viver vidas significativas. A partir dos domínios, facilitadores e barreiras do processo de *recovery* identificados pela amostra e em consonância com a literatura, é possível aprimorar os serviços públicos oferecidos às pessoas com depressão. Isso pode ser feito influenciando o desenvolvimento de políticas públicas e serviços de saúde, aumentando a conscientização da comunidade e promovendo a desestigmatização.

Palavras-chave: *Recovery*; Depressão; Serviços de Saúde Mental.

## ABSTRACT

Recovery is understood within the field of mental health as a personal process in people with mental disorders, characterized by the development and construction of a meaningful life, despite the symptoms and their consequences. In the last decades, recovery has received a growing attention by the literature and mental health systems, especially for people with psychosis. However, there are no studies in Brazil that investigate how the recovery process occurs in people with depression.

*Objective:* This study aimed to understand the recovery process in people with depressive episodes within the context of Brazilian community mental health services. The study also aimed to identify factors that favor and hinder the recovery process in depression.

*Method:* A qualitative study was conducted, including sixteen users from the mental health outpatient clinic of city of São João del-Rei, with primary diagnosis of depression, participated in the study. Narratives were collected using a structured interview and analyzed through thematic analyses method.

*Results:* Results indicated that most of the themes were consonant with the domains of the CHIME framework, with “connection with significant others” and “empowerment” being the most reported aspects. “Social Support” and “spirituality” were identified as the two main facilitators of the *recovery* process. The main barriers were: social isolation, stigma, lack of understanding of other people about the loss of functionality resulting from the disorder and the absence of purpose or meaning in life.

*Conclusion:* These findings contributed to a better understanding of the *recovery* process in depression and types of supports needed by people with depressive episodes to build and live a meaningful life. Based on the recovery domains, facilitators and barriers identified by the sample and in line with the literature, it is possible to improve public services offered to people with depression. This can be done by influencing public policy and healthcare services development, increasing community awareness and promoting destigmatisation.

Keywords: Recovery; Depression; Mental Health Services.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1-	Domains of recovery process	47
Tabela 2-	Facilitators and barriers to the recovery process	47

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	-	Main facilitators and barriers per domain of CHIME framework	48
----------	---	--	----

## LISTA DE SIGLAS

APA	<i>American Psychological Association</i>
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CAPSad	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GAM	Gestão Autônoma da Medicação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde
PI	Psicoterapia Interpessoal
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCBM	Terapia Comportamental Baseada em Mindfulness
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TPeG	Terapia Psicoeducativa em Grupo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
WRAP	<i>Wellness recovery Action Planning</i>

## SUMÁRIO

<b>Apresentação .....</b>	<b>12</b>
<b>Revisão Bibliográfica .....</b>	<b>14</b>
<b>Depressão .....</b>	<b>14</b>
<i>Fatores de risco e de proteção.....</i>	<i>16</i>
<i>Epidemiologia da depressão.....</i>	<i>17</i>
<i>Tratamento .....</i>	<i>19</i>
<b>Recovery.....</b>	<b>20</b>
<i>Práticas orientadas ao recovery.....</i>	<i>24</i>
<i>A desinstitucionalização psiquiátrica e assistência em saúde mental no Brasil.....</i>	<i>27</i>
<i>Recovery na Depressão .....</i>	<i>31</i>
<b>Objetivos .....</b>	<b>37</b>
<b>Objetivo Geral .....</b>	<b>37</b>
<b>Objetivos Específicos .....</b>	<b>37</b>
<b>Artigo.....</b>	<b>38</b>
<b>Considerações Finais.....</b>	<b>66</b>
<b>Referências.....</b>	<b>67</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>76</b>
Anexo A .....	76
Anexo B .....	81
Anexo C .....	86
Anexo D .....	90

## Apresentação

A depressão é um transtorno comumente encontrado em populações do mundo inteiro. De acordo com os dados mais recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS) (World Health Organization, 2017), é estimado que 322 milhões de pessoas no mundo possuam esse transtorno. Isso equivale a 4,4% da população mundial, 5% da população adulta e 5,7% dos adultos acima de 60 anos. A prevalência da depressão varia de acordo com sexo e idade, sendo maior entre mulheres (5,1%) do que entre homens (3,6%) e atingindo um pico de casos entre adultos em idade mais avançada (7,5% entre mulheres entre 55 e 74 anos e 5,5% entre homens dessa mesma faixa etária). Entre 2005 e 2015, houve aumento de 18,4% nas taxas mundiais de pessoas com depressão.

No Brasil, as estatísticas também apresentam perspectiva de crescimento de casos de transtornos depressivos. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 (IBGE, 2019), 16,3 milhões de pessoas com mais de 18 anos sofrem com a doença, o que representa um aumento de 34,2%, de 2013 para 2019.

A depressão é caracterizada por tristeza, perda de interesse ou prazer em atividades que anteriormente eram prazerosas, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, distúrbios no sono e/ou apetite, cansaço e dificuldade de concentração. A depender do número e da gravidade dos sintomas, a depressão pode ser categorizada como leve, moderada ou grave (World Health Organization, 2017).

Mesmo transtornos depressivos leves são capazes de exercer impacto negativo na vida dos indivíduos, causando danos em sua saúde e em seu funcionamento social diário. Porém, quanto mais severa a depressão, maiores são as implicações na rotina das pessoas acometidas pelo transtorno. Segundo a OMS, a depressão é uma das principais doenças incapacitantes do mundo e está associada a 60% de todos os casos de suicídio (World Health Organization, 2016).

Os períodos de duração dos episódios de transtornos depressivos podem variar de poucos a muitos meses. Os riscos de recorrência são altos (entre 50 a 90%) e estão diretamente relacionados ao número de episódios anteriores (CANMAT, 2012). Outro aspecto que precisa ser considerado é que, mesmo quando em resposta ou remissão, os pacientes podem apresentar sintomas residuais (subsindrômicos), que são capazes de interferir no funcionamento social desses indivíduos (World Health Organization, 2016; Carneiro & Dobson, 2016).

Os altos índices de depressão e seu impacto social devem, não só, ser analisados com cuidado, mas também motivar a promoção de ações em políticas públicas para acolher as pessoas que estão em sofrimento por conta do transtorno. Entretanto, a abordagem psiquiátrica tradicional, baseada na remissão de sintomas como objetivo principal, apresenta algumas limitações no caso dos transtornos depressivos. Primeiro, porque existe alta possibilidade de reincidência de depressão em pessoas previamente diagnosticadas com a doença. Dessa forma, grande parte dos indivíduos com transtornos depressivos terão de lidar com os sintomas em mais de um episódio de crise durante a vida. Segundo, porque os episódios depressivos podem variar em termos de duração (de meses a anos) e, aguardar a remissão sintomática por períodos tão prolongados pode ter consequências catastróficas (Stotland, 2012; American Psychological Association (APA), 2021; World Health Organization, 2021).

Para lidar com um transtorno que pode acompanhar o indivíduo ao longo da vida, a solução poderia estar no desenvolvimento da capacidade de adaptação e aceitação da doença, paralela à busca pela atenuação dos sintomas. Desse modo, o conceito de *recovery* parece estar alinhado com a necessidade de trabalhar a capacidade subjetiva de desenvolvimento pessoal dos sujeitos, a fim de experienciarem uma vida satisfatória apesar da sintomatologia associada à depressão (Slade, 2009).

O conceito de *recovery* tem sido utilizado para descrever diferentes processos. Tais processos envolvem desde o estado de recuperação e restabelecimento de funções físicas, psíquicas e sociais (o que envolve a remissão sintomática e funcional) até a dimensão que considera a recuperação da esperança, reaquisição de algo perdido com a doença e mais qualidade de vida, considerando condições internas e externas ao sujeito (Baccari, Campos & Stefanello, 2015). Assim, trabalhar o conceito de *recovery* para pessoas diagnosticadas com transtornos depressivos parece não só adequado, quanto necessário para promover condições de uma vida mais significativa e funcional e com menos sofrimento para esses indivíduos.

O movimento de *recovery* tem se expandido mundialmente, a ponto de a Organização Mundial da Saúde ter sugerido a incorporação de práticas orientadas ao *recovery* nos serviços de saúde mental (World Health Organization, 2013, 2021). Apesar da propagação do conceito de *recovery*, a maior parte dos estudos têm focado em transtornos psicóticos, sendo poucos aqueles que abordam o *recovery* na depressão.

Dessa forma, o problema de pesquisa encontrado na literatura consultada foi a carência de pesquisas no Brasil que avaliem o *recovery* na depressão. Estudos brasileiros



sobre *recovery* ainda são escassos e os que estão disponíveis na literatura focam em pessoas com esquizofrenia ou transtornos mentais graves em geral (Agrest et al., 2021; Miranda, Almeida, & Villares, 2014; Lopes et al., 2012; Marques, Lacerda, Alves, Silveira, & Sampaio, 2022; Orsi, Silva, San Juan, & Oliveira, 2021; Ricci, Leal, La-Rotta, Onocko-Campos, & O'Connell, 2020; Vera San Juan, 2019).

Portanto, o presente trabalho objetivou compreender o processo de *recovery* de pessoas com episódios depressivos no contexto dos serviços comunitários de saúde mental brasileiros. O estudo também teve como objetivo identificar fatores que favorecem e dificultam o processo de *recovery* na depressão.

### **Revisão Bibliográfica**

Inicialmente, serão expostos uma conceituação de transtornos depressivos e os aspectos envolvidos no seu desenvolvimento, manutenção e tratamento. Em seguida, serão abordadas as definições e distinções do construto *recovery*. Também será apresentado um breve histórico sobre a desinstitucionalização psiquiátrica, assim como um panorama da assistência em saúde mental no Brasil atual. Por fim, serão apresentados os estudos que relacionaram os dois temas (depressão e *recovery*).

### **Depressão**

A depressão é uma condição médica usual, crônica e recorrente. Com frequência, compromete a saúde física e o bem-estar dos indivíduos acometidos pelo transtorno, além de estar associada à incapacitação funcional (Fleck et. al, 2003; Lepine, Mendlewicz & Tylee, 1997; Mueller et. al 1999; Keller et. al 1992; Wells et. al, 1989). O humor deprimido faz parte da experiência de vida do ser humano e, sob esse aspecto, é considerado normal e costumeiro. Contudo, em determinadas condições, pode levar a um estado de debilidade grave, angústia e, em certos casos, até mesmo à morte (Barnhill, 2015).

Na psiquiatria existe ambiguidades quanto às possibilidades de uso do termo depressão. Como sintoma, a depressão pode ser entendida como tristeza. Porém, como diagnóstico, a palavra pode ser aplicada a pessoas que afirmam não se sentir tristes. A depressão, portanto, pode se apresentar de diversas maneiras, com combinações de diferentes de sintomas, precipitantes distintos e diversas comorbidades (Barnhill, 2015).

Durante um episódio de depressão, a pessoa experiencia um humor depressivo (tristeza, irritabilidade ou sensação de vazio) e/ou uma perda de prazer em atividades que

antes eram consideradas prazerosas durante a maior do dia, quase todos os dias, por pelo menos duas semanas. Outros sintomas também podem se manifestar, como: dificuldade de concentração, sentimentos de culpa ou baixa auto-estima, desesperança no futuro, pensamentos sobre morte ou suicídio, distúrbios do sono e apetite, mudanças no peso corporal e falta de energia. Em alguns contextos culturais, indivíduos podem expressar as alterações de humor em forma de sintomas físicos, como dor, fadiga, fraqueza, ainda que tais sintomas não sejam decorrentes de nenhuma outra condição médica (World Health Organization, 2021; Kaplan and Sadock, 1984).

As manifestações somáticas (queixas físicas) podem encobrir outros sintomas afetivos e cognitivos da depressão (Fava, 2002). A alta prevalência de sintomas somáticos sem uma causa médica evidente pode indicar a possibilidade de que esses sintomas venham a ser considerados preditores clínicos de depressão em usuários da rede de atenção primária à saúde (Zorzetto Filho, 2009). Pacientes que apresentam sintomas somáticos têm mais risco de desenvolver transtornos depressivos (Hotopf et al, 1998; Barkow, Heun, Ustün, Maier, 2001; Patten, 2001; Terre et al, 2003). Igualmente, pacientes com depressão têm mais chance de desenvolver sintomas somáticos do que pacientes que não apresentam sintomas depressivos (Von Korff et al., 1993; Nakao et al., 2003).

Clinicamente, a depressão pode apresentar-se como um dos seguintes transtornos: transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-mestruar, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. Os transtornos depressivos de ordem bipolar não são incluídos na categoria de depressão. (APA, 2013).

Todos esses transtornos compartilham características como estados de humor triste, irritável ou sensação vazio juntamente com alterações cognitivas e somáticas que impactam de forma significativa a funcionalidade do indivíduo (APA, 2013). A distinção entre eles são duração, momento em que ocorre ou causas presumidas. O diagnóstico começa a ser considerado diante de relatos de sintomas psicológicos como tristeza profunda, perda dos interesses, dificuldade de concentração, desânimo, distúrbios do sono e do apetite.

O transtorno depressivo maior (TDM) representa a condição mais conhecida da depressão. Envolve diversos sintomas afetivos, cognitivos, somáticos e comportamentais. O TDM é caracterizado por episódios evidentes de alterações nítidas na expressão de sentimentos ou emoções (afeto), na cognição e em funções neurovegetativas. A duração

mínima deve ser de duas semanas (podendo durar mais) e as remissões acontecem entre os episódios depressivos (APA, 2013).

O transtorno depressivo persistente (distímia) é uma forma mais crônica de depressão. Nesse caso, as perturbações do humor são contínuas por pelo menos dois anos em adultos. Os sintomas são similares aos dos episódios de depressão maior, mas tendem a ser menos intensos e de duração inferior. Entretanto, alguns estudos mostram que o comprometimento do funcionamento social e ocupacional da distímia é maior do que o dos episódios depressivos, sugerindo que a causa esteja mais relacionada com o tempo de permanência dos sintomas do que com a intensidade dos mesmos. (Fleck et al., 2003). Há também o transtorno misto de ansiedade e depressão, em que a pessoa apresenta sintomas de ambos os transtornos sem que nenhum dos dois conjuntos de sintomas considerados separadamente seja intenso o suficiente para embasar o diagnóstico.

