



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

CARLOS ALEXANDRE DA SILVA RODRIGUES

ANÁLISE DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO CULTURAL DO WRAP (*WELLNESS RECOVERY ACTION PLAN*) AO CONTEXTO BRASILEIRO

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Daniela Ribeiro Schneider

Co-Orientadora: Prof.^a Dr.^a Tânia Maris Grigolo

FLORIANÓPOLIS, SC

2023

CARLOS ALEXANDRE DA SILVA RODRIGUES

ANÁLISE DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO CULTURAL DO WRAP (*WELLNESS RECOVERY ACTION PLAN*) AO CONTEXTO BRASILEIRO

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Daniela Ribeiro Schneider

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Tânia Maris Grigolo

FLORIANÓPOLIS, SC

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Rodrigues, Carlos Alexandre da Silva

Análise do processo de adaptação cultural do WRAP (Wellness Recovery Action Plan) ao contexto brasileiro / Carlos Alexandre da Silva Rodrigues ; orientador, Daniela Ribeiro Schneider, coorientador, Tânia Maris Grigolo, 2023.

230 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. WRAP. 3. Recovery. 4. Adaptação Cultural. 5. Saúde Mental. I. Ribeiro Schneider, Daniela. II. Grigolo, Tânia Maris. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. IV. Título.

Carlos Alexandre da Silva Rodrigues

ANÁLISE DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO CULTURAL DO WRAP (*WELLNESS RECOVERY ACTION PLAN*) AO CONTEXTO BRASILEIRO

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 19 de setembro de 2023, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Daniela Ribeiro Schneider, Dr.(a)

Membro Titular 1 – PPGP – Universidade Federal de Santa Catarina (Orientadora)

Prof.(a) Tânia Maris Grigolo, Dr.(a)

PMF (Coorientadora)

Prof.(a) Ana Lúcia Mandelli de Marsillac, Dr.(a)

Membro Titular 2 – PPGP – Universidade Federal de Santa Catarina (Examinador interno)

Prof.(a) Ivânia Jann Luna, Dr.(a)

Membro Suplente 1 - PPGP – Universidade Federal de Santa Catarina (Suplento interno)

Prof.(a) Eduardo Mourão Vasconcelos, Dr.(a)

Membro Titular 3 – PPGSS – Universidade Federal do Rio de Janeiro (Examinador externo)

Prof.(a) Rosana Tereza Onocko Campos, Dr(a)

Membro Suplente 2 – PPGSC – FCM/UNICAMP (Suplento externo)

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a. Ana Lúcia Mandelli de Marsillac, Dr^a.
Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof^a. Daniela Ribeiro Schneider, Dr^a.
Orientador(a)

Florianópolis, 2023.

A todos que, de forma paciente, acreditaram em mim e apostaram que eu seria capaz de iniciar, manter-me e, especialmente, persistir até a conclusão deste ciclo.

As pessoas que vivenciaram e vivenciam o sofrimento psíquico e tiveram a oportunidade de vivenciar o processo *Recovery* e o

WRAP, com esperança em vidas que valem a pena ser vividas, com empoderamento e bem-estar.

AGRADECIMENTOS

Manifestar meus agradecimentos é reconhecer que esta etapa do Mestrado fez parte do meu projeto de ser, e por isso agradeço pelas contribuições positivas na criação das condições que me levaram a concluir este ciclo. Este registro resume lembranças de pessoas que significaram muito para mim durante esse período.

Agradeço pela oportunidade e pelo privilégio de ter sido estudante e pesquisador na Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC. Recordar minha jornada, que começou como estudante no ensino fundamental e médio em instituições públicas, me enche de sensação de vitória. Vindo de uma comunidade periférica marcada por desigualdades sociais, tenho um orgulho imenso por ter trilhado um caminho ascendente, tornando-me pioneiro na família como aluno de um Mestrado. Agradeço à universidade pública e de qualidade, obrigado, UFSC!

Agradeço às participantes desta pesquisa, mulheres psicólogas que implementaram os estudos pilotos do WRAP no Brasil. Elas foram protagonistas e inspiradoras.

Agradeço a todos os usuários e familiares dos serviços de saúde mental com os quais mantive contato ao longo desta jornada. Um agradecimento especial vai para as pessoas ligadas ao CAPS II e CAPSad de Florianópolis, bem como à Associação Alegrementemente, pela acolhida e pelas trocas valiosas nos projetos terapêuticos. Aprendi muito, recebi muito carinho e agradeço a vocês por me tornar o psicólogo que sou e venho me tornando.

Minha gratidão à Faculdade CESUSC e ao corpo docente pelo apoio e incentivo neste projeto. A instituição foi uma base importante para tornar esta pesquisa possível.

Agradeço à minha orientadora, Professora Daniela Ribeiro Schneider, que além da orientação acadêmica de excelência neste trabalho científico, também acompanhou momentos pessoais comigo, como parceira empática e corresponsável pelas lutas, dificuldades e conquistas dessa jornada. Muito obrigado por tudo e pela grandiosidade de sua amizade, respeito e compreensão. Sua abordagem democrática e horizontal deixou uma marca duradoura em mim. Dani, você é uma professora admirável; obrigado pelo aprendizado significativo!

Agradeço aos colegas, parceiros acadêmicos do PSICLIN, que foram essenciais em momentos de decisões coletivas, melhorias no projeto, apoio e conselhos. Tivemos muitas orientações conjuntas de qualidade e momentos descontraídos. Especialmente a Cláudia,

Juliana, Charlene, Milene, Adria, Leila, Gabriela e Douglas. Obrigado pela humildade, acolhida e disponibilidade de vocês!

Agradeço de maneira especial à professora Tânia Maris Grigolo, por plantar as sementes deste projeto comigo. Seu pioneirismo com o *Recovery* e o WRAP no Brasil foi inspirador. Desde a graduação, sua supervisão foi uma honra e agradeço por ter aceitado ser minha co-orientadora. Sem você, este projeto não teria se concretizado. Minha profunda gratidão por ter acreditado e investido em mim, e por todos os encontros existenciais transformadores ao longo dos anos.

Agradeço pelas contribuições dos professores no processo de qualificação desta pesquisa, especialmente ao Professor Eduardo Mourão Vasconcelos pelas contribuições valiosas, e aos professores do PPGP-UFSC por todo o conhecimento compartilhado e construído.

Aos meus pais, Laci e Carlos, minha gratidão pela vida, amor e pela oportunidade de estudar, mesmo com todas as nossas simplicidades e limitações. À minha irmã, Fabiane, agradeço pelo apoio imenso, compreensão e assistência pessoal.

Aos amigos que são como irmãos, obrigado por respeitarem minhas prioridades, compreenderem e oferecerem ouvidos atentos quando precisei. Um agradecimento especial ao Denis, Devair e Rodrigo.