Com relação aos prejuízos de saúde e funcionais, os transtornos depressivos exercem um considerável efeito sob a vida dos indivíduos. Em cerca de dois terços dos pacientes com depressão, são os sintomas somáticos que dominam o quadro clínico. Os mais comuns são fadiga, queixas gástricas e dores em geral. Com relação ao nível de funcionamento e de bem-estar, tem sido apontado que pacientes com depressão ou sintomas depressivos tendiam a ter um pior funcionamento físico, social e profissional, pior condição atual de saúde percebida, maiores dores e mais dias de cama do que os pacientes com doenças crônicas (Wells et al., 1989).

### ***Fatores de risco e de proteção***

A depressão é resultado de uma complexa interação biológica, psicológica e social. Existem alguns fatores de risco para o acometimento pela depressão, sendo eles de origem bioquímica, genética, de personalidade e ambientais ((World Health Organization, 2021).

Em termos biológicos, aspectos bioquímicos e genéticos representam fatores de risco para o desencadeamento de quadros depressivos. O fator genético corresponde à presença de genes que predispõem à depressão. Há um alto nível de hereditariedade para esses genes (aproximadamente 40% quando parentes de primeiro grau manifestam sintomas). A personalidade constitui outro fator de risco, indicando que pessoas pessimistas, com baixa autoestima ou facilmente sobrecarregadas pelo estresse tendem a apresentar depressão ao longo da vida (APA 2021).

Fatores ambientais como exposição contínua à violência, negligência, abuso ou pobreza, podem aumentar a vulnerabilidade dos indivíduos ao acometimento por transtornos depressivos. (APA, 2021). Eventos adversos como desemprego, perda de outros significativos ou situações traumáticas diversas podem precipitar um quadro depressivo. Por outro lado, a depressão pode aumentar os níveis de estresse, levar à incapacidade funcional e piorar as situações já vivenciadas pelo indivíduo, de forma a retroalimentar o problema. (World Health Organization, 2021).

Com relação a fatores protetivos, a Organização Mundial da Saúde destaca aspectos universais, como acesso aos serviços de saúde e ações de promoção de saúde mental, incentivo à diminuição do uso de substâncias psicoativas, acesso a informações relevantes sobre saúde mental. Em populações vulneráveis, é indispensável que haja monitoramento e suporte às vítimas de abuso e situações traumáticas, pessoas afetadas por conflitos ou desastres e imigrantes ou refugiados. A OMS desenvolveu manuais de intervenção psicológica para leigos, a fim de descrever técnicas de ativação comportamental, gerenciamento de stress, solução de problemas e fortalecimento de suporte social. Essas iniciativas visam ampliar o repertório de enfrentamento das pessoas que sofrem com sintomas depressivos e buscam aumentar os fatores de proteção contra o transtorno. (World Health Organization, 2013). Estudos sugerem que maiores índices de escolaridade e autoeficácia também desempenham papel protetor contra a depressão (Serra Taylor & Irizarry-Robles, 2015).

### ***Epidemiologia da depressão***

Transtornos depressivos afetam aproximadamente 6,7% dos adultos e as estimativas indicam que 16,6% serão acometidos pela doença em algum momento de suas vidas (APA, 2021). Embora o primeiro episódio depressivo possa ocorrer em qualquer fase, a média de idade para a manifestação dos primeiros sintomas é de 30 anos de idade. As estatísticas indicam mais chances de depressão entre mulheres do que entre homens. Estima-se que em torno de um terço das mulheres experienciam episódios de depressão maior ao longo da vida (APA, 2013; Kessler et al., 2005).

Em 2016, o Brasil possuía de 20 a 36 milhões de pessoas com depressão, liderando o ranking de prevalência do transtorno entre as nações em desenvolvimento e abarcando 10% das pessoas com depressão no mundo. É estimado que a depressão e a ansiedade sejam responsáveis por uma perda anual de produtividade da ordem de um trilhão de dólares.

Transtornos depressivos constituem as principais causas de absenteísmo e presenteísmo no ambiente laboral e são a terceira causa de afastamento do trabalho no Brasil (Razzouk, 2016).

Em torno de 80% dos indivíduos que receberam tratamento para um episódio depressivo serão acometidos por um novo episódio ao longo da vida. A média de episódios depressivos no decorrer da vida é de quatro e a duração média de cada episódio é de 20 semanas. Aproximadamente 12% dos pacientes possuem transtornos depressivos crônicos, sem remissão de sintomas. (Fleck et. al 2003; Judd, 1997).

Apesar de haver tratamentos eficientes para o transtorno, mais de 75% das pessoas que vivem em países de baixa ou média renda não têm acesso aos cuidados de saúde. As principais barreiras que impedem que o tratamento seja disponível a todos são a falta de recursos, falta de profissionais de saúde treinados e o estigma social associado aos transtornos mentais. Em países com todos os níveis de renda, muitas pessoas que sofrem com sintomas depressivos não são diagnosticadas corretamente, enquanto outras que não possuem o transtorno são diagnosticadas com depressão e recebem prescrições de antidepressivos (Evans-Lacko et al., 2018).

No Brasil, em 2019, a prevalência de depressão na população geral (considerando pessoas acima de 18 anos) era de 10,2%, segundo a última Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019). Estudos desenvolvidos internacionalmente com populações clínicas mostram prevalência superior de depressão do que entre a população em geral (Fleck, 2003). Apesar de poucos os estudos sobre a prevalência de depressão em usuários de ambulatórios gerais e unidades de Atenção Primária e do Programa de Saúde da Família (PSF), algumas pesquisas apontam que a prevalência de transtornos mentais nessa população varia entre 38 e 56% (Zorzetto Filho, 2009).

Dentre os pacientes atendidos pela Atenção Primária, para 20% a 84% deles não são encontradas explicações orgânicas para seus sintomas somáticos (Kellner, 1985; Smith et al., 1995). Um estudo seccional realizado em cinco unidades do PSF do município de Petrópolis (RJ) verificou que queixas somáticas sem uma explicação possível de ser identificada são uma forma recorrente de apresentação dos transtornos mentais em pacientes atendidos pela Atenção Primária, representando 43% dos relatos. De acordo com a autora (Fortes, 2004), as queixas somáticas inexplicáveis constituem uma forma socialmente aceita de manifestação do sofrimento mental não só no Brasil, mas em outras populações ao redor do mundo.

Apesar dos altos custos pessoais, sociais e financeiros dos transtornos depressivos

(como a alta prevalência, sofrimento pessoal e de outros significativos, excesso de mortalidade, perda de produtividade e impactos na saúde), o investimento em saúde mental nos países de baixa média renda é menor do que 1% do orçamento da Saúde. Além disso, apenas 20 a 40% das pessoas diagnosticadas com transtornos mentais recebem tratamento (Carvalho et al., 2020).

### ***Tratamento***

No sistema público de saúde brasileiro (Sistema Único de Saúde – SUS), o tratamento de pessoas com depressão que não estejam em períodos de crise e que não possuam traços psicóticos, é feito nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nessa configuração, o usuário do serviço de saúde pública é encaminhado para um médico clínico geral, que será responsável por estabelecer um diagnóstico e direcionar a pessoa para o tratamento adequado (Martins, Braga e Alves, 2009).

Entretanto, de acordo com as Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Fleck et. al 2003), a depressão é pouco diagnosticada por médicos não-psiquiatras, sendo de 30% a 50% dos casos de depressão não diagnosticados. Os motivos do sub-diagnósticos podem estar relacionados a fatores como falta de treinamento, falta de tempo, descrença em relação à efetividade do tratamento, reconhecimento apenas dos sintomas físicos da depressão e identificação dos sintomas depressivos como uma reação compreensível ao contexto de vida experienciado pelo paciente no momento da consulta. Ademais, os pacientes também podem dificultar o estabelecimento do diagnóstico correto, em virtude do preconceito em relação à depressão e à descrença no tratamento.

A medicação é efetiva no tratamento de casos depressivos agudos, graves e moderados, melhorando os sintomas (resposta) ou eliminando-os (remissão). O índice de resposta para esses casos varia entre 50 e 65%, contra 25 a 30% da resposta mostrada por placebo em estudos clínicos randomizados. Para depressão leve, entretanto, os antidepressivos não são diferentes de placebo, já que uma boa resposta é observada em ambos (Fleck et. al, 2003).

Alguns estudos mostram que a psicoterapia cognitiva, a psicoterapia interpessoal e a terapia cognitiva com base em solução de problemas são efetivas no tratamento de depressão leve a moderada (Fleck, 2003). Várias modalidades de intervenção se mostram eficazes, com destaque para a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e o uso de medicação

antidepressiva. Apesar de muito eficaz em diversas situações, nem sempre o paciente é responsivo ao antidepressivo (Lam et al., 2013). Estudos apontam que metade dos pacientes responderiam a uma intervenção inicial com um antidepressivo padrão, mas que apenas um terço deles atingiriam a remissão clínica (SÜHS, 2014). Assim, a associação da medicação com tratamento psicoterápico configura-se em uma boa alternativa para o tratamento da depressão, especialmente para pacientes refratários ou relutantes ao uso de medicamentos (Clarke et al, 2016).

Uma revisão sistemática analisou 13 publicações com resultados sobre o uso de antidepressivos e de psicoterapia no tratamento da depressão. O estudo apontou que, em pacientes pediátricos, a associação do tratamento medicamentoso com a psicoterapia não reduziu o tempo de remissão de sintomas, mas foi capaz de diminuir o risco de recaída e aumentar o tempo estimado para a recaída, além de proporcionar mais tempo de bem-estar quando comparado apenas com o tratamento medicamentoso. Já em pacientes adultos, a TCC levou a uma melhora mais rápida e com menores taxa de recorrência em comparação com o uso de medicação. A Terapia Comportamental Baseada em Mindfulness (TCBM), a Psicoterapia Interpessoal (PI), a Terapia Psicoeducativa em Grupo (TPEG) e a Psicoterapia Breve Psicodinâmica, associadas ao tratamento com medicação também foram citadas na literatura como estratégias interventivas eficazes no tratamento dos transtornos depressivos. Em idosos, a combinação de medicamentos e intervenções práticas apresentou eficácia na redução das taxas de mortalidade e morbidade. A conclusão do estudo aponta que a associação entre psicoterapia e tratamento farmacológico traz bons resultados no tratamento da depressão em todas as faixas etárias, seja no aspecto de prevenção de recaídas, remissão de sintomas, redução de riscos ou promoção de bem-estar (Carvalho, Marques & Brito, 2018, junho).

### ***Recovery***

O *recovery* pode ser entendido ao mesmo tempo como um processo pessoal, um movimento no campo da saúde mental e um paradigma que orienta as práticas nesse campo. Como movimento, teve início na década de 70, nos Estados Unidos, por meio da confluência de duas correntes independentes. A primeira foi o movimento dos ex-pacientes psiquiátricos (também conhecidos como sobreviventes da psiquiatria) que se organizaram para fazer críticas à prática psiquiátrica então vigente. A insatisfação dos ex-pacientes centrava-se no tipo de tratamento que era oferecido aos portadores de transtornos mentais. O objetivo do

movimento era discutir estratégias que permitissem que pessoas com experiência de transtorno mental pudessem viver uma vida digna, autônoma e segura, apesar da intensidade e recorrência dos sintomas da doença (Costa, 2017).

Ao movimento dos ex-pacientes psiquiátricos juntou-se um outro, desta vez dentro do campo da pesquisa científica, com interesses em investigar pessoas diagnosticadas com transtorno mental grave que apresentavam uma melhora significativa e retornavam ao convívio social (Davidson, et al, 2005). Diferentes estudos, incluindo longas coortes que acompanhavam pessoas com transtornos graves na comunidade, trouxeram outras evidências de que transtornos mentais convencionalmente considerados crônicos e com poucas chances de recuperação, poderiam evoluir de forma clinicamente positiva (Harding et al, 1987; Watt, Katz & Sheperd, 1983).

As experiências dos ex-pacientes psiquiátricos, suas buscas por uma vida autônoma e participativa aliados as evidências científicas que corroboram que existem perspectivas de superação da doença mental, deram origem ao conceito de *recovery* na saúde mental. *recovery* aparece, nesse campo, com dois sentidos: *clinical recovery* e *personal recovery*. O primeiro sentido emergiu de pesquisas conduzidas por profissionais e considera que a recuperação do paciente é um resultado a ser alcançado, pode ser observado objetivamente, deve ser atestada por um especialista e não varia entre pessoas (Bellack, 2006; Slade, 2009).

Essa definição objetiva e cercada de critérios estabelecidos por terceiros passou a ser questionada não apenas por usuários, mas por pesquisadores do campo da saúde. Ruth Ralph e Patrick Corrigan (2005) argumentam que uma das principais questões pode estar relacionada ao fato de o *clinical recovery* ser entendido como um resultado e não como um processo. Eles questionam se a recuperação pode ser medida em termos de números de objetivos alcançados e levantam a questão do quanto de sucesso na vida poderia ser considerado normal (Ralph & Corrigan, 2005).

Dessa forma o segundo sentido estabelecido para *recovery* (*personal recovery*), propõe um conceito com base na perspectiva do paciente, com critérios individualizados e que variam entre pessoas, além de um parâmetro subjetivo de recuperação ou superação da doença. Sob esse ponto de vista, o *recovery* não preconiza, necessariamente, o desaparecimento do sofrimento, a remissão dos sintomas ou o restabelecimento completo das funcionalidades do indivíduo (Harrison, 1984; Slade, 2009). Entretanto, também não exclui a possibilidade de uma recuperação total e completa da doença mental (Fisher, 1998).

A principal proposta do conceito de *recovery*, portanto, é não esperar a remissão dos sintomas da doença para construir uma vida significativa, embora as esperanças de melhora



sintomática ainda possam estar presentes (Mizock & Russinova, 2016). O conceito é entendido, como uma melhora significativa no funcionamento pessoal e não uma “cura” completa da doença (Anthony, 1993; Deegan, 1996).

O *recovery* configura-se, portanto, como um processo único e pessoal, que parece ocorrer de forma paralela e complementar à recuperação clínica (Van Eck et al, 2018). Trata-se de um processo que está relacionado à mudança de foco das noções de cura e remissão dos sintomas da doença mental para as percepções de melhoria do próprio paciente e sua capacidade de alcançar um nível de satisfação pessoal, participação e contribuição para a sociedade apesar dos sintomas da doença (Baccari, et al., 2015).