Ao Sandro Albano, que fez parte de grande parte da minha vida, obrigado pelos incentivos e apoio no início deste projeto de mestrado. O sentimento e o crescimento pessoal foram importantes nesse processo. Sua trajetória serviu como um espelho admirável.

Ao João Gabriel, meu filho, obrigado pelo olhar compreensivo de criança diante do que o pai vivenciava. Muitos momentos foram dedicados a esta jornada, e espero retribuir com o amor transbordante que você merece.

A todos vocês que acreditaram em mim, foram uma parte afetiva, forneceram apoio e formaram uma rede significativa de suporte e família: Muito obrigado!

I am a person, not an Illness. (Eu sou uma pessoa, não uma doença).

Pat Deegan (Patricia E. Deegan)

Rodrigues. C. A. S. (2023). *Análise do processo de adaptação cultural do WRAP (Wellness Recovery Action Plan) ao contexto brasileiro*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Daniela Ribeiro Schneider

Co-orientadora: Prof^ª Dr^ª Tânia Maris Grigolo

Data da defesa: 19/09/2023.

RESUMO

O processo de adaptação cultural de programas, políticas ou instrumentos na área da psicologia e da saúde mental exige um detalhamento do percurso metodológico, com etapas rigorosas e sensíveis à população ou realidade a que se destina, sem que se perca a fidelidade à versão original. Esta pesquisa analisou um programa da abordagem *Recovery*, que no Brasil é uma aproximação importante aos pressupostos e avanços da Reforma Psiquiátrica. O processo de adaptação cultural do WRAP (*Wellness Recovery Action Plan*) ao contexto brasileiro. Trata-se de um plano de bem-estar que, na medida em que propõe aos participantes um processo de identificar e compreender seus recursos pessoais com as “ferramentas do bem-estar”, desenvolve um plano individualizado para usar esses recursos diariamente para melhor gerenciar seus sofrimentos psíquicos. Há seis estudos pilotos, realizados na cidade de Florianópolis, com diferentes populações ligadas aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, aos profissionais e estudantes de psicologia. O delineamento da pesquisa é de caráter exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Foi realizada análise de dados secundários, a partir do material disponível dos seis pilotos, entre 2015 e 2019. Posteriormente, foram desenvolvidas entrevistas semiestruturadas, com profissionais que contribuíram para que o WRAP fosse aplicado no Brasil. Por último, foi utilizado o instrumento *Checklist*, que possibilitou a avaliação do processo de adaptação cultural. A análise de dados utilizou-se da análise documental, análise de conteúdo e análise da avaliação do *Checklist*.

Palavras-chave: WRAP; Recovery; Adaptação Cultural; Saúde mental; Atenção Psicossocial

Rodrigues, C. A. S. (2023). *Analysis of the cultural adaptation process of WRAP (Wellness Recovery Action Plan) to the Brazilian context*. (Dissertation/Master's Thesis). Graduate Program in Psychology. Federal University of Santa Catarina.

ABSTRACT

The process of cultural adaptation of programs, policies, or instruments in the field of psychology and mental health requires a detailed methodological approach with rigorous steps that are sensitive to the target population or reality, while maintaining fidelity to the original version. This research analyzed a program from the Recovery approach, which in Brazil is an important approximation to the principles and advances of Psychiatric Reform. The process of cultural adaptation of the Wellness Recovery Action Plan (WRAP) to the Brazilian context was examined. WRAP is a wellness plan that, by guiding participants through a process of identifying and understanding their personal resources using "wellness tools," develops an individualized plan to utilize these resources daily to better manage their psychological distress. Six pilot studies were conducted in the city of Florianópolis, involving different populations related to the Psychosocial Care Network services, professionals, and psychology students. The research design is exploratory and descriptive, utilizing a qualitative approach. Secondary data analysis was performed using available materials from the six pilots conducted between 2015 and 2019. Subsequently, semi-structured interviews were conducted with professionals who contributed to the implementation of WRAP in Brazil. Lastly, the *Checklist* instrument was employed to evaluate the cultural adaptation process. Data analysis involved documentary analysis, content analysis, and evaluation of the *Checklist*.

Keywords: WRAP; Recovery; Cultural Adaptation; Mental Health; Psychosocial Care.

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| 1. INTRODUÇÃO | 18 |
| 2. OBJETIVOS | 24 |
| 2.1 Objetivo geral | 24 |
| 2.2 Objetivos específicos | 24 |
| 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 25 |
| 3.1 A Reforma Psiquiátrica: Localizando as transformações do cuidado em saúde mental no Brasil e no mundo..... | 25 |
| 3.2 Clínica da Atenção Psicossocial | 38 |
| 3.3 <i>Recovery</i> e ações despatologizantes em saúde mental..... | 44 |
| 3.4 WRAP - <i>Wellness Recovery Action Plan</i> | 62 |
| 3.5 Adaptação Cultural de Programas e Instrumentos de Cuidado em Atenção Psicossocial, Prevenção e Promoção de Saúde Baseado em Evidências | 71 |
| 3.6. Processo de Adaptação Cultural do <i>Recovery</i> no Brasil..... | 81 |
| 4. MÉTODO | 89 |
| 4.1 Caracterização e delineamento | 89 |
| 4.2 O Instrumento WRAP..... | 91 |
| 4.3 Etapas do percurso metodológico..... | 92 |
| 4.4 Contexto de Pesquisa e Participantes..... | 95 |
| 4.5 Critérios de Inclusão / Exclusão | 96 |
| 4.6 Instrumentos e técnicas para Coleta de dados | 96 |
| 4.7 Procedimentos para Coleta de dados | 97 |
| 4.8 Análise de dados | 97 |
| 4.9 Aspectos e procedimentos éticos | 99 |
| 5. RESULTADOS | 101 |
| 5.1 Caracterização das participantes..... | 101 |
| 5.2 Análise documental..... | 102 |
| 5.3 Análise de conteúdo..... | 102 |
| 5.4 Análise do <i>Checklist</i> | 103 |
| 6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 104 |
| 6.1. Análise dos documentos produzidos ao longo do projeto de adaptação cultural do WRAP 105 | |
| 6.2. A percepção das implementadoras do projeto de adaptação cultural do WRAP | 125 |
| 6.3 <i>Checklist</i> da Adaptação Cultural das implementações piloto do WRAP para o Brasil..... | 145 |