A definição do termo mais citada na literatura aborda-o como um processo pessoal e único com o objetivo de conquistar uma forma de vida satisfatória, contributiva e com esperança realista, mesmo dentro das limitações da doença e enquanto manifestando sintomas. Tal processo envolve mudanças de atitudes, valores, sentimentos, objetivos, habilidades e papéis desempenhados socialmente. Isso se justifica pelo fato de que além da doença, as pessoas com transtorno mental também precisam se recuperar do estigma, das consequências iatrogênicas dos tratamentos, da falta de oportunidade de autodeterminação, dos efeitos do desemprego e dos sonhos destruídos (Anthony, 1993).

Sob essa perspectiva, o *recovery* é um processo que unifica a experiência humana porque todas as pessoas (independente do diagnóstico de transtorno mental) experienciam catástrofes na vida e precisam lidar com o desafio de superação desses processos dolorosos. O sucesso do *recovery*, entretanto, não muda o fato de que a experiência tenha ocorrido e de que os potenciais efeitos ainda possam estar presentes na vida dos indivíduos. (Slade, 2009)

Embora a marcas da experiência de sofrimento não possam ser apagadas, no processo de *recovery* a transformação acontece através da ressignificação das vivências. O papel que os fatos passam a desempenhar na vida dos indivíduos é modificado, saindo do foco principal da atenção e das preocupações da pessoa em sofrimento. O indivíduo se move no sentido de outros interesses ou atividades. (Anthony, 1993)

A ideia de processo é muito valorizada no conceito de *recovery* (Deegan, 1988), em oposição à ideia de um resultado final e estático como busca a perspectiva curativista. Apesar de ser um processo evolutivo, não é necessariamente de percurso linear, mas acontece em um momento determinado da vida dos indivíduos (Duarte, 2007).

Por ser uma jornada pessoal, o *recovery* é mais bem definido por cada sujeito. Entretanto, existem algumas características em comum nas experiências de *recovery*, encontradas através de uma revisão sistemática e síntese narrativa da literatura internacional.

Tais características foram, entre outras: o fato de o *recovery* ser uma jornada; um processo gradual; um processo ativo, único e não linear; uma experiência de mudança de vida; algo que pode ocorrer sem a intervenção de um profissional (Leamy et al, 2011).

Uma ampla revisão sistemática com síntese narrativa identificou os processos centrais por meio dos quais o *recovery* pode ocorrer. Eles formam um quadro teórico denominado CHIME, o acrônimo dos seguintes processos, em inglês: conexão com outros, esperança e otimismo no futuro, desenvolvimento de uma identidade para além da doença, sentido e propósito de vida e empoderamento (Leamy et al, 2011).

A ênfase nos conhecimentos adquiridos através das experiências subjetivas dos usuários trouxe novos e significativos avanços. No campo científico, levou a abordagens que incorporam conhecimentos de diversas disciplinas dentro da prática clínica. No contexto político, trouxe orientações de saúde mental voltadas ao *recovery* para maior parte dos países de alta renda (Slade, 2011).

Nos Estados Unidos dos anos 1990, o otimismo em torno da possibilidade de *recovery* de doenças mentais graves ganhou contribuições de diferentes áreas. Na psicofarmacologia, a nova geração de antipsicóticos levou à esperança para o tratamento de casos resistentes à medicação (Bond & Meyer, 1999; Degen & Nasper, 1996). Na psicologia, as intervenções inovadoras psicossociais com pessoas com sérios problemas mentais também mostraram bons resultados no favorecimento do processo de *recovery* (Bond, Drake, Becker, & Mueser, 1999; Lehman, 1995). Por parte dos usuários de saúde mental houve uma expansão rápida do movimento de autoajuda (Chamberlin, 1990) e o crescente envolvimento dos usuários como provedores de saúde mental. Todos esses fatores contribuíram para a expansão das crenças de *recovery* e para o aparecimento de resultados positivos (Mizock & Russinova, 2016).

Assim, o *recovery* gradualmente se transformou em um paradigma direcionador das práticas de saúde mental, que permeia tanto o entendimento da doença mental grave quanto seu tratamento (Mizock & Russinova, 2016). Desde o início da década de 90, o *recovery* vem alcançando um lugar central nas políticas de saúde mental internacionais (Duarte, 2007), a ponto de a Organização Mundial de Saúde (OMS) tê-lo proposto, através do plano de ação em Saúde Mental 2013-2020 (World Health Organization, 2013), como um de seus objetivos gerais e, mais recentemente como um dos norteadores da assistência em saúde mental no mundo (World Health Organization, 2021).

A maioria dos estudos e desenvolvimentos sobre o tema do *recovery* ocorre com relação às pessoas com transtornos psicóticos. No entanto, é necessário possibilitar a

expansão do tema para outros transtornos, como a depressão. Nesse sentido, as linhas de cuidado de transtornos depressivos precisam, para além de suprimir os sintomas da doença, intervir de forma a ativar processos que reduzam a esquiva e a ruminação dos pacientes, contribuam para a criação de novas estratégias de enfrentamento e ensinem os indivíduos a reconhecer e aceitar seus sentimentos e pensamentos, lidando de forma funcional com um viés induzido pelo humor (Duarte, 2007).

### **Práticas orientadas ao *recovery***

A reestruturação dos serviços de saúde mental a partir da implementação da desinstitucionalização e do fortalecimento crescente do conceito de sistema de assistência na comunidade, lançaram as bases para que o *recovery* tomasse lugar de destaque como paradigma na área. Além disso, as falhas na implementação das políticas de desinstitucionalização trouxeram à tona o fato de que as necessidades das pessoas com doença mental grave vão além de apenas aliviar os sintomas. (Anthony, 1993).

A partir dessa abordagem, a prática clínica em saúde mental ganhou novas estratégias e mecanismos, com o objetivo de promover o *recovery* dos usuários. As intervenções voltadas ao *recovery* preocupam-se não só em amenizar as condições dos transtornos mentais, mas em agregar mais sentido, propósito, sucesso e satisfação às vidas dos usuários (Slade, 2020).

Os processos que constituem o *recovery* diferem dos objetivos da clínica tradicional em alcançar resultados (Slade, 2020) e têm sido úteis na compreensão do *recovery* e identificação de formas de atuação profissional que possam apoiar tais processos em pessoas com transtorno mental grave (Adnøy Eriksen et al., 2014; Wyder & Bland, 2014). Autodeterminação, responsabilidade pela própria vida, possibilidade de escolha e relacionamentos também são citados com frequência na literatura (Roberts & Boardman, 2014).

Apesar do *recovery* poder ocorrer sem a intervenção de profissionais de saúde, há um consenso na literatura de que esses podem atuar como facilitadores e potencializadores do processo. Uma ampla revisão de documentos internacionais de diversos países que trazem orientações para uma prática orientada ao *recovery* identificou quatro domínios chave para a atuação profissional (Le Boutilier et al, 2012). O primeiro elemento considerado essencial é o estabelecimento de uma relação terapêutica positiva a fim de apoiar o *recovery* e promover a esperança. Segundo, uma prática orientada no sentido de dar suporte às

necessidades, escolhas e planos da pessoa em seu processo pessoal de *recovery*. O terceiro domínio envolve não só a atuação profissional de saúde/paciente, mas a cultura organizacional dos serviços de saúde como um todo. Os centros de saúde mental precisam valorizar e apoiar o processo individual de *recovery* de seus usuários. Da mesma forma, também é necessário o envolvimento da sociedade. A promoção da cidadania e dos direitos das pessoas com transtorno mental objetivando a inclusão social configura-se como ponto relevante para favorecer o processo de *recovery*.

Com base nesses processos, que foram validados posteriormente em outros estudos, diversas intervenções foram desenvolvidas e testadas empiricamente para facilitar e potencializar o processo de *recovery* (Van Weeghel et al, 2019). É recomendado que as práticas profissionais estejam baseadas em modelos de planos de cuidados centrados na pessoa (PCCP). Isso pressupõe relações menos hierarquizadas entre profissionais de saúde e paciente, a fim identificar as necessidades percebidas por ambos e buscar estratégias de melhoria do cuidado de saúde mental (Boutillier et al. 2011, Slade, 2012).

Um dos tipos de intervenções mais citadas na literatura é o suporte de pares, que emergiu a partir dos movimentos de ex-pacientes psiquiátricos. Nesse tipo de intervenção, indivíduos com transtornos mentais usam suas experiências de vida para dar suporte a outras pessoas que sofrem com as mesmas questões. Denominados pares, esses sujeitos atuam como tutores a fim de auxiliar pessoas nas mesmas condições a desenvolver habilidades para lidar com as mais diversas situações cotidianas e construir suas formas de superação e recuperação pessoal. Ensaio randomizados mostraram equivalência de resultados entre o trabalho de pares e o de profissionais de saúde desempenhando o mesmo papel (Slade, 2020).

O suporte de pares vem sendo categorizado, na literatura, em três grupos distintos: grupos de suporte mútuo, serviços de suporte de pares e prestadores de saúde de serviço mental de pares. O grupo de suporte mútuo é caracterizado por um relacionamento horizontal e recíproco entre participantes, independentemente do nível de experiência e habilidade deles. Já nos serviços de suporte de pares, o suporte é unidirecional e fornecido por pessoas pré-definidas para um único indivíduo ou um grupo de participantes. Nesse caso, o serviço de suporte é separado ou complementar aos cuidados regulares de saúde mental. (Davidson et al. 1999; Lloyd-Evans et al. 2014; Slade, 2009)

Em contrapartida, os prestadores de saúde de serviço mental de pares são pessoas que já utilizaram os serviços de saúde mental e são empregadas para oferecer, parcial ou integralmente, os serviços regulares de saúde mental. Dessa forma, a diferença desse modelo de atenção em saúde mental para um serviço de saúde mental regular é que as funções

desempenhadas por profissionais de saúde são executadas por ex-usuários do sistema de saúde mental. (Slade, 2009; Davidson et al. 1999; Lloyd-Evans et al. 2014)

Além dos suportes de pares, outro tipo de intervenção orientada ao *recovery* é o *Wellness recovery Action Planning* (WRAP). O WRAP visa propor ferramentas e processos que suportem a autogestão com vistas ao *recovery* nos serviços de saúde. O objetivo é conduzir indivíduos ou grupos ao desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da doença e de habilidades para a manutenção do bem-estar. As técnicas utilizadas incluem orientar indivíduos ou grupos a refletirem sobre fatores que favoreceram seu bem-estar no passado, além de considerarem aspectos que auxiliaram outras pessoas em seus processos de *recovery*. Foi demonstrado que essa estratégia traz benefícios com relação à manifestação dos sintomas e aumento dos níveis de esperança e qualidade de vida. (Fukui et al., 2011; Slade et al, 2020).

Ainda com vistas ao auto manejo da doença, um outro protocolo, já inserido no contexto brasileiro, é a Gestão Autônoma da Medicação (GAM). A intervenção baseia-se nos princípios do direito à informação e do direito de escolha, de forma que os usuários podem aceitar ou recusar os tratamentos. As discussões acontecem em grupos e a tomada de decisões é realizada conjuntamente (Onocko-Campos et al., 2013).

Com foco voltado para a educação, os *Recovery Colleges* também trazem uma estratégia de suporte ao *recovery* e reintegração social de pessoas com transtornos mentais. Consistem em cursos para usuários da saúde mental, a fim promover aprendizado sobre diversos temas de saúde mental e bem-estar, além de facilitar o desenvolvimento pessoal e de habilidades essenciais ao *recovery*. O conteúdo é produzido e ministrado por especialistas por experiência (pessoas que já passaram ou passam pelo processo de *recovery*) e profissionais de saúde. Os princípios que guiam os *Recovery Colleges* são a co-produção, co-aprendizado e co-facilitação para fomentar a conexão entre as pessoas, a esperança e o aumento da auto-gestão sobre a vida (Slade, 2014).

No campo das intervenções realizadas por psicólogos, as Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs) destacam-se no tratamento de pessoas com transtornos mentais. Por terem atenção voltada aos processos cognitivos e representações mentais como cerne de mudanças comportamentais e emocionais, as TCCs levam a uma maior consciência metacognitiva, reforço da independência e ganho de habilidade de auto manejo (Slade, 2010; Grant, Bredemeier & Beck, 2017).

Outras abordagens que se alinham com o processo de *recovery* são a Psicologia Positiva e a Psicologia Narrativa. A primeira trabalha aspectos essenciais ao *recovery* como

as forças de caráter, a promoção de bem-estar subjetivo, gratidão, perdão, crescimento pós-traumático, relações positivas, esperança e otimismo (Rashid & Seligman, 2019). Recentemente, adaptações têm sido feitas nas aplicações da Psicologia Positiva para adequá-la de forma efetiva à pessoas com sintomas psicóticos (Schrank et al, 2016). A psicologia Narrativa baseia-se na construção de narrativas pessoais a fim de contribuir com o estabelecimento de uma identidade para além da doença, o que pode favorecer a transformação identitária positiva (Slade, 2010; Slade et al. 2014). Várias outras intervenções que visam promover o *recovery* já foram desenvolvidas, enquanto muitas ainda estão em desenvolvimento.

### **A desinstitucionalização psiquiátrica e assistência em saúde mental no Brasil**

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, nos anos 70, foi contemporâneo da eclosão do movimento sanitário (dentro do contexto de redemocratização do país) e do processo de mudanças com vistas à extinção da violência asilar. Fundada a partir da crise do modelo de assistência em saúde centrado nos hospitais psiquiátricos e do surgimento dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, a Reforma Psiquiátrica brasileira foi além da sanção de novas leis. A reforma trouxe consigo um conjunto de transformações práticas, valores sociais e culturais que impactam no cotidiano das instituições, dos serviços e das relações interpessoais (Brasil, 2005, novembro; Brasil, 2011).

A Reforma Psiquiátrica também é denominada como processo de desinstitucionalização psiquiátrica. Foi inspirada em modelos internacionais, como as reformas dos Estados Unidos, da Inglaterra e, principalmente, a reforma italiana. Centrada na crítica ao modelo hospitalocêntrico e asilar, a desinstitucionalização psiquiátrica trouxe como premissa a ampliação dos serviços comunitários para a constituição de uma rede de saúde mental que fosse substitutiva aos manicômios (Brasil, 2005; Brasil, 2011).

Assim, com a Constituição de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Constituído pela articulação entre os poderes federal, estadual e municipal, o SUS também é controlado pela sociedade, através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”. O princípio de controle social do SUS favorece o protagonismo e a autonomia dos usuários dos serviços na construção e na gestão de uma rede de atenção à saúde mental. A partir de 1992, diversas leis foram aprovadas em estados brasileiros determinando a substituição progressiva de leitos psiquiátricos por uma rede integrada de assistência à saúde mental. Foi na década de 90 que passaram a vigorar no Brasil as primeiras normas federais que regulamentavam a

implantação de serviços de atenção diária (Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e hospitais-dia) (Delgado et. al., 2007).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. A implementação desses centros passou a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva do Hospital Psiquiátrico. A função do CAPS é prestar atendimento clínico em regime de atenção diária (com exceção do CAPS III, que pode, quando necessário, fazer atendimento noturno). O CAPS também tem como função: promover a reinserção social de pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais, organizar a rede de atenção à saúde mental e dar suporte à rede básica de saúde no que tange à saúde mental. O CAPS busca produzir autonomia, ao mesmo tempo em que convidou o usuário à responsabilizar-se e à exercer protagonismo ao longo da trajetória do tratamento. (Brasil, 2005; Mielke et al., 2009).

Os CAPS são diferenciados por porte, capacidade de atendimento e clientela atendida. O CAPS I são de menor porte, capaz de oferecer resposta efetiva à demandas de cidades entre 20 e 50 mil habitantes. Têm capacidade para o acompanhamento de aproximadamente 240 pessoas por mês e a clientela típica desses serviços são adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas. O CAPS II são serviços de médio porte e atendem a municípios com mais de 50 mil habitantes. Têm capacidade de acompanhamento de cerca de 360 pessoas e a clientela típica desses serviços são adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Ambos os CAPS I e II funcionam durante o dia, durante os cinco dias úteis da semana. Já o CAPS III são serviços de maior complexidade, já que envolvem atendimento por 24 horas, nos 7 dias da semana. São serviços planejados para cobrir cidades com mais de 500 mil habitantes. Têm capacidade para acompanhar cerca de 450 pessoas e pode oferecer internações curtas (de no máximo 7 dias). Além dos CAPS I, II e III, há também o CAPSi (especializado no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais) e o CAPSad (especializado no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Tanto os CAPSi como os CAPSad são equipamentos previstos para cidades com mais de 200 mil habitantes. A posição estratégica dos CAPS como articuladores da rede de atenção à saúde mental é promotora de autonomia, pois articula diversos recursos: sociais, educacionais, sócio-sanitárias, jurídicas, entre outras (Brasil, 2011).

Na década de 90, também entraram em vigor leis para fiscalizar e classificar os hospitais psiquiátricos. Entretanto, havia algumas barreiras para colocar em prática o que as leis federais previam. Embora regulamentados os novos serviços de atenção diária à saúde

mental, não havia uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS, dificultando suas implementações. De outro lado, as normas de classificação e fiscalização dos hospitais psiquiátricos não previam políticas e métodos sistemáticos para a redução de leitos (Brasil, 2005; Hildes, 2009).

Somente em 2001, com a sanção da Lei Federal 10.216, que tramitava há 12 anos no Congresso Nacional, que a assistência em saúde mental foi oficialmente redirecionada. A lei privilegia a oferta de serviços de base comunitária e estabelece a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Porém, novamente não foram instituídos mecanismos concretos para o progressivo fechamento dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005).

Ainda assim, a Lei 10.216 marcou um novo ritmo para o processo de reestruturação da assistência em saúde mental. Com criação de linhas específicas de financiamento para as redes de serviço substitutivos aos hospitais psiquiátricos, houve uma grande expansão da assistência comunitária. Também foram criados mecanismos para fiscalizar, gerir e reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos no Brasil. A desinstitucionalização de pessoas internadas foi impulsionada pelo Programa “De Volta para Casa”, além das estratégias de redução de danos que foram sendo gradativamente utilizadas (Brasil, 2005; Brasil, 2011; Hildes, 2009).

Para que a desinstitucionalização ocorra de forma efetiva, é necessário que haja uma política de reintegração das pessoas com transtornos mentais na comunidade, o que também se configura como responsabilidade do SUS. Assim, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) foram implementados como estratégias de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. Os SRTs são moradias destinadas a pessoas com transtornos mentais graves que visam garantir o direito à moradia à pessoas com transtornos psiquiátricos e auxiliá-los em sua reintegração na comunidade (Brasil, 2005; Brasil, 2011; Hildes, 2009).

Nos anos 90, foi também criado o Programa Saúde da Família (PSF), como uma demanda do compromisso de integralidade da atenção à saúde. Como parte do programa foi criada, em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF), visando promover a saúde e prevenir doenças através de equipes de atenção básica. Cada uma dessas equipes intervém junto às pessoas, famílias e suas relações com a comunidade e o meio ambiente. A família passa a ser considerada a unidade de cuidado e a estratégia consiste em observar e intervir nas condições de vida dos indivíduos, tem têm impacto determinante em suas saúdes. As equipes são formadas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (esses últimos sendo trabalhadores de escolaridade primária ou média, recrutados na própria



comunidade e treinados em habilidades básicas de prevenção e tratamento de doenças) (Mendes, 1999).

Pela proximidade dessas equipes com as famílias e comunidades, elas possuem um papel estratégico no enfrentamento de importantes problemas de saúde pública. O que a realidade das equipes de saúde da família vem demonstrando é que elas se deparam, cotidianamente com problemas de saúde mental (Martins, Braga e Alves, 2009). Existe um intercâmbio entre os problemas de saúde e os de saúde mental, de forma que a saúde geral e a saúde mental se influenciam mutuamente. Assim, a articulação entre as redes de saúde mental e atenção básica, torna-se imprescindível (Brasil, 2005).

A inclusão de pessoas em sofrimentos mental na atenção básica atende aos pressupostos da Declaração de Caracas e aos princípios da Reforma Psiquiátrica, segundo os quais deve-se dispor de ferramentas comunitárias capazes de integrar-se às demais redes de apoio para então promover a reabilitação psicossocial e reinserção dos pacientes na comunidade (Martins, Braga e Alves, 2009). Ademais, as evidências mostram uma alta prevalência de demandas relacionadas à saúde mental na atenção primária. Grande parte dos casos são de transtornos depressivos e ansiosos-leves, assim como irritabilidade e diversos sintomas psicossomáticos (Ministério da Saúde, 2003; Molina et al, 2012).

Entretanto, um estudo bibliográfico sobre as práticas em saúde mental na Estratégia Saúde da Família (Martins, Braga e Alves, 2009), apontou que as ESFs ainda apresentam limitações para atender às demandas em saúde mental. Os profissionais ainda possuem concepções sobre a doença mental que não correspondem àquelas implementadas pela Reforma Psiquiátrica e contrapõem-se ao modelo de atenção psicossocial. Foi identificado que muitos integrantes das equipes de ESF, entendem o tratamento de transtornos mentais como a prescrição de medicamentos e o posterior acompanhamento do uso da medicação. Essa postura valoriza o saber psiquiátrico e retira a autonomia do paciente, além não promover a integração do sujeito com a sociedade. (Sousa, Filha & Silva, 2004). Além da dificuldade em conceituar a doença mental, outras barreiras se colocam no atendimento das demandas de saúde mental na atenção primária, dentre as quais: encaminhamentos recorrentes, falta de treinamento profissional, falta de experiência e insegurança da equipe, falta de recursos e excesso de trabalho. Ademais, é necessária uma maior orientação ao enfoque da família nas relações estabelecidas entre o transtorno mental e o contexto comunitário (Martins, Braga e Alves, 2009).

## **Recovery na Depressão**

As visões e representações sobre a depressão sofreram (e ainda sofrem) representações ao longo do tempo. Apesar de conhecida por médicos, filósofos e poetas desde tempos ancestrais, a identificação da depressão como doença é recente. O tratamento era considerado adequado se o humor e a funcionalidade do indivíduo melhorassem e os parâmetros de sucesso estavam baseados nos relatos dos pacientes. Sintomas crônicos e persistentes eram caracterizados como parte de uma personalidade melancólica ou depressiva (Stotland, 2012).

Nos anos de 1960, os medicamentos antidepressivos tornaram-se disponíveis, mas a adesão a eles não foi tão ampla. Em parte, porque eram considerados como dispositivos para encobrir os sintomas sem tratar suas verdadeiras causas e, em parte, pelo receio de alguns pacientes a respeito dos efeitos da medicação sobre o cérebro. Embora ainda hoje sintomas persistentes sejam referidos como resistentes ao tratamento, não há mais a culpabilização do indivíduo pelo não remissão sintomática. O meio médico observou que muito poucos pacientes conseguiam retornar aos seus estados funcionais e de humor anteriores à doença. Tal reconhecimento levou à concepção de *recovery* como objetivo de tratamento ao invés da mera melhoria dos sintomas. (Stotland, 2012)

Uma revisão sistemática analisou 14 artigos sobre *recovery* na depressão (Richardson & Barkham, 2017). Dos artigos analisados, 3 tratam do *recovery* em mulheres e apenas 1 em homens, 4 abordam o suporte social no *recovery* na depressão, 5 estudos investigam a perspectiva de pacientes sobre o que é importante no *recovery* na depressão e 1 analisa, além da perspectiva de pacientes, também a de médicos.

Os artigos que abordam as questões de gênero relacionadas ao *recovery* da depressão (O'Brien, Fullagar e O'Brien, 2014; Vidler, Emslie et al., 2005) identificaram que as construções do self e as expectativas sociais de gênero são considerados características centrais do *recovery*, embora os aspectos que favorecem e dificultam o *recovery* seja diferente para homens e mulheres.

Houve divergência entre autores com relação aos fatores que favorecem e dificultam o *recovery* em mulheres. Um estudo apresentou um modelo de *recovery* que propõe a redefinição do self, considerando a mulher como indivíduo e o contexto social (Schreiber, 1996). Outro estudo, no entanto, apontou que o esforço das mulheres para se auto-compreenderem e entenderem o mundo dificultava o *recovery* e contribuía para episódios de depressão (O'Brien, 2012). A pesquisa identificou entre as mulheres um senso de

responsabilidade em “consertar” a depressão, além de uma expectativa de que *recovery* significaria retornar aos níveis prévios de funcionalidade. Não ser capaz de voltar aos padrões funcionais anteriores à doença foi interpretado como fracasso, agravado pelas expectativas sociais de gênero. A pressão imposta às mulheres (tanto por si próprias, como pela sociedade) favorece a depressão e torna o *recovery* mais difícil. Outros dois estudos corroboram os resultados de O’Brien (2012) identificando que a depressão em mulheres foi associada a uma contínua interação entre o self e os outros. Quando essa interação era mediada pelas expectativas sociais, as mulheres tendiam a se engajar em comportamentos de auto sacrifício e silenciamento, o que culminava no desenvolvimento da depressão. Reequilibrar o foco de atenção mais para si e menos para os outros foi apontado como um fator que propicia o *recovery*. Outros fatores mencionados foram: retomar o controle de sua própria e empenhar-se em atividades de autocuidado (Vidler, 2005; Fullagar & O’Brien, 2014).

Apenas um dos estudos explorou a perspectiva masculina do *recovery* na depressão (Emslie et al., 2005). Assim como na mulher, a construção do self também foi identificada como aspecto central do *recovery* na depressão. Contudo, os homens valorizam a reconstrução de um senso de valor de si próprios e de suas próprias masculinidades condizentes com as identidades de gênero socialmente construídas. O *recovery*, nos homens, foi facilitado pela incorporação de valores associados à masculinidade hegemônica (como aqueles que enfatizam a força, o controle e a responsabilidade pelos outros). Porém, em uma minoria, as pressões de conformação às expectativas sociais foram associadas à comportamento suicida (visto tanto como um ato de coragem, quanto o último recurso de estabelecimento de controle).

Outro ponto abordado pelas pesquisas analisadas na revisão sistemática foi a relação entre suporte social percebido e o *recovery* na depressão. O tamanho da rede de suporte social foi o preditor mais significativo de sintomas depressivos durante o acompanhamento dos pacientes (com exceção dos níveis de depressão na linha de base). A falta de suporte social subjetivo está fortemente associada à depressão maior, com efeitos mais fortes em homens do que mulheres e em adultos de meia idade (George, et al., 1989).

Associações entre níveis iniciais de suporte social e *recovery* na depressão também foram investigadas. Os fatores considerados como favorecedores do *recovery* na depressão foram distintos entre homens e mulheres. Nas mulheres, os seguintes aspectos contribuíram para a melhora clínica e o processo de *recovery*: muitos relacionamentos próximos, contato crescente com membros de redes de suporte social e satisfação crescente com o suporte

recebido. Em homens, fatores como a interação social negativa, vivenciar a rotina de casado e o número de contatos sociais denominados como conhecidos ou amigos, previram a melhor clínica e o *recovery* na depressão. As diferenças de percepção entre homens e mulheres reforça que existem uma associação entre relacionamento pessoal e *recovery* que varia com o gênero (Brugha et al, 1990)

O contato social foi apontado como um influenciador do processo de recuperação. O impacto positivo ou negativo da sociedade, dos profissionais de saúde, da família ou dos amigos foi reconhecido como vital na forma como os participantes se consideravam e como vivenciavam a vida (como algo significativo ou não) (Damsgaard, Overgaard e Birkelund, 2021). Níveis baixos de suporte social percebido foram associados à marcadores objetivos de depressão ao longo da vida (especialmente quando o suporte familiar era baixo) e à maiores sintomas depressivos (Gladstone et al, 2007). O papel da adesão à grupos sociais no alívio dos sintomas depressivos, na predição de episódios futuros e na prevenção de reincidências também foi investigado. Os resultados apontaram para uma relação causal entre número de grupos sociais a que a pessoa pertence e episódios depressivos subsequentes (quanto menor o número de grupos sociais, maiores níveis de depressão são previstos). O estudo concluiu que a adesão a um grupo social tanto protege o indivíduo de depressões subsequentes, quanto facilita o *recovery* e reduz as chances de reincidivas depressivas (Cruwys et al., 2013).

Por meio desses estudos é possível apontar que a falta de apoio social percebido pode ser um complicador no *recovery* da depressão. Por outro lado, não há estabelecimento de relação causal entre as associações de suporte social percebido, sintomatologia da depressão e *recovery*, de forma que não está claro se as percepções de suporte social são distorcidas pelos sintomas da depressão ou se esses sintomas levam à erosão das redes de suporte social ao longo do tempo. O *recovery* da depressão pode ser facilitado por intervenções psicoterapêuticas que focam no desenvolvimento e manutenção de relacionamentos que ofereçam suporte e em buscar estratégias de lidar com os estressores interpessoais (Gladstone et al, 2007).