| | |
|--|------------|
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 164 |
| 7.1 Considerações epistemológicas da pesquisa | 164 |
| 7.2 Considerações sobre o percurso histórico e metodológico do WRAP no Brasil | 166 |
| 7.3 Considerações da caracterização do processo de adaptação cultural dos estudos pilotos do WRAP no Brasil..... | 169 |
| 7.4 Considerações sobre a avaliação de processos na adaptação cultural do WRAP no Brasil | 171 |
| 7.5 Considerações sobre as contribuições e desdobramentos para a pesquisa de adaptação cultural do WRAP ao Brasil | 176 |
| REFERÊNCIAS | 179 |
| APÊNDICES..... | 197 |
| Apêndice A - Síntese dos Materiais e Produções do WRAP Brasil (2015-2019)..... | 197 |
| Apêndice B - Relação de Materiais e Ações comuns a todos os projetos de estudos pilotos do WRAP Brasil (1 a 6)..... | 209 |
| Apêndice C - Roteiro de entrevistas semidirigidas | 210 |
| Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 211 |
| ANEXOS | 217 |
| Anexo A - “WRAP de Bolso - Brasil” | 217 |
| Anexo B - “Plano de Crises de Bolso WRAP Brasil” | 218 |
| Anexo C – Questionário de Satisfação – WRAP Brasil 1 | 219 |
| Anexo D - Questionário de Avaliação do WRAP Brasil (Pré-teste e Pós-teste) | 221 |
| Anexo E - <i>Checklist</i> de D’Tôlis (2018), para avaliação da adaptação cultural de programas de saúde mental baseados em evidência..... | 223 |

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1.** – Caixa de Ferramentas para o Bem-estar WRAP
- Quadro 2.** – Perspectiva histórica das ideias de empoderamento e *Recovery* no Brasil
- Quadro 3.** – Descrição das versões dos estudos pilotos do WRAP Brasil
- Quadro 4.** – Cronograma de atividades “WRAP Brasil 1”
- Quadro 5.** – Cronograma de atividades “WRAP Brasil 2”
- Quadro 6.** – Cronograma de atividades “WRAP Brasil 3”
- Quadro 7.** – Cronograma de atividades “WRAP Brasil 4”
- Quadro 8.** – Cronograma de atividades “WRAP Brasil 5”
- Quadro 9.** – Cronograma de atividades “WRAP Brasil 6”
- Quadro 10.** – Categorias do instrumento *Checklist*
- Quadro 11.** – Classificação avaliativa do *Checklist* sobre adaptação cultural, conforme quantidade de indicadores cumpridos
- Quadro 12.** – Subcategorias da “Categoria 1 - Planejamento de Implementação”
- Quadro 13.** – Resultados da avaliação por Subcategorias da Categoria 1 - Planejamento de Implementação
- Quadro 14.** – Média Final da “Categoria 1 - Planejamento de Implementação”
- Quadro 15.** – Subcategorias da “Categoria 2 - Sensibilidade Cultural”
- Quadro 16.** – Avaliação das Subcategorias da “Categoria 2 - Sensibilidade Cultural”
- Quadro 17.** – Média Final da “Categoria 2 – Sensibilidade Cultural”
- Quadro 18.** – Subcategorias da “Categoria 3 - Fidelidade à versão original do Programa”
- Quadro 19.** – Resultados da avaliação por Subcategorias da “Categoria 3 - Fidelidade à versão original do Programa”
- Quadro 20.** – Média final da “Categoria 3 – Fidelidade à versão original do Programa”
- Quadro 21.** – Subcategorias da “Categoria 4 - Processos de Refinamento da versão adaptada do Programa”
- Quadro 22.** – Resultados da avaliação por Subcategorias da “Categoria 4 - Processos de Refinamento da versão adaptada do Programa”
- Quadro 23.** – Média Final da “Categoria 4 – Processos de Refinamento da versão adaptada do Programa”
- Quadro 24.** – Média final e qualificação por Categoria
- Quadro 25.** – Média final e qualificação do *Checklist* de Adaptação Cultural do WRAP

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. – Modelo de Caixa de Ferramentas

Figura 2. – Processo de mensuração

Figura 3. – Fases do processo de adaptação cultural de um instrumento

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. – Percentual de qualificação entre as subcategorias da “Categoria 1 - Planejamento de Implementação”

Gráfico 2. – Percentual de qualificação entre as subcategorias da “Categoria 2 – Sensibilidade Cultural”

Gráfico 3. – Percentual de qualificação entre as subcategorias da “Categoria 3 – Fidelidade à versão original do Programa”

Gráfico 4. – Percentual de qualificação entre as subcategorias da “Categoria 4 - Processos de Refinamento da versão adaptada do Programa”

Gráfico 5. - Percentual alcançado das etapas de adaptação cultural do WRAP Brasil

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria

ABRASME - Associação Brasileira de Saúde Mental

AD – Álcool e Outras Drogas

APA - *American Psychological Association*

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEPSH - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CESUSC – Complexo de Ensino Superior de Santa Catarina

CFH - Centro de Filosofia e Ciências Humanas

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS - Conferência Nacional da Saúde

CNSM – Conferência Nacional da Saúde Mental

DINSAN – Divisão Nacional de Saúde Mental

FESP - Funções Essenciais de Saúde Pública

GT – Grupo de Trabalho

MNLA - Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

MS – Ministério da Saúde

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NREPP - *The National Registry of Evidence-Based Programs and Practices*

NRTC - *National Research and Training Center*

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PPGP - Programa de Pós-Graduação em Psicologia

PRONACOOP - Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e ao Cooperativismo Social

PSICLIN – Núcleo de Pesquisas em Clínica da Atenção Psicossocial

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RD – Redução de Danos

RP – Reforma Psiquiátrica

RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira

SAMHSA – *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SISNEP – Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SRN - *Scottish Recovery Network*

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UIC - *University of Illinois at Chicago*

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

WRAP – *Wellness Recovery Action Plan*

WRAP Brasil – Plano Pessoal de Ação para Bem-estar e *Recovery* em Saúde Mental.

WHO - *World Health Organization*

APRESENTAÇÃO

A motivação para este mestrado se inicia na graduação de psicologia, pois a abordagem *Recovery* é apresentada ao pesquisador neste período como um recurso aos usuários dos serviços de saúde mental de Florianópolis e região. Essa perspectiva passou a ser uma potência afetiva na relação com os sujeitos em sofrimento psíquico e atualmente é também um guia do fazer no contexto de psicólogo clínico. Pode-se dizer que este projeto, nesta área, é gestado a partir do primeiro contato com a “Associação de Usuários Alegrementemente do Centro de Atenção Psicossocial” (CAPS II e CAPS AD) de Florianópolis, que ocorreu em 2017 e segue na atualidade. Momentos que marcaram uma trajetória de cuidado e de parceiras, em lutas com os usuários, por dignidade às suas intervenções e qualidade em saúde mental.