Os estudos analisados também abordam as diferenças de perspectiva entre pacientes e profissionais de saúde. Cinco estudos investigaram as perspectivas de pacientes sobre o que é importante no *recovery* da depressão e apenas um investigou também a perspectiva dos clínicos. O primeiro estudo investigou fatores associados à melhora sintomática e ao *recovery* da depressão maior em pacientes da atenção primária à saúde (Brown et al., 2000). A maior redução de sintomas se deu em indivíduos que percebiam maior autocontrole sob

suas saúdes e que recebiam tratamento padronizado (psicoterapia interpessoal ou nortriptilina, um antidepressivo tricíclico). Indivíduos que receberam tratamento padronizado relataram maior nível de controle sob a saúde do que aqueles que receberam tratamento usual. Tais pessoas também não apresentaram ansiedade generalizada, pânico ou transtornos de personalidade ao longo da vida.

Outra conclusão importante mostrou que indivíduos com empregos de meio período ou integral e com menos comprometimento funcional na linha de base tinham maior probabilidade de atender aos critérios do *recovery*. Assim, o *recovery* da depressão foi influenciado por fatores como crenças relacionadas à saúde, psicopatologia não depressiva, maiores níveis de funcionalidade na linha de base, severidade clínica na linha de base e adequação dos tratamentos oferecidos. A limitação desse estudo, entretanto, foi a amostra predominantemente feminina (Brown et al., 2000).

Dois dos outros estudos examinaram a relação entre *recovery* e as percepções do tratamento oferecido em pacientes de atenção primária à saúde (Badger & Nolan, 2005; van Grieken et al., 2014). O *recovery* na depressão foi percebido como resultado de causas múltiplas, como: suporte social, especialmente de membro da família; uso de medicação e psicoeducação; profissionais responsivos e cuidadosos, passagem do tempo e força pessoal. Por essa natureza multifatorial do *recovery*, os pacientes demonstraram preferência pelo uso de componentes de cuidado individualizado que possam ser alterados na medida em que o *recovery* progride (Badger & Nolan, 2005).

Em consonância com os achados de Badger and Nolan (2005), os estudos de van Grieken et al. (2014) identificaram uma série de fatores que dificultaram o *recovery* da depressão, baseados em quatro temas: falta de clareza e consenso sobre a natureza da depressão e o conteúdo do tratamento; relacionamento precário com clínicos; indisponibilidade dos serviços de saúde mental e envolvimento insuficiente de outros significativos, impedindo o acesso total à rede de suporte social.

Um outro estudo identificou que a variedade de formas como os pacientes de atenção primária descreveram o *recovery* da depressão indica uma necessidade de abordagens mais centradas no paciente para estabelecer objetivos de *recovery*. Os pacientes relataram avaliar o *recovery* da depressão de uma pessoa com base na observação e na interação humana, especificamente a ação e a interação com outros, aparência, pensamento e sentimentos da pessoa. Alguns participantes identificaram dificuldade em avaliar o *recovery* em pessoas que escondem seus sintomas depressivos. O estudo sugere que os indicadores de *recovery* identificados pelos participantes contrasta com o modelo tradicional baseado em sintomas

para a definição de *recovery* (Johnson et al., 2009).

O último estudo analisado pela revisão sistemática comparou as perspectivas de clínicos e pacientes sobre o que eles consideram importante para se tornar “curado” da depressão. As percepções encontradas foram significativamente diferentes. Enquanto os clínicos focaram no alívio dos sintomas depressivos e na melhora da funcionalidade e qualidade de vida, os pacientes deram ênfase na restauração do afeto positivo (como ter uma vida significativa, habilidade de concentração, força pessoal e satisfação com relacionamentos pessoais). Ambos os clínicos e os pacientes identificaram sintomas somáticos com os menos importantes para recuperar-se da depressão (Demyttenaere et al., 2015).

A espiritualidade também tem sido estudada como fator potencializador da recuperação na depressão. Um estudo demonstrou a ligação entre depressão, espiritualidade e recuperação. Os participantes entenderam espiritualidade como uma conexão com Deus ou com um poder superior. Essa onipresença de poder divino ou superior era compreendida como algo que oferecia proteção em momentos de depressão, inclusive nas ideações suicidas. (Rajakumar et al., 2008).

Um estudo mais recente em uma amostra latino-americana apontou vários facilitadores e barreiras para o processo de *recovery* na depressão. A regulação das funções corporais foi entendida como um fator que auxilia na estabilidade emocional. A estabilidade emocional, por sua vez, ajuda nas relações interpessoais na medida em que diminui o isolamento social, ao mesmo tempo em que aumenta a capacidade de contato, atenção e cuidado com os outros. A capacidade de expressar emoções positivas também se restabelece. No que se refere à identidade, a resignificação dos aspectos de si foi mencionada como uma mudança na forma como os participantes se sentiam ou pensavam sobre si mesmos. A resignificação dos aspectos de si foi favorecida pela aceitação, autovalorização, contextualização autobiográfica e empoderamento. Como barreiras para o processo de *recovery*, os autores citaram: a descrença/indiferença dos outros sobre a experiência depressiva, condições desfavoráveis no local de trabalho e fatores econômicos. (Fernandez et al. 2022)

No Brasil, alguns estudos sobre *recovery* foram identificados, porém nenhum deles aborda especificamente como se dá o processo na depressão. Um dos estudos analisou o *recovery* na perspectiva de pessoas com transtornos mentais graves e de psiquiatras no contexto dos serviços comunitários de saúde mental. O resultado apontou para pontos de convergência e divergência entre as perspectivas dos usuários do sistema de saúde mental e

dos psiquiatras a respeito do processo de *recovery*. O artigo reforça que é possível a criação de contextos em que a experiência do usuário colabore para conhecimento técnico e vice-versa (Lopes et al, 2012).

Outro estudo analisou a narrativa sobre o *recovery* de dez pessoas com doença mental grave que recebiam tratamento no sistema comunitário de saúde de Campinas. A conclusão apresentada foi que houve semelhanças e diferenças no processo de *recovery* dessas pessoas quando comparado à literatura internacional. Foi identificado que o tratamento para a doença mental foi visto como útil e necessário, porém não suficiente para atender ao que era significativo para os pacientes. Por outro lado, eles consideram que readquiriram a vida em comunidade e se sentiam orgulhosos de seus processos de *recovery*, no qual a solidariedade e o coletivismo tinham papel de destaque para o processo. Os serviços de saúde pareceram ser menos efetivos no favorecimento do reganho de significado de vida. A solidariedade dos amigos e familiares foi reconhecida como algo muito importante para facilitar o *recovery*. (Cristina, Davidson, & Costa, 2021).

Um terceiro estudo analisou a trajetória de vida de pessoas com sofrimento mental em processo de *recovery* para identificar quais experiências são reconhecidas como formas desse processo. Identificou-se que as modalidades de promoção do processo de *recovery* utilizadas pelos participantes, através de políticas públicas, do apoio da sociedade civil e do conforto espiritual, podem contribuir para construir e manter uma vida mais saudável (Marques et al., 2022).

Com base na revisão da literatura, o *recovery* na depressão é influenciado por uma série de fatores que incluem as crenças de saúde, psicopatologia não depressiva, níveis mais altos de funcionalidade, severidade clínica na base de referência e adequação do tratamento. O papel do sistema de suporte como um facilitador do *recovery* através de profissionais responsivos e cuidadosos também foi um fator enfatizado. O *recovery* também foi percebido como uma jornada pessoal e complexa. Os pacientes não compartilham com as definições de *recovery* que envolvem fatores biomédicos e perspectivas de normalização de funções (Emslie et al., 2005; O'Brien, 2012; Schreiber, 1996), e alguns autores ainda associam essas tentativas de atender aos conceitos normativos com as recaídas da depressão (Fullagar & O'Brien, 2014; O'Brien, 2012). Construções do self, incluindo o auto-cuidado, auto-gestão e gerenciamento das expectativas de gênero sociais foram identificados como características centrais no *recovery* de mulheres (Vidler, 2005).

O *recovery* na depressão também foi associado a níveis mais altos de suporte social percebido e maior número de adesão a grupos (Brugha et al., 1990; George et al., 1989;

Gladstone et al., 2007). A pertença a grupos sociais também foi considerada como fator protetivo contra depressões futuras, além de facilitar o *recovery* (Cruwys et al., 2013).

## **Objetivos**

### **Objetivo Geral**

Compreender o processo de *recovery* de pessoas com episódios depressivos no contexto dos serviços comunitários de saúde mental brasileiros e identificar fatores que favorecem e dificultam o processo de *recovery* na depressão.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar os aspectos mais relevantes presentes nas narrativas dos participantes acerca de seus processos de *recovery*;
- Identificar os domínios do processo de *recovery* na depressão;
- Identificar os fatores que favorecem e dificultam o *recovery* na depressão.



## Artigo

**The *recovery* process among people with depressive episodes within the context of Brazilian community mental health services.**

## Considerações Finais

Este estudo buscou compreender o processo de *recovery* de pessoas com episódios depressivos no contexto dos serviços comunitários de saúde mental brasileiros. O estudo também objetivou identificar fatores que favorecem e dificultam o processo de *recovery* na depressão. Por meio de uma abordagem qualitativa, utilizando a análise temática com método de pesquisa, foi possível identificar os domínios nos quais o processo de *recovery* acontece e os elementos que estão envolvidos nesse processo.

Com relação aos domínios, os resultados apontaram convergência em relação ao CHIME, o quadro teórico mais amplamente utilizado nos estudos internacionais sobre o *recovery* (Leamy et al, 2011). “Conexão com outras pessoas significativas” e “empoderamento” foram os domínios mais proeminentes. O domínio “identidade” foi pouco presente nas narrativas dos participantes, o que não pareceu prejudicar seus processos de *recovery*. Entretanto, a maior parte dos participantes demonstrou desconforto trazido pela falta de senso de identidade e manifestou interesse em buscar formas de ampliar suas percepções sobre si mesmos. Dessa forma, é possível que o desenvolvimento do domínio “identidade” possa potencializar os processos de *recovery* dos participantes, assim como já foi demonstrado em amostras de outros estudos (Leamy et al, 2011).

Em termos de fatores que favorecem ou dificultam o processo de *recovery*, o “suporte social” e a “espiritualidade” foram identificados como os dois principais elementos facilitadores por todos os participantes. As principais barreiras foram: isolamento social, estigma, falta de compreensão das outras pessoas sobre a perda da funcionalidade decorrente do transtorno e ausência de propósito ou sentido na vida.

Apesar de terem sido encontradas características que identificam processos de *recovery*, esse conceito ainda não é difundido entre os participantes. Mesmo aqueles indivíduos que pareciam ter boas estratégias de enfrentamento para lidar com a depressão, demonstraram um incessante desejo de remissão sintomática (identificado por alguns como cura). Foi observado que a espera pela cura levou alguns participantes a assumirem uma posição passiva em relação a seus tratamentos e à busca por uma vida significativa. A felicidade, para algumas dessas pessoas estava vinculada à cura e dificilmente poderia ser alcançada na presença de sintomas depressivos. Dessa forma, mostrou-se necessário difundir o conceito de *recovery* entre pessoas com depressão para que elas possam se implicar de forma mais ativa em seus tratamentos e na condução de suas vidas.

Esses achados contribuíram para uma melhor compreensão do processo de *recovery* na depressão e dos suportes necessários para que pessoas com episódios depressivos possam construir e viver vidas significativas. A partir dos domínios, facilitadores e barreiras do processo de *recovery* identificados pela amostra e em consonância com a literatura, é possível aprimorar os serviços públicos oferecidos às pessoas com depressão. Isso pode ser feito influenciando o desenvolvimento de políticas públicas e serviços de saúde, aumentando a conscientização da comunidade e promovendo a desestigmatização.

## Referências

Agrest, M., Nishioka, S. A., Le, P. D., Dishy, G., Dahl, C. M., San Juan, N. V., ... & Susser, E. (2021). Utility of a multidimensional recovery framework in understanding lived experiences of Chilean and Brazilian mental health service users. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 14(2), 107-117.

Anthony, W. (1993). *Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s*. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 11-24.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), Fifth edition*. Arlington, VA.

American Psychiatric Association (2021). *What is depression?* In Depression. Retrieved October, 10, 2022 from [Psychiatry.org - What Is Depression?](https://www.psychiatry.org/what-is-depression)

Baccari, I., Campos, R. & Stefanello, S. (2015). *Recovery: revisão sistemática de um conceito*. *Ciência & saúde coletiva*. 2015, 20(1), pp. 125-136.

Badger F, Nolan P. (2005). *Attributing recovery from depression. Perceptions of people cared for in primary care*. *J Clin Nurs*, 16, 25–34.

Barkow K, Heun R, Ustün TB, Maier W. (2001). *Identification of items wich predict later development of depression in primary health care*. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 251 (suppl 2): 21-26.

Barnhill, J. W. (2015). *Casos clínicos do DSM-5*. Artmed Editora.

Bellack, A. S. (2006). *Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications*. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (3), 432–442.

Brasil. Lei nº 10.216/2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília; DF, 2001. Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 24 de fevereiro de 2021, de [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental (2005, novembro). *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. OPAS. Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Saúde Mental em Dados – 8*, Brasília: Ministério da Saúde, ano 6, n. 8, Recuperado em 07 de outubro de 2020, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude\\_mental\\_dados\\_v8.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf)

Brown C, Schulberg HC, Prigerson HG. (2000). *Factors associated with symptomatic improvement and recovery from major depression in primary care patients*. Gen Hosp Psychiatry, 22, 242–50.

Brugha, T. S., Bebbington, P. E., MacCarthy, B., Sturt, E., Wykes, T., & Potter, J. (1990). *Gender, social support and recovery from depressive disorders: a prospective clinical study*. Psychological Medicine, 20(1), 147-156.

Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment (CANMAT). (2012). *Treating depressive disorder: relapse and recurrence*. Ann Clin Psychiatry, 27 (2): 142-9.

Carneiro, A., Dobson, K. (2016). *Tratamento cognitivo-comportamental para depressão maior: uma revisão narrativa*. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 12(1), pp. 42-49.

Carvalho, F. M. G., Marques, N. M., & de Brito, P (2018, junho). *Psicoterapia e farmacoterapia no tratamento da depressão: uma revisão sistemática de literatura*. Anais do III Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde, Campina Grande, PB, Brasil.

Costa, M. (2017). *Recovery como estratégia para avançar a reforma psiquiátrica no Brasil*. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.9., n. 21, pp. 01-16.

Cristina, É., Maria, E., Davidson, L., & Costa, M. (2021). *Narratives about the Experience of Mental Illness: the recovery Process in Brazil*. Psychiatric Quarterly, 92(2), 573-585.

Cruwys T, Dingle GA, Jetten J, et al. (2013). *Social group memberships protect against future depression, alleviate depression symptoms and prevent depression relapse*. Soc Sci Med, 98, 179–86.

Davidson, L. & Strauss, J. S (1992). *Sense of self in recovery from severe mental illness*. The British Journal of Medical Psychology, 65 (Pt 2), 131.

Davidson, L., O’Connell, M., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. C. (2005). *Recovery in serious mental illness: a new wine or just a new bottle?*. Professional Psychology: Research and Practice, 36 (5), 480.

Davidson, L., Sells, D., Sangster, S., & O’Connell, M. (2005). *Qualitative studies of recovery: What can we learn from the person?*. In P. Corrigan, & R. Ralph (Eds.), *Recovery in Mental Illness: Broadening our understanding of wellness*. Washington: American Psychological Association.

- Davidson, L. & Rowe, D. (2007). *Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery*. *Journal of Mental Health*, 16(4), 459-470.
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). *Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience*. *World Psychiatry*, 11 (2), 123-128.
- Davidson, L. (2016). *The recovery movement: Implications for mental health care and enabling people to participate fully in life*. *Health Affairs*, 35 (6), 1091 – 1097.
- Deegan, P. (1988). *Recovery: the lived experience of rehabilitation*. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11 (4), 11-19.
- Delgado, P. G., Schechtmam, A., Weber, R., Amstalden, A. F., Bonavigo, E., Cordeiro, F., Pôrto, K., Hoffmann, M. C. C. L., Martins, R., & Griolo, T. (2007). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. In M. F. Mello, A. A. F. Mello, & R. Kohn. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil* (pp. 39-83). Porto Alegre: Artmed.
- Demyttenaere K, Donneau A, Albert A, et al. (2015). *What is important in being cured from depression? Discordance between physicians and patients*. *J Affect Disord*, 174, 390–6.
- Duarte, T. (2007). *Recovery da Doença Mental: Uma Visão para os Sistemas e Serviços de Saúde Mental*. *Análise Psicológica*, 1(35), 127-133.
- Emslie C, Ridge D, Ziebland S, Hunt K. (2005). *Men's accounts of depression: reconstructing or resisting hegemonic masculinity?* *Soc Sci Med*, 62, 2246–57. doi:10.1016/j.socscimed. 2005.10.017.
- Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. (2018). *Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys*. *Psychol Med*. 48(9):1560-1571.
- Fava M. (2002). *Somatic symptoms, depression, and antidepressant treatment*. *J Clin Psychiatry*, 63 (4): 305 - 307
- Ferreira, M.C., Gabardo-Martins, L., Valentini, F. (2017) *Propriedades Psicométricas da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido*. *Temas em Psicologia*, 25 (4), 1873-1883
- Fisher, D. (1999). *The Empowerment Center Int. Finding our voice and having a say*. National Empowerment Center Int,
- Fleck, M. P. D. A., Lafer, B., Sougey, E. B., Del Porto, J. A., Brasil, M. A., & Juruena, M. F. (2003). *Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral)*. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 25, 114-122.

- Fullagar S, O'Brien W. (2014). *Social recovery and the move beyond deficit models of depression: A feminist analysis of mid-life women's self-care practices*. Soc Sci Med, 117, 116–24.
- George LK, Blazer DG, Hughes DC, Fowler N. (1989). *Social support and the outcome of major depression*. Br J Psychiatry, 154, 478–85.
- Gladstone GL, Parker GB, Malhi GS, Wilhelm KA. (2007). *Feeling unsupported? An investigation of depressed patients' perceptions*. J Affect Disord, 103, 147–54.
- Grant, P. M., Bredemeier, K., & Beck, A. T. (2017). *Six-month follow-up of recovery-oriented cognitive therapy for low-functioning individuals with schizophrenia*. Psychiatric Services, 68(10), 997-1002.
- Hirdes, A. (2001). *Reabilitação Psicossocial: dimensões teórico-práticas do processo*. Brasil: EDIFAPES.
- Hirdes, A. (2009). *A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão*. Ciência & saúde coletiva, 14, 297-305.
- Hotop M, Mayou R, Wadsworth M, Wessely S. (1998). *Temporal relationships between physical symptoms and psychiatric disorder. Results from a national birth cohort*. Br J Psychiatry. 173: 255-261
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2019). *Programa Nacional de Saúde*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=o-que-e> . Acesso em 04/04/2021
- Jardim, S. (2011). *Depressão e trabalho: ruptura de laço social*. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 36 (123), 84-92.
- Judd, L (1997). *The clinical course of unipolar major depressive disorder*. Arch Gen Psychiatry, 54 (989), 91.
- Kaplan, H., Sadock, B. (1984). *Compêndio de psiquiatria dinâmica*. In Compêndio de psiquiatria dinâmica (pp. 943-943).
- Keller M., Lavori P., Mueller T., Endicott, J., Coryell, W., Hirschfeld, R., Shea, T. *Time to recovery, chronicity and levels of psychopathology in major depression. A 5-year prospective followup of 431 subjects*. Arch Gen Psychiatry 1992;49:809-81.
- Kellner, R. (1985). *Functional somatic symptoms and hypochondriasis. A survey of empirical studies*. Arch Gen Psychiatry. 42 (8):821-833
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., & Walters, E. (2005). *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Archives of general psychiatry, 62(6), 593-602.
- Lam, R. W., Parikh, S. V., Ramasubbu, R., Michalak, E. E., Tam, E. M., Axler, A., ... & Manjunath, C. V. (2013). *Effects of combined pharmacotherapy and psychotherapy for*

*improving work functioning in major depressive disorder*. The British Journal of Psychiatry, 203(5), 358-365.

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. The British journal of psychiatry, 199(6), 445-452.

Lépine, J. P., Gastpar, M., Mendlewicz, J., & Tylee, A. (1997). *Depression in the community: the first pan-European study*. DEPRES (Depression Research in European Society). International clinical psychopharmacology.

Lopes, T., Dahl, C., Serpa Jr, O., Leal, E., Campos, R. & Diaz, A.(2012). *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, 21, 558-571.

Marques, F. C., Lacerda, M. K. S., Alves, J. P., Silveira, A. R., & Sampaio, C. A. (2022). *Pessoas com sofrimento mental em recovery: trajetórias de vida*. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 26.

Marsh, D. (1999). *O papel das famílias na reabilitação*. In J. Ornelas (Ed.), Actas – Novos desafios na reabilitação de pessoas com doença mental. Lisboa: Edições AEIPS.

Martins, Á. K. L., Braga, V. A. B., & Alves, Â. M. (2009). *Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo bibliográfico*. Rev Rene, 10(4), 165-172.

McNaught, M., Caputi, P., Oades, L. G., & Deane, F. P. (2007). *Testing the validity of the Recovery Assessment Scale using an Australian sample*. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 41(5), 450-457.

Mielke, F. B., Kantorski, L. P., Jardim, V. M. D. R., Olschowsky, A., & Machado, M. S. (2009). *O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais*. Ciência & Saúde Coletiva, 14, 159-164.

Ministério da Saúde (BR) (2003). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários* [internet]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>.

Miranda, A. M. P., de Almeida Pimentel, F., & Villares, C. C. (2014). Anjos de uma Asa Só: Processos de Superação na Esquizofrenia em um Grupo de Ajuda Mútua. Nova Perspectiva Sistêmica, 23(48), 64-79.

Molina, M. , Wiener, C., Branco, J., Jansen, K., Souza, L., Tomasi, E., Silva, R., Pinheiro, R. (2012). *Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária*. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), 39, 194-197.

Mueller, T. I., Leon, A. C., Keller, M. B., Solomon, D. A., Endicott, J., Coryell, W., ... & Maser, J. D. (1999). *Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up*. American Journal of Psychiatry, 156(7), 1000-1006.

Mueser, K.T., Meyer, P.S., Penn, D.L., Clancy, R., Clancy, D.M., Salyers, M.P (2006) *The illness management and recovery program: rationale, development and preliminary findings*. Schizophr. Bull. (32): 32–43.

Mueser KT, McGurk S. (2004). *Schizophrenia*. The Lancet, 363: 2063-72.

Nakao M & Yano E. (2003). *Reporting of somatic symptoms as a screening marker for detecting major depression in a population of Japanese white-collar workers*. J Clin Epidemiol. 56(10):1021-1026

National Institute of Mental Health. (Data from 2013 National Survey on Drug Use and Health.) [www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/major-depression-among-adults.shtml](http://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/major-depression-among-adults.shtml)

Nery, F. C. (2013). *Estudo das propriedades psicométricas da “Escala de Estigma Internalizado para Transtorno Mental – ISMI-BR”*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil.

Noiseux, S., ST-Cyr, Dt., Corin, E., St-Hilaire, P., Morissette, R., Leclerc, C., Fleury, D., Vigneault, L, Gagnier, F. (2010). *The process of recovery of people with mental illness: The perspectives of patients, family members and care providers: Part I*. BMC Health Services Research, v. 10, p. 161-175

Oades, L., Deane, F., Crowe, T., Gordon Lambert, W., Kavanagh, D., & Lloyd, C. (2005). *Collaborative recovery: An integrative model for working with individuals who experience chronic and recurring mental illness*. Australasian Psychiatry, 13(3), 279-284.

O’Brien W. (2012). *The recovery imperative: A critical examination of mid-life women’s recovery from depression*. Soc Sci Med, 75, 573–80.

O’Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A., & Davidson, L. (2005). *From rhetoric to routine: assessing the perceptions of recovery-oriented practices in a state mental health and addiction system*. Psychiatric Rehabilitation Journal, 28 (4), 378-386.

Onocko-Campos, R., Passos, E., Palombini, A.; Santos, D., Stefanello, S., Gonçalves, L., Maggi, P., Borges, L. (2013) *A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental*. Ciência e Saúde Coletiva, v. 18, p. 2889-2898.

Onken, S., Dumont, J., Ridgway, P., Dornan, D, & Ralph, R. (2002). *Mental health recovery? What helps and what hinders? A national research project for the development of recovery facilitating system performance indicators*. Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors – National Technical Assistance Center.

Ornelas, J., Monteiro, F. , Moniz, J., Duarte, T. (2005). *Participação e Empowerment das pessoas com doença mental e seus familiares*. Lisboa: AEIPS Edições.

Orsi, J. A., da Silva, T. R., San Juan, N. V., & de Oliveira, W. F. (2021). *Percepções de pessoas com transtornos mentais sobre o processo de Recovery: Relato de um grupo focal*. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, 13(36), 175-200.



Patten SB. (2001). *Long-term medical conditions and major depression in a Canadian population study at waves 1 and 2*. J Affect Disord, 63:35-41

Pitta, A. (org.). (1996). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec.

Ralph, R. O., & Corrigan, P. W. (2005). *Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness*. American Psychological Association.

Razzouk, D. (2016). "Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde?." *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 25: 845-848.

Ronzani, Telmo Mota, Soares, Rhaisa Gontijo, Nery, Fabricia Creton, & Silveira, Pollyanna Santos. (2017). *Adaptação transcultural brasileira da escala de estigma internalizado de transtorno mental - ISMI-BR. Gerais : Revista Interinstitucional de Psicologia*, 10(1), 25-34. Recuperado em 15 de fevereiro de 2022, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-82202017000100004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202017000100004&lng=pt&tlng=pt).

Schreiber R. (1996). *Understanding and helping depressed women*. Arch Psychiatr Nurs, 10, 165–75.

Serra Taylor, J. A., & Irizarry-Robles, C. Y. (2015). *Fatores protetores da depressão em uma mostra de adultos maiores em porto rico: Auto eficácia, escolaridade e outras variáveis sócio demográficas*. Acta colombiana de psicología, 18(1), 125-134.

Sidrim, M. (2010). *As representações sociais da reabilitação psicossocial – Um estudo sobre os CAPS*. Curitiba: Juruá, p. 107-128.

Silva TR, Berberian AA, Gadelha A, Villares CC, Martini LC, Bressan RA. (2017) *Validação da Recovery Assessment Scale (RAS) no Brasil para avaliar a capacidade de superação das pessoas com esquizofrenia*. J Bras Psiquiatr, 66(1), 1-8.

Silva, T.R. (2012). *Estudo de Confiabilidade e Validade da Recovery Assessment Scale (RAS-BR) no Brasil – avaliação da capacidade de superação de portadores de esquizofrenia*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press.

Slade, M. (2010). *Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches*. BMC health services research, 10(1), 1-14.

Slade, M., Williams, J., Bird, V., Leamy, M., & Le Boutillier, C. (2012). *Recovery grows up*. Journal of Mental Health, 21(2), 99-103.

Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perskins, R., Shepherd, G., Tse S., Whitley, R. (2014). *Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems*. World Psychiatry, 13(1), 12-20.

Smith GR Jr., Rost K., Kashner TM. (1995). *A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients*. Arch Gen Psychiatry 52 (3):238-243

Sousa, K., Filha, M., & da Silva, A. (2004). *A prática do enfermeiro no Programa Saúde da Família na Atenção à Saúde Mental*. Cogitare Enfermagem, 9(2).

Stotland, N. L. (2012). *Recovery from depression*. Psychiatric Clinics, 35(1), 37-49.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2006). *National consensus statement on mental health recovery*. Disponível em: [www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov).

Sühs, K., Correll, C., Eberlein, C., Pul, R, Frieling, H., Bleich S., Kahl, K. (2015). *Combination of agomelatine and bupropion for treatment resistant depression: results from a chart review study including a matched control group*. Brain and Behavior, v. 5 (4).

Terre L, Poston WS, Foreyt J, St Jeor ST (2003). *Do somatic complaints predict subsequent symptoms of depression?* Psychother Psychosom. 2003, 72 (5):261-267

van Grieken RA, Beune EJAJ, Kirkenier ACE, et al. (2014). *Patients' perspectives on how treatment can impede their recovery from depression*. J Affect Disord, 167, 153–9.