A experiência em trabalhar com grupos terapêuticos levaram a um interesse em adentrar os estudos em clínica da atenção psicossocial. Experiências, como no estágio, no Hospital da Polícia Militar de Florianópolis que possibilitaram a mediação de grupos, mesmo diante de outras metodologias, a perspectiva *Recovery* foi um fundamento, oferecendo protagonismo àqueles sujeitos. Também, na atuação no CAPS I de Biguaçu, pelos desafios do serviço e no contato próximo com usuários em sofrimento psíquico intenso, com os usuários do campo AD, as vulnerabilidades sociais, os projetos terapêuticos singulares e as possibilidades de grupos terapêuticos no esforço de uma escuta da clínica ampliada. Por fim, a realização das próprias oficinas pilotos do WRAP no contexto dos Grupos de Estudo e Extensão da Faculdade CESUSC, que, a partir do *Recovery*, foi possível contribuir em promover uma clínica ampliada, peripatética e dos sujeitos, que se esforçava a todo instante em romper com as lógicas psicopatológicas descritivas, as manicomiais e psiquiatrizantes.

A abordagem *Recovery* e conseqüentemente o programa WRAP Brasil tomou proporções como um programa de extensão durante a minha formação. A participação na implementação do estudo piloto do WRAP 6, após anos de observação das contribuições de outras(os) colegas nas implementações anteriores, creditaram a oportunidade e confiança, em uma parceria que vem sendo constantemente construída desde 2015, com admiração à Prof.^a Tânia Maris Grigolo, uma das pioneiras nos estudos e práticas em *Recovery* no Brasil.

Entende-se que este estudo é o início de um projeto maior dentro da adaptação cultural do WRAP. A pesquisa conta com a orientação da Prof.^a Daniela Ribeiro Schneider, junto ao Núcleo de Pesquisas em Clínica da Atenção Psicossocial (PSICLIN). Faz parte do mestrado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP) da UFSC, na área de concentração Saúde e Desenvolvimento Psicológico e da linha de pesquisa em Atenção Psicossocial, Cultura e Ambiente.

1. INTRODUÇÃO

O Brasil e o mundo vêm acompanhando nos últimos quarenta anos uma série de transformações necessárias no campo do cuidado em saúde mental. O advento da Lei da Reforma Psiquiátrica, em 2001, e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em 2011, integrada à Rede de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), foram marcos fundamentais das políticas públicas da área de bem-estar social. Estas preveem, desde então, acesso integral à atenção à saúde mental, como um direito garantido de todo o cidadão brasileiro e, através da participação social, com princípios voltados à inclusão e ao controle social (Brasil, 1988; 1990; 1990a; 1990b; 2001; 2011).

É importante expressar que a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) é um movimento histórico que se inscreve no contexto de redemocratização do país diante de uma mobilização política, ética e social, que ocorreu a partir dos anos 1980, pelos profissionais da saúde e familiares de pacientes com sofrimento psíquico grave. De acordo com Amarante (2015), designou inicialmente o conjunto de reformas da psiquiatria no período de 1978 e 1980 que, depois, passa a figurar como uma política pública que qualifica as lutas e transformações sociais das práticas em saúde mental no Brasil, pela Lei 10.216/2001 (Brasil, 2001). As ideias de Franco Basaglia (1924-1980) formaram os pilares conceituais do Movimento da Luta Antimanicomial que culminou com a abertura dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no final da década de 1980 (Santos, 2013).

O sofrimento psíquico é uma terminologia ancorada pela psicologia clínica, seu conceito é considerado um importante marcador epistemológico e que foi levado à prática no estudo, com os grupos de saúde mental. Conforme os autores, Costa (2010); Grigolo (2010); adota-se o referencial substitutivo de “sofrimento psíquico grave” ao conjunto psicopatológico que supera os determinismos da semiologia e sintomatologias da psiquiatria, que enquadra em uma classificação geral. O sofrimento psíquico, em sua função, denota o fenômeno existencial, considerando fatores polissêmicos da experiência humana, podendo ser interno, relacional, afetivo, histórico, considerado dinâmico pela vivência de angústia.

E também, é importante a compreensão da cultura das classes populares nos processos clínicos em saúde mental, diante da aproximação de usuários do SUS. A partir de uma ampliação do termo sofrimento psíquico, há outros indicadores, por exemplo, ao considerar as contribuições de Vasconcelos (2008) na problematização dos referenciais da Reforma Psiquiátrica, pelas representações culturais nas lutas populares, pelo “modelo do nervoso”.

As mudanças significativas são marcadas por períodos e tentativas de transformações, que são consideradas transformações sociais no modo de produzir significados sobre a loucura, a doença mental e o sofrimento psíquico. O destaque ao modo psicossocial, que se constituiu no conjunto de outras práticas, por saberes atravessados por um ideário ético-político, como uma política pública para gerir um projeto nacional a partir de municípios e estados. As tentativas de transformação no modo de cuidado são exploradas contra o modelo que era dominante, substitutivo ao modelo da psiquiatria hospitalocêntrica, de ideologia manicomial, médico centrado e pautado na medicalização da existência (Costa-Rosa, 2013; Yasui & Costa-Rosa, 2008).

Todo esse debate torna-se alvo para os diálogos que interessam à temática da abordagem *Recovery* no Brasil e das suas tecnologias de cuidado, como se coloca o desafio da análise dos estudos pilotos do plano de bem-estar, *Wellness Recovery Action Plan (WRAP)*, na sua adaptação ao contexto da realidade brasileira.

No Brasil e no mundo existem diferentes abordagens e concepções sobre cuidados em saúde mental. Para evitar conflitos, parte-se de uma análise epistemológica de matrizes qualitativas compreensivas que guiam o fazer neste campo (Figueiredo, 2000). É interessante evidenciar o *Recovery* em suas concepções, pois dialogam diretamente com os modelos psicossociais, que partem das necessidades e interesses dos usuários dos serviços de saúde mental, vistos como pessoas que estão passando por sofrimento psíquico, mas que são, em primeiro lugar, cidadãos de direito e corresponsáveis por seus processos de cuidado.

Mesmo com avanços alcançados, as tensões existentes no modo de se produzir a clínica da atenção psicossocial são persistentes, chamando ao debate para o aprimoramento da configuração deste modo de cuidado clínico. Uma inspiração do legado de Franco Basaglia (1924-1980) é que a “doença” deve ser colocada “entre parênteses”, com isso, a clínica deve partir do sujeito, para o sujeito, buscando enfraquecer a rigidez da técnica focada na doença; privilegia-se o sujeito que comunica seu sofrimento psíquico. Em Onocko-Campos (2001) percebe-se um questionamento provocativo à compreensão das contradições da clínica ampliada, ainda que ideal, ao carregar suas limitações do campo dos serviços da saúde mental, que se sobressaem desde o planejamento do modelo em saúde que se quer ofertar até a prática com os usuários.

Diante disso, a abordagem *Recovery* apresenta-se como uma perspectiva inovadora, como um movimento de usuários e uma forma de orientar os cuidados em saúde mental. *Recovery*, de acordo com Costa (2017), pode ser visto como uma nova perspectiva de

viver com um “transtorno”, em um processo de saúde, que visa a experiência do sujeito e, por isso, como uma potente estratégia para avançar a RPB também na atenção psicossocial.

Recovery é uma perspectiva que conduz a uma ética do cuidado, a um modo de pensar e orientar os serviços e à autogestão dos usuários, pois é compreendida como uma busca de reconstrução de sentidos da vida de pessoas com sofrimento psíquico, visto que não se resume a um ideal de remissão de sintomas (Davidson, 2005), mas legítima e qualifica as experiências de sofrimento psíquico nas relações e na sociedade. Logo, as aproximações introdutórias da RPB e *Recovery* nos mostram que tanto no Brasil como no mundo, nos movimentos pela contestação da tese psiquiatrizante, as pessoas em sofrimento psíquico impulsionaram suas lutas de forma protagonista, que resultaram nos processos de *Recovery* e nas transformações no modelo assistencial.

Segundo Copeland & Mead (2004) destacam-se cinco princípios fundamentais do *Recovery*: Esperança, Responsabilidade Pessoal, Educação, Advogar a seu favor (*Advocacy*) e Suporte. Preconiza-se com o *Recovery* condutas que promovam: autonomia, emancipação, protagonismo, empoderamento e agenciamentos para que os usuários se (re)constituam como sujeitos de direitos diante de si, da vida e das políticas públicas de saúde.

Ao contribuir com novas estratégias no sistema de saúde mental no Brasil, o *Recovery* aproxima-se de teorias que são críticas à maneira de lidar com pessoas que têm diagnósticos psiquiátricos e, sobretudo, com as que tem histórico com a institucionalização da vida. Além dos atributos à crítica, propõe ações diante do excesso de medicalização da vida e da violência totalitária enfrentada por estes sujeitos em sofrimento, frente a lógica do cárcere da loucura. Amarante (1995) entende que há urgência de desinstitucionalizar, desconstruir para construir na vida novas formas de lidar com o sofrimento psíquico, inventando formas de transcender os modelos pré-estabelecidos pela instituição médica, movendo-se em direção às pessoas, às comunidades. *Recovery* é uma possibilidade dentro e fora da clínica da atenção psicossocial, pois é um modo de vida das pessoas que tem sofrimentos psíquicos.

Publicações internacionais, como em Kraus e Stein (2013); Osborn et al., (2016), indicam que os serviços que são orientados pela perspectiva *Recovery* apresentam bons resultados para as pessoas que se beneficiam do processo e, também, para os trabalhadores, que ao notarem os avanços terapêuticos dos usuários, se sentem mais motivados nas equipes e nos serviços. Entende-se como relevante ampliar e aprofundar o diálogo da perspectiva *Recovery* para a realidade brasileira, visto que tem sido internacionalmente aplicado e recomendado para o desenvolvimento e investimento em políticas públicas na área de saúde mental (WHO, 2013; 2017). No Brasil, há esforços a partir da avaliação de serviços, para que

o *Recovery* seja uma das bases orientadoras das políticas de saúde mental e atenção psicossocial, a fim de rever as práticas comunitárias que atendam de fato as necessidades dos usuários (Onocko-Campos et al., 2014; 2017).

Notam-se por esta fronteira internacional os desafios das barreiras na realidade brasileira, a partir de seus processos históricos e culturais, que são marcadas pelas diferenças e injustiças socioeconômicas e pelos aspectos sociopolíticos. As diversas contribuições no campo da saúde mental, reforma psiquiátrica, atenção psicossocial, *Recovery* em empoderamento pessoal feitas por Vasconcelos (2006, 2008, 2013, 2017) aponta para as diferenças das características do protagonismo, que é uma qualidade esperada dos usuários na perspectiva do processo de *Recovery*. Ao comparar em seus estudos de profundidade as diferenças e as implicações para o campo da pesquisa, entre os países da Europa do Norte e anglo-saxônicos e os países latinos e de crenças católicas do Sul, o autor aponta para o desafio do diálogo com o *Recovery* e seus processos de implementação na realidade brasileira. Vasconcelos (2017) sugere hipóteses das fragilidades diante da baixa escolaridade e dificuldade de acesso aos direitos e ao exercício da cidadania, que é decorrente da grande desigualdade social, seja pelo mercado de trabalho informal, seja pelas taxas de evasão escolar do ensino básico, visto pelo analfabetismo funcional nas classes populares e também, sob a ótica da universalização tardia e ainda limitada pela carência da compreensão e atuação de políticas públicas sociais universais, entre outras. Estas hipóteses levantadas pelo autor corroboram na pesquisa impondo a necessidade de uma adaptação cultural bem elaborada.

No que se refere ao processo *Recovery* como atitude profissional, Simpson et al., (2016) trazem o desafio à sensibilização, indicando que o *Recovery* é uma forma inovadora e importante de como cuidar pessoas, envolvendo-as de forma ativa ao gerar autonomia. O que se pode constatar que os serviços carecem de formação e capacitação para seguir com este tipo de abordagem, que é centrada no sujeito que tem experiência e voz ativa.

No Brasil, o *Recovery* tem sido campo de estudos acadêmicos em algumas universidades. Dentre elas, a Faculdade CESUSC, em Florianópolis, foi pioneira no Brasil no uso de algumas ferramentas do *Recovery*, como é o caso do WRAP - *Wellness Recovery Action Plan*, um instrumento aberto em formato de programa, com manual, que no Brasil é traduzido para “Plano Pessoal de Ação para o Bem-Estar e *Recovery*”. O programa também é citado em um estudo voltado para grupos de ajuda e suporte mútuo em saúde mental, projeto da UFRJ, (Vasconcelos, 2013). O WRAP ajuda os participantes através dos seus processos em *Recovery* a identificar e compreender seus recursos pessoais de bem-estar a partir de “ferramentas de

bem-estar” e contribui para o desenvolvimento de um plano individual diário para autogerenciamento do sofrimento psíquico (Copeland, 2006; 2009; 2010).

Foram realizados seis estudos pilotos do WRAP, durante os anos de 2015 a 2019, com oficinas de aplicação na cidade de Florianópolis, com a participação de usuários do serviço de saúde mental (CAPS), estudantes de psicologia e profissionais do sistema de saúde. As oficinas foram adaptadas ao contexto da população atendida nas intervenções, inserindo elementos únicos da cultura brasileira e regional.