Vera San Juan, N. (2020). *Defining and measuring personal recovery from ill mental health, with an emphasis on Latin America* (Doctoral dissertation, King's College London).

Vidler HC. (2005). *Women making decisions about self-care and recovering from depression*. Women Stud Int For, 28, 289–303. doi:10.1016/j.wsif.2005.04.014.

Von Korff M, Le Resche L, Dworkin SF (1993). *First onset of common pain symptoms: a prospective study of depression as a risk factor*. Pain. 55(2):251-258

Wells K, Stewart A, Hays R, Burman M, Rogers W, Daniels M. (1989). *The functioning and well-being of depressed patients: results from the medical outcomes study*. JAMA ;262:916-9.

World Health Organization (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Geneve, Switzerland: WHO Document Production Services.

World Health Organization (2016). *Depression*. Recuperado em 4 de Abril, 2021, em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

World Health Organization (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*. Recuperado em 4 de Abril, 2021, em: <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>.

World Health Organization (2021, September 13). *Depression*. Recuperado em 1 de Setembro, 2022, em: [Depression \(who.int\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression)

World Health Organization (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. Geneva: World Health Organization.

Zorzetto Filho, D. (2009). *Sintomas somáticos da depressão: características sociodemográficas e clínicas em pacientes de Atenção Primária em Curitiba, Brasil*. Tese de doutorado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

## Anexos

### Anexo A

#### QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO



Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental (LAPSAM)  
Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ)

**Pesquisador responsável:**

Laís Mendonça de Souza

**Orientadores:**

Prof. Dr. Mário César Rezende Andrade

Zlatka Russinova, Ph.D.

#### FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO(A) PARTICIPANTE

PESQUISA: O PROCESSO DE *RECOVERY* EM PESSOAS COM TRANSTORNOS DEPRESSIVOS USUÁRIAS DE SERVIÇOS COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Nome completo (sem siglas)	_____ _____
Data de coleta	___/___/____.
Idade	_____ anos.
Sexo determinado ao nascido	( ) feminino ( ) masculino
Contato telefônico e/ou e-mail	( ) _____ - _____. E-mail: _____@_____

**Informações institucionais****1. Diagnóstico(s) psiquiátrico e/ou neurológico**

- 1.
- 2.
- 3.

**2. Quantas internações psiquiátricas há houve? \_\_\_\_\_****3. Uso de medicação psiquiátrica/neurológica**

0. Não
1. Sim

**Qual (is)?****4. Tipo**

0. estabilizadores de humor
1. ansiolíticos
2. anticonvulsivantes
3. antidepressivos do tipo IMAO
4. antidepressivos tricíclicos
5. antidepressivos de última geração
6. antipsicóticos de primeira geração
7. antipsicóticos de segunda geração

**Informações gerais****1. Mora em zona rural?**

0. Sim
1. Não

**2. Qual é a sua cor autodenominada?**

0. Amarela
1. Branca

2. Indígena
3. Parda
4. Preta

**3. Segue alguma religião?**

0. Sim
1. Não

**4. Qual seu estado civil?**

0. Solteiro(a)
1. Casado(a)
2. Vivo em união estável
3. Divorciado(a)/Separado(a)
4. Viúvo(a)

**5. Possui filhos?**

0. Sim. Quantos? \_\_\_\_
1. Não

**6. Qual sua renda familiar?**

0. Até dois salários mínimos
1. Três a quatro salários mínimos
2. Cinco e seis salários mínimos
3. Sete e 10 salários mínimos
4. Dez a 15 salários mínimos
5. Acima de 16 salários mínimos

**7. Possui renda própria?**

0. Sim
1. Não

**8. Qual a sua escolaridade?**

1. Estou cursando o 1º ano do ensino médio
2. Estou cursando o 2º ano do ensino médio
3. Estou cursando o 3º ano do ensino médio

4. Concluí o ensino médio e não ingressei no ensino superior
5. Estou cursando o ensino técnico ou superior
6. Concluí o curso técnico ou superior
7. Estou cursando a pós-graduação
8. Concluí a minha pós-graduação

**9. Com quem você reside atualmente?**

1. Familiares (pais, responsáveis legais, irmã(os))
2. Avós
3. Parentes (tios, primos)
4. Amigos ou colegas
5. Companheiro(a), parceiro(a), cônjuge ou esposa/marido
6. Sozinho(a)
7. Outro

**10. Você participa de alguma atividade de grupo ou individuais? (Aulas em grupo, atividades do CRAS ou da Igreja, grupos de estudo, grupos de apoio, programa voluntário, etc.)**

1. Sim. Qual? \_\_\_\_\_
2. Não

**11. Pratica exercício físico?**

1. Sim. Quantas vezes na semana? \_\_\_\_\_
2. Não

**11. Faz psicoterapia?**

1. Sim. Via serviço público de saúde ou particular?
2. Não.

**12. Você trabalha? Quantas horas por dia?**

1. 0
2. 2
3. 4
4. 6
5. 8 ou mais

**13. Você gosta do seu trabalho?**

1. Sim
2. Não

**14. Quantas horas de lazer você tem por dia?**

1. 0
2. 1
3. 2
4. 3
5. 4 ou mais

Outras informações:

---

---

---

---



## Anexo B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES DA PESQUISA (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “*Recovery* em Pessoas com Transtornos Depressivos usuárias de serviços comunitários de saúde”, desenvolvida pela mestrandia em Psicologia, Laís Mendonça de Souza, da Universidade Federal de São João del-Rei sob orientação do Professor Mário César Rezende Andrade.

O objetivo central deste estudo é verificar como se dá o “*recovery*” (superação/enfrentamento) da depressão em usuários de serviço de saúde pública com o diagnóstico de transtornos depressivos, considerando fatores que auxiliam e dificultam esse processo. A sua participação é voluntária, ou seja, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar o seu consentimento para a participação nesta pesquisa a qualquer momento. Você não será penalizado(a) de nenhuma maneira caso decida não participar ou desistir a qualquer momento do processo. Contudo, sua participação é muito importante para a execução da pesquisa.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar aos pesquisadores (a mestrandia ou um dos auxiliares do projeto) informações sobre a sua participação e/ou sobre a pesquisa. Essas informações serão fornecidas por meio dos contatos explicitados neste Termo.

#### Procedimentos da Pesquisa

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista e a um conjunto de instrumentos que avaliam aspectos do *recovery* (superação/enfrentamento da doença). Os instrumentos utilizados serão:

- *Recovery Assessment Scale*, versão brasileira (RAS);

- *Recovery Promoting Relationships Scale*, versão brasileira (RPRS);
- Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido, versão brasileira (EMSSP);
- *Internalized Stigma of Mental Illness*, versão brasileira (ISMI);
- *9-item Patient Health Questionnaire* (PHQ-9)
- Questionário sociodemográfico e clínico

Para a realização deste estudo gostaríamos de contar com sua colaboração, durante aproximadamente 01 (uma) hora. A sua participação na pesquisa consistirá em responder alguns questionários e entrevistas sobre seu histórico pessoal e familiar no que diz respeito ao quadro clínico, relacionamento com os profissionais de saúde, suporte social, estigma e informações sociodemográficas. É importante salientar que não existem respostas certas ou erradas. Sendo assim, contamos apenas com a sua sinceridade nas respostas.

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa por ter idade igual ou superior a 18 anos, por ter sido diagnosticado com algum dos transtornos depressivos segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10), não estar em crise e/ou em regime intensivo de atendimento, não apresentar comorbidade neurológica, diagnóstico de deficiência intelectual e/ou dependência química e ainda por não apresentar impossibilidade em compreender e responder às questões dos instrumentos utilizados.

A realização deste estudo pode ter como benefícios para você a oportunidade de refletir sobre algumas de suas experiências de vida de forma geral, e em especial, sobre a sua experiência na depressão e os fatores que te dão suporte ou que agravam suas vivências. Também será possível, ao final do estudo, receber informações de como outras pessoas lidam com a depressão e de fatores que podem favorecer a superação da doença. Este estudo pode ainda, beneficiar outras pessoas com transtornos depressivos, seus familiares, profissionais de saúde mental e as equipes que atuam em centros de atenção psicossocial e em centros de atenção primária à saúde.

Consideramos que por se tratar de um assunto difícil de ser abordado, você poderá sentir certo desconforto ao responder aos questionários e entrevistas. Para minimizar este desconforto você será comunicado antecipadamente sobre a possibilidade de mobilização de sentimentos desconfortáveis como tristeza, raiva ou a culpa. Apesar disso, há riscos de você se sentir entristecido durante ou após responder aos questionários e as entrevistas. Se necessário, caso você perceba forte desconforto emocional, situações de crise e/ou estresse psíquico, você poderá entrar em contato com a pesquisadora através dos contatos informados abaixo para uma conversa de acolhimento.

Você não receberá dinheiro por participar deste estudo, mas também não terá nenhum custo. As despesas com as impressões e/ou compras dos materiais utilizados serão cobertas

integralmente pela pesquisadora deste estudo. Entretanto, caso sejam identificadas e comprovadas quaisquer despesas financeiras provenientes deste estudo, você terá o direito de ressarcimento. Asseguramos a confidencialidade e o sigilo de todas as informações que serão fornecidas por você, seu nome não aparecerá em nenhum momento deste estudo. Os resultados gerais desta pesquisa serão divulgados apenas em termos de grupos e não haverá referência direta ao seu nome. Todas as informações coletadas por meio de questionários serão mantidas em um lugar seguro por 5 (cinco) anos, em sigilo absoluto, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEPISJ. Após este período, os instrumentos e questionários serão destruídos.

Deste já, agradecemos pela atenção e disponibilidade em ler este termo de consentimento até o final e, caso seja de seu interesse participar da pesquisa, nosso muito obrigado!

### **Possíveis Riscos e Desconfortos**

Essa pesquisa envolve riscos mínimos à sua saúde, uma vez que algumas perguntas e partes dos testes podem te gerar algum desconforto durante a execução das atividades propostas, como cansaço e frustração. A fim de evitar e/ou reduzir efeitos adversos, caso você sinta qualquer desconforto na realização das atividades, você poderá cessá-las a qualquer momento, como ação de autocuidado. Em seguida, quando julgar oportuno, você poderá reportar esse fato ao pesquisador(a) que esteja conduzindo a atividade, para que este possa orientá-lo a respeito de qualquer conduta que se faça necessária, de acordo com sua situação específica. Caso sinta que exista algum efeito subjetivo negativo tenha se originado desta pesquisa, você também poderá comunicá-lo a(o) responsável pela coleta. Ele (a) terá condições de conduzir intervenções de apoio até a melhorias das manifestações subjetivas adversas decorrentes desta pesquisa.

### **Custeio**

Sua participação não acarretará despesas pessoais para participar em qualquer fase do estudo. Você será convidado a participar desta pesquisa quando tiver retornado à instituição que te acompanha. Também, não há compensação financeira relacionada à sua participação.

### **Privacidade**

Os pesquisadores se comprometem a manter a confidencialidade dos dados de identificação pessoal dos participantes, sendo que todas as informações obtidas nesse estudo poderão ser publicadas com finalidade científica, com os resultados divulgados de maneira

agrupada, sem a identificação dos indivíduos que participaram do estudo. Em qualquer etapa deste estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Prof. Dr. Mário César de Rezende Andrade, que pode ser encontrado na Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ) – Campus Dom Bosco, com endereço situado na Rua Padre João Pimentel 80, bairro Dom Bosco, na cidade de São João Del Rei – MG. CEP 36301-158, telefone: (32) 3379-2400, e-mail: mariocesar@ufsjs.edu.br.

### **Uso dos Dados Coletados**

Você tem a garantia de que todos os dados obtidos a seu respeito só serão utilizados para fins de pesquisa. Os Protocolos de Registro utilizados serão armazenadas em arquivo físico no Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental (LAPSAM) da UFSJ. Adicionalmente, os resultados das provas e dos questionários serão salvos em arquivos digitais para fins de análise dos dados. O acesso a essas informações estará restrito ao pesquisador e seus orientadores. Após o término da pesquisa, todo o material coletado será mantido em arquivo por pelo menos cinco (5) anos, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e orientações do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSJ (CEPES).

### **Direito a ter acesso aos resultados da pesquisa**

É seu direito de ser mantido (a) atualizado (a) sobre os resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores. Quando o estudo for finalizado, o senhor(a) será informado (a) sobre os principais resultados e conclusões obtidas no estudo.

### **Benefícios da Participação**

O benefício direto ao participar desta pesquisa será o seu acesso às informações relacionadas aos fatores de favorecem e dificultam o *recovery* (recuperação, superação) da depressão. Essas informações possibilitarão aos profissionais da instituição na qual está acolhido e a você compreenderem melhor a natureza das dificuldades impostas a você pela condição clínica que te acomete. O benefício indireto da sua colaboração com esta pesquisa é que os resultados ajudarão a entender melhor como acontece do *recovery* em transtornos depressivos e como o tratamento pode ser orientado para a promoção de *recovery*.

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “*Recovery* em Pessoas com Transtornos Depressivos

usuárias de serviços comunitários de saúde”. Eu discuti com o pesquisador(a) sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Este documento será emitido em duas vias; uma via ficará em meu poder e outra com o pesquisador. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes, durante ou após a participação nesta pesquisa, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

São João del-Rei, Minas Gerais, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

Declaro que entendi os objetivos e condições da minha participação na pesquisa e concordo em participar.

**Nome do Participante:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

#### **Considerações Finais**

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da CEPSJ. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

## Anexo C

### Guia de Entrevista - Usuários

#### *Sobre o uso deste guia*

*Este guia de tópicos é um ponto de partida para uma entrevista em profundidade com usuários de serviço de saúde mental, para investigar o que a superação dos transtornos mentais significa para eles.*

*Perguntas serão adicionadas sempre que o participante mencionar algo interessante ou tocar em algum ponto que precise de esclarecimento.*

*As perguntas devem buscar a experiência pessoal dos participantes para evitar respostas estereotipadas (exceção deve ser feita no caso de perguntas que não se aplicam a experiências vividas pelos participantes).*

*Ênfase deve ser feita em conhecimento pessoal, experiência ou percepções se as respostas dos participantes somente se referirem a conceitos médicos ou definições providas pelos serviços de saúde.*

### **1. Introdução**

Obrigado por concordar em participar deste projeto de pesquisa e permitir a gravação desta entrevista e de anotações adicionais. Tudo o que você disser será confidencial e, quando nós transcrevermos esta entrevista, sua identidade será protegida. Se você tiver qualquer pergunta ou precisar interromper para descansar, por favor, avise-me.