Nos últimos anos houve um aumento na busca de evidências científicas sobre o desenvolvimento, avaliação, adaptação e implementação de programas que visam melhorar a capacidade dos sujeitos de gerenciar suas experiências com o sofrimento psíquico e com as consequências em decorrência do uso problemático de substâncias (Murta et al., 2015). Vem sendo aprofundado nas últimas décadas por estudos alinhados com a abordagem *Recovery*, entre estes achados, está o WRAP.

Nos processos de adaptação cultural de programas e estratégias em saúde um dos grandes desafios é chegar a um balanço entre a preservação dos “*core elements*” da proposta original e as necessárias adaptações às especificidades culturais da realidade em que está sendo implementado (D’Tôlis, 2018). Estudos que se propõem a trazer contribuições para uma outra realidade ou contexto, como no caso de pesquisas transculturais, podem ser mantidas concepções a serem exploradas em culturas diferentes ou medir as diferenças entre as culturas. Segundo Epstein et al. (2015), mesmo variando em seus objetivos é necessário que seja o mesmo instrumento ou programa para que se possa ser mantido a proposta geral de adaptação. Sendo assim, dentro da perspectiva *Recovery*, adaptar culturalmente suas intervenções poderá trazer ganhos no campo da atenção psicossocial, como é o caso do WRAP, programa que permite que o sujeito desenvolva planos pessoais para a saúde mental, colaborando para o enfrentamento das dificuldades cotidianas ou sofrimentos psíquicos. Ele permite respostas simples que geram maior protagonismo nas ações para o aumento e manutenção do bem-estar.

O *Recovery* e o WRAP são possibilidades efetivas de repensar, criar, recriar, construir e reconstruir formas criativas para os avanços que se fazem necessários na atenção psicossocial. Entretanto, desde 2016, com o *impeachment* da Presidenta Dilma, as políticas públicas em saúde mental vêm sofrendo uma série de retrocessos, que ameaçam as conquistas da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Por isso, segundo Guimarães e Rosa (2019), discute-se uma tendência à remanicomialização da Política Nacional de Saúde Mental, já que estas forças fazem parte de um projeto geral de desmonte do SUS a partir de uma tendência neoliberal, que quer sustentar o estado brasileiro no trinômio da austeridade, privatização e desregulamentação

e que acabam, assim, por atacar princípios fundamentais da atenção integral à saúde: universalidade, equidade, integralidade.

Mesmo assim, diante de uma conjuntura política desfavorável, como uma antítese, em um processo dialético de sociedade e humanidade, é possível desenvolver projetos inovadores, ainda que sejam em pequena escala, com poucos recursos e em formatos pilotos. Desse modo expandem-se outros conjuntos favoráveis de tensionamento, que historicamente são possíveis de serem resgatados com a trajetória pela luta antimanicomial, como no processo de implementação no final dos anos 1980 dos primeiros CAPS em São Paulo (Brasil, 2005).

Por isso, diante das ameaças, completados 20 anos da referida lei, entende-se como necessário fortalecer abordagens como o *Recovery* e seus produtos, como é Plano WRAP, que sustentam práticas de valorização do sujeito e da vida, sustentando uma clínica alternativa à patologização e à manicomialização. Vale reiterar que historicamente um dos pilares do Movimento de Luta Antimanicomial, que passou a figurar nas conquistas com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, foi a união de trabalhadores e usuários que, juntos, lutaram por um novo paradigma de cuidado em saúde mental.

Com esta pesquisa e com os avanços que ela poderá trazer em seus futuros desdobramentos, espera-se que os estudos com o WRAP avancem para contribuir significativamente como um dos dispositivos possíveis na RAPS, podendo ser ampliado para demais esferas do cuidado em saúde e bem-estar social. Pela perspectiva *Recovery* essa pesquisa pretende engajar-se nas tendências internacionais de avanço no campo de novas abordagens em saúde mental. Diante do cenário atual se espera produzir conhecimentos que venham contribuir com o fortalecimento do cuidado e prevenção em rede intersetorial, com a emancipação dos sujeitos em processo de cuidado na RAPS.

É de relevância social que esta pesquisa contribua futuramente para instrumentalizar trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental no uso dessa ferramenta, pois entende-se que, através dos estudos pilotos preliminares, o WRAP pode mediar e ampliar autonomia, bem-estar, qualidade de vida, diante do sofrimento psíquico grave. A Universidade, em seus processos de produção de conhecimento científico, pode fomentar os avanços na abordagem *Recovery* e, especificamente, na inovação trazida pelo programa WRAP, contribuindo para o fortalecimento de ações que envolvam o protagonismo dos sujeitos em seus Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Gerar protagonismo e autonomia no cuidado em saúde mental é expandir as possibilidades de práticas de vida e esperança dos sujeitos, em ações concretas que se voltam para a inserção social, cidadania, prevenção e promoção de saúde mental.

Considerando a necessidade de: (1) registrar cientificamente o percurso do WRAP no Brasil por meio da pesquisa; (2) promover mais estudos acerca da temática *Recovery* no Brasil e (3) compreender a importância da elaboração de estratégias de cuidado e atenção direcionadas para pessoas em sofrimento psíquico, este estudo se propõe a responder às seguintes perguntas:

a) Quais as características do percurso metodológico dos estudos pilotos para a adaptação cultural do WRAP ao Brasil?

b) Qual a percepção dos trabalhadores e facilitadores que participaram ao longo de cinco anos, sobre as seis versões dos estudos pilotos do WRAP no Brasil?

c) Quais as etapas foram realizadas e quais precisam ainda ser cumpridas visando a adaptação cultural do WRAP Brasil?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o processo de adaptação cultural do WRAP (*Wellness Recovery Action Plan*), no período de 2015 a 2019, ao contexto brasileiro, realizado em Florianópolis, SC.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o percurso histórico e metodológico de seis implementações do processo de adaptação do WRAP no Brasil, no período de 2015 a 2019;
- Caracterizar o processo de adaptação cultural do WRAP ao contexto brasileiro, a partir da perspectiva dos participantes das implementações pilotos em análise;
- Avaliar o desenvolvimento do processo de adaptação cultural realizado nas seis aplicações pilotos do WRAP no Brasil.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 A Reforma Psiquiátrica: Localizando as transformações do cuidado em saúde mental no Brasil e no mundo

3.1.1. *Da Loucura à Doença mental no Ocidente*

Demarca-se que a transformação fundamental é sobre o lugar social da experiência da loucura, que Amarante (1992) ilustra como uma das possíveis manifestações do ser humano, antes mesmo de que houvesse interesse pelo campo da medicina, visto que não se associava a um sujeito acometido por uma doença.

Amarante (2003) entrelaça na história a Europa ocidental e países como Estados Unidos e Brasil para pensar as proximidades do fenômeno da loucura, considerando suas características socioculturais distintas. Estudos importantes para o campo da psicologia e da saúde mental se dedicaram a investigar o modo como se concebeu historicamente o lugar dos sujeitos nesta relação de contradições e com isso, suas transformações sociais, em suas participações cidadãs, nas políticas de saúde e na ética do cuidado (Amarante, 1992; 1995; 2003; 2015; Foucault, 1989; 1984; Resende, 1987; Yasui, 2010).

O berço civilizatório da Europa ocidental (Foucault, 1984) foi marcado por dois importantes marcos na linha do tempo na experiência da loucura e dos seus modos de cuidado: antes do século XIX e a partir dele. Concepção anterior ao conceito de doença e/ou transtorno mental, era tida como polimorfa, ou seja, sob diferentes olhares e aspectos. A contradição ao passar dos anos sobre esta temática, desponta para uma sociedade industrializada, capitalista, que viera a influenciar o mundo sobre a ciência, os cuidados em saúde e também os trágicos desdobramentos na segregação dos sujeitos a partir dos modelos manicomiais.

Em breve síntese do percurso da loucura à doença mental no Ocidente, há os medievais, que atribuíram a loucura em seu princípio como uma expressão de forças da natureza, ao extraordinário e à elevada capacidade humana e, observado a possibilidade de não-dominação mesmo em uma sociedade organizada de forma teocêntrica e absolutista, imperava o julgamento de cunho religioso, que passavam a ser fundado nas classificações do *status* de possessão e de desrazão, do mau que precisaria de forma inquisitória ser expulso, já que apenas as condutas da fé, autorizadas pela ordem religiosa, não eram condenadas.

Já no final do século XV a loucura, em suas mais variadas dimensões visíveis, marcara uma época do poder da linguagem. A cultura do Renascimento na Europa é o ápice

artístico e aos loucos se atribui um lugar de destaque, tanto pela dança, festas populares, espetáculos, textos filosóficos ou de críticas morais, quanto pelo teatro, através do drama e até mesmo pelos romances da época. São tantas manifestações da arte pela loucura, não sendo por acaso que viera a influenciar o mundo ocidental atual. Os tratamentos que haviam eram de menor dominação e maior exaltação. Já no início do século XVII pode-se dar ênfase para a França, pois alguns dos seus loucos eram encarados como célebres dos cultos, famosos e, em suas obras escreviam sobre a loucura e divertiam o público que os prestigiava saudosamente.

Enquanto isso, no Brasil Colônia, segundo Resende (1987), havia uma disparidade em relação à Europa. Não haviam privações sobre expressão, no entanto, suas vidas, na maioria das vezes, eram de abandono e baseadas na caridade pública, sem maiores proteções. Para este mesmo autor, no final do século XVIII, ainda no processo produtivo econômico do modelo rural, em que havia muitos escravos como mão-de-obra, entre os desocupados, estavam os que tinham a loucura constante.

Era um Brasil sem recursos para compreensão destes sujeitos que apresentavam algum tipo de sofrimento e já marcando seu processo colonizador pelo poder dos que detinham maior conhecimento e riqueza extraída. Com isso, estas pessoas sem maiores explicações eram depositadas em porões das Santas Casas de Misericórdia, como forma de abrigo, mas que, no entanto, sofriam das mazelas sociais, com negligência e vulnerabilidade pelos maus-tratos, dada a falta de assistência e pelo rígido controle de guardas.

A maior ruptura histórica na mudança de pensamento e de ações sobre como era a convivência com a loucura inaugurou-se em 1650, já Idade Moderna, que ficou marcada como a época da “Grande Internação” (Foucault, 1978). A mesma França que até então aplaudia a loucura como parte relevante de uma cultura renascentista, parte então, para interpretar e agir com a “limpeza urbana” no modo de organização social do seu povo. Perpetua-se por toda a Europa, de modo que, todo aquele sujeito tido como “alterado”, não apenas em comportamentos, mas que sob razões de ordem e de utilidade, que estivesse à margem daquela sociedade moralista, era um bom motivo de impiedosamente ser submetido ao descarte higienista de ser um louco.

Essa reviravolta do modo de enxergar o fenômeno da loucura era as “boas-vindas” ao mundo da exclusão moderna, em pleno desenvolvimento econômico da Europa do século XVII. E para tais feitos, os franceses contavam com o Hospital Geral que entre tantos sujeitos estavam neste feito: pobres inválidos, crianças abandonadas com ou sem limitações, velhos sem ocupação, deficientes físicos, mendigos, desempregados sem esperanças, doentes com enfermidades não diagnosticadas tradicionalmente, portadores de doenças venéreas, libertinos,

criminosos e para complementar, pessoas com sofrimento mental. Costa (2006) marca que a explicação era dada como a solução da época para abrigar e alimentar o alto número de incapazes, de todo gênero, que dificultavam e oneravam pesadamente a parte sã e produtiva da sociedade.

Resende (1987) ancora que a instituição referenciada para cuidados poderia ter o emprego da ciência, mas a caridade da igreja de reformar e normalizar a ordem é quem gerava as transformações e que deste modo, alienava mais ainda as pessoas: “Apesar disso, o destino do doente mental seguirá irremediavelmente paralelo ao dos marginalizados de outra natureza: exclusão em hospitais, arremedos de prisões, reeducação por laborterapias, caricaturas de campos de trabalho forçado” (1987, p. 36).

Percebe-se novamente que a ciências do cuidado não fazem parte daquela conjuntura de hospitais, em que o termo estava atribuído diretamente à sua etimologia, de “*hospes*”, que no sentido literal, era de hospedar, trancafiando as diferenças, os excluídos. Era uma sociedade que não queria mais ter relação ou sequer diálogo com o que não a beneficiava diretamente pela moral e produção econômica, em tempos de fortes mudanças.

A libertação do que aprisionava a loucura mais eclética da época, de forma parcializada, concretizou-se com a Revolução Francesa em 1789, utilizando-se como argumento o fim da opressão da pobreza, agora tratada como uma classe que poderia ter acesso às suas casas. Regida pelos seus princípios de “*Liberdade, Igualdade e Fraternidade*”, inicia-se um período de entendimento sobre aspectos de assistência em saúde à loucura, no entanto, uma ênfase para os conceitos de saúde e doença que eram discriminados na capacidade social, ou seja, ligada aos modos de produção em plena transição e às normas do trabalho, que agora passaria a ser cada vez mais industrial.