Não existem respostas erradas; nós gostaríamos de conhecer a sua experiência pessoal e opiniões.

### **2. Informações sobre o Participante**

Para começar, eu gostaria de coletar algumas informações gerais:

Data e horário da entrevista
Nome do usuário
Gênero
Idade
Contexto de vida (onde, com quem)
Início de problemas mentais sérios (data aproximada)
Primeiro contato com um Serviço de Saúde Mental (data aproximada)
Frequência inicial e uso do Serviço de Saúde Mental (por semana/mês)
Frequência atual o uso do Serviço de Saúde Mental (por semana/mês)
Informações adicionais

### **3. Antecedentes. Noção individual de superação**

*(Abordagem de baixo para cima)*

*Perguntas de pesquisa: como o usuário descreve a sua experiência desde que seus problemas mentais começaram? Qual é o conhecimento do usuário e sua percepção de bem-estar? Como o usuário define estar mentalmente bem? E estar mentalmente indisposto? O*

*que representa bem-estar/o que o usuário objetiva? Como “O que Importa Mais” está relacionado ao bem-estar na cultura Latina?*

Eu gostaria de conhecer sobre sua história: *(leia primeiro a pergunta principal, se necessário continue com sondagens em subpontos)*

- Você pode me contar sobre a sua vida antes de começar a ter problemas de saúde mental?
  - Como você era?
  - Como você se sentia?
- Quando você primeiro se sentiu mal/teve problemas mentais, o que aconteceu?
  - O que/como você sentiu?
  - Como isto afetou a sua vida?
  - Como reagiu?
- As coisas mudaram desde então?
  - Mudanças em você?
  - Mudanças na sua rede de apoio?
  - O que você faz em seu tempo livre?
- Como essas mudanças fizeram você se sentir?
- O que você gostaria para o futuro?
  - Quais são seus sonhos/projetos?
- O que faz você que faz se sentir satisfeito?
  - Você faz essas coisas regularmente?
  - Como é um dia normal para você?
- Você poderia descrever uma história de vida típica de uma pessoa com problemas mentais?
  - Teria uma família?
  - Trabalho?
  - Estudaria?
  - E como seria quando envelhecesse?
- Que opinião você tem dessa história de vida?
- Você conhece pessoas que tiveram problemas mentais e se sentem melhor agora? Como elas são?
- Quais são as diferenças entre a sua experiência pessoal com problemas mentais e a história de outros usuários?
- Qual seria a diferença se o outro usuário fosse homem/mulher? *(sexo oposto)*?
- E se o usuário viesse de outra cultura diferente?
- Qual você pensa que é a diferença entre (cuidador) e você??
  - Diferenças pessoais?
  - Diferenças na história de vida?
  - Diferenças no estilo de vida?
- Quem contatou os serviços?
- Por que você/*(alguém mais)* decide contatar um serviço de saúde mental?
- Para que servem serviços de saúde mental?
  - O que as pessoas fazem ali?

- O que mudou quando ela começou a ir?
- Para você, os serviços de saúde mental têm sido importantes?
- Deveriam oferecer algo mais?
- Você tem um diagnóstico? Como isso faz você se sentir?

#### 4. Dimensões da superação identificada em literatura prévia (abordagem de cima para baixo)

*Perguntas de pesquisa: O usuário considera as dimensões da superação identificadas na literatura prévia relevantes para o seu entendimento de superação? – Essas dimensões são: conectividade, esperança e otimismo em relação ao futuro, identidade, sentido da vida, empoderamento e resiliência. Como “O que Importa Mais” na cultura Latina está relacionado com bem-estar?*

Eu vou dizer uma lista de palavras e suas definições e gostaria de saber o que você sente sobre elas – *Relacione palavras com a experiência pessoal do participante e explique as palavras que posam estar não claras.*

<p>Conexão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pessoal: Interação com família, amigos e profissionais/colegas de trabalho.</li> <li>○ Com a comunidade: Interação e participação com a comunidade estendida.</li> </ul>
Esperança e otimismo: Antecipação de um futuro que é bom, ter sonhos e aspirações.
Identidade: Ter um senso positivo de si mesmo, saber quem você quer ser.
Sentido e propósito na vida: Fazer sentido de experiências e incorporá-las na sua vida, descobrir novas possibilidades e perseguir novas metas na vida e papéis sociais.
Empoderamento: Obter controle sobre a sua vida e tratamento, focar na sua força.
<p>Resiliência:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Individual</li> <li>○ Na comunidade</li> </ul>
<p>Família</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Apoio familiar: Contar com a família, ter ajuda dela e/ou companhia.</li> <li>○ Começar/ter uma família: Ter um parceiro e/ou filhos próprios.</li> </ul>
Religião: Entendido em um senso amplo. Qualquer religião, ou crença espiritual, ou participar em um grupo de atividades religiosas.
<p>Emprego</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pago: ser empregado ou fazer um trabalho <i>freelance</i> pago.</li> <li>○ Voluntário: trabalho não remunerado.</li> </ul>
Música: Qualquer tipo de música; ouvir, dançar ou tocar música.
Outras formas de arte: Pintura, teatro, cinema, artesanato ou outros tipos de forma de arte.
Status Social: família, nível de educação, vizinhança, acomodações posição no trabalho, etc.
Renda: Dinheiro ganho.
Tradições: Participar e perpetuar tradições familiares ou da comunidade (por ex. Natal, comer pizza no domingo à noite, etc.)



## 5. Fechamento

Obrigado por compartilhar comigo as suas ideias e sua experiência de superação. Antes que nós terminemos, eu gostaria de saber:

- Você tem algum comentário sobre as coisas que nós conversamos durante esta entrevista?
- Existe alguma coisa sobre superação/sentir-se bem que você acha que nós não falamos durante a entrevista?
- Você tem alguma pergunta relacionada a esta pesquisa ou ao uso destas informações?
- O que você achou da entrevista?

## Anexo D

### Domains of recovery process

Domain	Examples of a process that favours recovery	Examples of a process that hinders recovery
<b>Connectedness</b>	<p data-bbox="468 512 775 536"><b>Presence of connectedness:</b></p> <p data-bbox="468 572 1167 660">[about what makes you feel strong to face the disease] "Because I know that I have on my side the [psychologist] and my mother. Then it pushes me". (P.09)</p> <p data-bbox="468 697 1099 753">[about suicide ideation] "A few times [...] I couldn't [do it] because of my mother". (P.09)</p> <p data-bbox="468 790 1160 906">"I think the only thing that is still holding me here is my mother. If I lose her, there won't be anything else. It's the only thing that keeps me here, because I really have... I have no desire to stay here". (P10)</p> <p data-bbox="468 943 1144 1062">[on advice you would give to those who are depressed] "That it doesn't worth it [to commit suicide] [...]. There are people who need you, you know? As I know there are people who need me. Just like my niece likes me very much". (P.08)</p>	<p data-bbox="1256 512 1518 536"><b>Lack of connectedness:</b></p> <p data-bbox="1256 572 1955 692">[about building a family] "Oh, not at the moment because I think I'm too cold. And having kids, I want, but... Because I don't have my father present, I don't trust men and I don't feel safe with them". (P.09)</p> <p data-bbox="1256 729 1912 785">"I didn't want to believe in the human beings anymore. I trust animals more than humans". (P01)</p> <p data-bbox="1256 821 1955 970">"And my kids, you know, they're on the phone a lot... One [of the kids] just cares about his soccer matches [...] They're more detached, you know? My mom and my sister are also detached now. Before, they stood more together [...] I feel I'm gonna be abandoned at any time". (P.16)</p>

*Table  
Continued*

<b>Domain</b>	<b>Examples of a process that favours recovery</b>	<b>Examples of a process that hinders recovery</b>
<b>Empowerment</b>	<p><b>Presence of empowerment:</b></p> <p>Like I talk to [the psychologist]... no matter how much I get knocked down, I fight against, you know? I don't surrender, I don't surrender... (P.02)</p> <p>[on what would give you empowerment] Having my home. Getting a job back and being respected again. (P.13)</p> <p>Oh, I said that if he doesn't get better I'm leaving. I'll get some money and I'll leave it well hidden [...]. Then I'll walk away. (P.12)</p> <p>I have to move on. Even with my pain, with my thing... I say: "I have to carry on" (P.03)</p>	<p><b>Lack of empowerment:</b></p> <p>I don't feel strong enough to go down that path... At least not alone. (P.10)</p> <p>I'm too weak! I try to be strong, to withstand the pressure, but inside me it erodes [...] (P.11)</p> <p>[...] Oh, I don't know if I can beat this depression anymore. I think... At the moment I can tell you that it is much stronger than me. It's like there's a King Kong in front of me for me to confront. I have to go pass it and it doesn't want to let me go. I see depression like this: like a King Kong (P.13)</p>
<b>Hope</b>	<p><b>Presence of hope:</b></p> <p>Oh, we have to think positive, right? Believe it, to get it. [...] Even if it's the last thing I do in my life, but I'm going to prune this rose bush [again] [...] (P.07)</p> <p>I think I can get better, I can get a lot better. I have some plans for the future. (P.14)</p> <p>[When I get back to work] Everything is gonna change, my life is gonna change. I can fix my house, save some money, pay my bills [...]. (P.08)</p>	<p><b>Lack of hope:</b></p> <p>I try to think [things] will get better, but I don't have faith they will. There's a stronger thing that pulls me... [and I think] worst things can come [...]. I lost hope a long time ago. I try to find it, but I don't have it anymore. (P.09)</p> <p>I want to die [...] Because my life is so dull. I don't have a job anymore, I'm not healthy anymore, I don't sleep, I don't have a husband anymore, I don't have my father anymore... What's holding me back in this world, tell me? Is there anything good in my life?</p>

*Table  
Continued*

<b>Domain</b>	<b>Examples of a process that favours recovery</b>	<b>Examples of a process that hinders recovery</b>
<b>Empowerment</b>	<p><b>Presence of empowerment:</b></p> <p>Like I talk to [the psychologist]... no matter how much I get knocked down, I fight against, you know? I don't surrender, I don't surrender... (P.02)</p> <p>[on what would give you empowerment] Having my home. Getting a job back and being respected again. (P.13)</p> <p>Oh, I said that if he doesn't get better I'm leaving. I'll get some money and I'll leave it well hidden [...]. Then I'll walk away. (P.12)</p> <p>I have to move on. Even with my pain, with my thing... I say: "I have to carry on" (P.03)</p>	<p><b>Lack of empowerment:</b></p> <p>I don't feel strong enough to go down that path... At least not alone. (P.10)</p> <p>I'm too weak! I try to be strong, to withstand the pressure, but inside me it erodes [...] (P.11)</p> <p>[...] Oh, I don't know if I can beat this depression anymore. I think... At the moment I can tell you that it is much stronger than me. It's like there's a King Kong in front of me for me to confront. I have to go pass it and it doesn't want to let me go. I see depression like this: like a King Kong (P.13)</p>
<b>Hope</b>	<p><b>Presence of hope:</b></p> <p>Oh, we have to think positive, right? Believe it, to get it. [...] Even if it's the last thing I do in my life, but I'm going to prune this rose bush [again] [...] (P.07)</p> <p>I think I can get better, I can get a lot better. I have some plans for the future. (P.14)</p> <p>[When I get back to work] Everything is gonna change, my life is gonna change. I can fix my house, save some money, pay my bills [...]. (P.08)</p>	<p><b>Lack of hope:</b></p> <p>I try to think [things] will get better, but I don't have faith they will. There's a stronger thing that pulls me... [and I think] worst things can come [...]. I lost hope a long time ago. I try to find it, but I don't have it anymore. (P.09)</p> <p>I want to die [...] Because my life is so dull. I don't have a job anymore, I'm not healthy anymore, I don't sleep, I don't have a husband anymore, I don't have my father anymore... What's holding me back in this world, tell me? Is there anything good in my life?</p>

Table

Domain	Examples of a process that favours recovery	Examples of a process that hinders recovery
<b>Meaning in life</b>	<p><b>Presence of meaning in life:</b></p> <p>All my life I've always enjoyed helping others, you know? It's part of my nature (P.01)</p> <p>I've learned a lot from life. It has taught me a lot. (P.02)</p> <p>I want to be a cop, the only thing. [...] I've always felt that it has a mening for me to do that. I want to protect people. It gives meaning to my life. [...] It's a reason for me to win, because... From the state I was in, I know I wouldn't be able to be a police officer and I'm getting a lot better. (P.09)</p> <p>Maybe that's why God won't let me die. Maybe because I still have to accomplish something in this life. [...]. (P.13)</p>	<p><b>Lack of meaning in life:</b></p> <p>To tell you the truth, everyday I feel like I want to die, you know? Even though I have people who like me, who are there for me... I have my granddaughters and everything, but... (P.05)</p> <p>There's practically nothing that I can tell [that is]... happy [...]. Sometimes I wonder why I am living, why I'm still here. (P.07)</p> <p>I lost the meaning of life (P.11)</p> <p>I have no expectations of anything else. No... I lost everything (P.02)</p>
<b>Identity</b>	<p><b>Presence of a positive sense of identity:</b></p> <p>- Interviewer: Identity: knowing who you are, having a positive sense of yourself.</p> <p>- (P.14): I have! I look at myself in the mirror and I find myself beautiful. I have many flaws, but... I don't care [...]. I love myself, because if I don't, who will. It's me in the first place.</p> <p>I've learned to be a very strong guy, I fight a lot. It has the ups and downs, but I don't surrender easily. [...] I have a very good heart. I help a lot. I'm very truthful, I don't like anything wrong. I've made a lot of mistakes, but I've never harmed anyone (P.02)</p>	<p><b>Lack of a sense of identity:</b></p> <p>- Interviewer: But do you think identity is just your diagnosis? It's just the disorders you might have? Do you think you have nothing beyond that?</p> <p>- (P.16) No, because I can't recover from this yet. It seems to get worse, I can't stabilize [...] I want to know what I have to be able to prevent a crisis. I don't want to have another strong crisis [like the one] that stopped me from working [...]. What am I going to do know? Where do I go? What am I going to pursuit?</p> <p>I think I don't know who I am anymore. I'm kinda lost, you know? [...] I have no idea of anything anymore. (P.15)</p>