Um dos aspectos mais relevantes a considerar, nestas transformações, foi o da moral burguesa, com vistas ao capitalismo e à manutenção da propriedade e da ordem pública. Houve uma transformação no acolhimento, mas, persistentemente com a intenção de correção, com fundo de uma prática de cuidado para a normalidade e regulação ou visto desta impossibilidade a permanência na reclusão. A realidade é que tais atos de mudança não libertaram os que demonstravam os comportamentos diferentes em seus sofrimentos ou euforias comportamentais, mas sim os pobres “normais”, que feito a justiça estavam certamente curados de suas loucuras; em outras palavras, os loucos permaneceram contidos e internados, afinal dizia-se que soltos poderiam ser perigosos e eram comparados a animais furiosos.

A ascensão desta inquietude pela loucura é retomada de outra forma, pela oposição e o medo aos internatos destes hospitais, em meados do século XVIII (Foucault, 1984). Foi

uma época de fortes manifestações dos não contentes com a forma de extermínios humanos nos hospitais, dos que não concordavam com o modelo de gestão pública. Entre os tantos candidatos a serem hóspedes, que eram diferentes do modelo ideal, político e organizacional das nações europeias, estavam os filósofos, tidos como ociosos opiniáticos e os pobres, que cruelmente acabavam sendo rotulados pela loucura.

Com o pensamento fundado de que os loucos necessitavam da internação, passara-se denotar a demanda de asilos pela classe médica, aos doentes mentais (Amarante, 2003; Basaglia et al., 1994; Foucault, 1978;). Os nomes de maior relevância para estes cuidados, com suas diferenças no modelo adotado da época entre as questões de ordem moral, religiosas e da medicina, foram: Philippe Pinel na França, William Tuke na Inglaterra, Chiaruggi na Itália, Wagnitz e Riel na Alemanha, Todd nos Estados Unidos, entre outros, como protagonistas desta mudança no Ocidente e mais ainda, de uma medicina científica e positiva (Foucault, 1978; Resende, 1987).

Mudanças feitas, os loucos permaneceram fadados a mesma privação de socialização e de intenso controle social e moral, porém “amparados” por profissionais médicos. Por ora, passou-se a conjugar aquele ambiente como uma espécie de tentativa de “moradia familiar” em que se tinha por objetivo a cura para a aquisição da tão importante e verdadeira vida em família, tão cara à moral burguesa.

Em meio a supervisão e aprovação médica estavam disponíveis as mais variadas tecnologias para o tratamento dos sofrimentos psíquicos, o que neste caso nada mais eram que diferentes formas e graus de tortura como forma de “tratar doenças”. Entre seus objetivos, os mais simples traziam pelo menos duas formas de minimizar os seres humanos adjetivados como loucos: a extrema e cruel infantilização e o sentimento de culpabilização pelo estado que se apresentavam de sofrimento mental ou, até mesmo, pelos seus “devaneios” desafiadores de oposição.

Os tratamentos nada convencionais e muito menos terapêuticos perduraram na história por longos períodos. Entre o julgamento de ser incapaz, imoral e responsável pela sua condição e com o adendo de cotidianamente ser punido e isolado. A sobrevivência àquele tipo de asilo era um fator de maior sofrimento para aqueles que foram sentenciados a pagarem pelo que não cometeram.

Com a evolução do que já era sabido sobre a loucura, ao longo dos séculos XVII e XVIII os tratamentos foram ganhando espaço em seções isoladas de outros hospitais, não apenas nas internações das instituições específicas. A “cura da insanidade”, de fato rudimentar em tecnologia e precária em aplicações, poderia ser, entre tantas técnicas, um banho frio para

refrescar seus espíritos e suas fibras, no caso de problemas de nervos, além de injeção de sangue fresco para findar suas perturbações, afinal, com esta nova circulação sanguínea os sintomas desapareceriam e a pessoa estaria apta à normalidade.

Mesmo com os avanços, a medicina de Pinel desvirtuou mais um pouco o objetivo destas técnicas de “calmantes e tranquilizantes” aos perturbados e acabou por figurar como mais um modelo de punição ao erro, gerando mais repressão e opressão moral e social. Experiências como a máquina rotatória, que tinha como tarefa retirar os espíritos que habitavam os enfermos da loucura através do movimento incessante; a gaiola móvel que girava de acordo com os próprios estímulos físicos dos pacientes, ou seja, quanto mais estavam agitados mais a gaiola suspensa tinha força de movimento e segundo a medicina da época isso faria a expulsão destes espíritos. Tais técnicas sobrevivem ao século XIX e foram aprimoradas para maior punição aos comportamentos vistos como estranhos e principalmente, aos deslizes que por ventura os loucos pudessem cometer.

Foi uma época em que os fármacos não eram parte dos tratamentos ou sequer a solução dos médicos para a cura ou calmaria dos loucos. Suas condutas circundavam majoritariamente para o controle dos corpos, da moral e para a ordem social, de um regime de pura eliminação dos incômodos, onde não havia a preocupação com o bem-estar destas pessoas. Faz sentido compreender que tais técnicas eram embasadas também como prevenção, como um castigo moral constante nas estratégias da saúde, para desencadear a culpa dos loucos estarem atrapalhando o andamento do progresso produtivo.

Segundo Foucault (1978), a partir dos estudos médicos, a loucura deixa de ser algo passageiro e relativo ao corpo e a alma, em sua visão mais cartesiana. Os delírios e alucinações por intermédio da imaginação ficam evidentes e passam a ser entendidos como demanda apenas da alma, no interior do ser humano o que levava a receber, pela primeira vez, uma significação psicológica.

A condição do sujeito ser doente mental o levava a ser mantido tal como uma “profecia auto-realizadora” em comparação a um objeto, diante dos poderes que foram exercidos sobre este sujeito. “Trata-se do ‘poder institucional’, (...), ou de um poder ‘terapêutico’, ‘teórico’, ‘carismático’ ou ‘fantasmagórico’, em que o psiquiatra goza de uma situação de privilégio em relação ao doente” (Basaglia et al., 1994, p. 17).

Os hospitais tinham o dever de permanecer existindo como moralizadores através do que se falava de libertação. O fundo desta reforma era baseado na anuência da disciplina reguladora. Basaglia (1985) evidencia sua crítica de que este novo ciclo do tratamento no século XVIII é apenas a substituição da violência aberta pela violência velada. Os limites entre

razão e a loucura eram da competência do poder, do ser médico, do “cuidado” com a doença mental, que por sua vez, estava implicada na verdade que se fabricava e imperava, comprometida na relação com o mais fraco, neste caso do louco.

No Brasil, em 1852 foi inaugurado pelo imperador Dom Pedro II o manicômio que levou o seu nome, no Rio de Janeiro (Resende, 1987). As mesmas influências europeias sobre cuidados da doença mental repetiam-se por aqui, havendo uma expansão para outros estados, uma vez que não se ocupava em recuperar, reabilitar, curar, tratar ou cuidar. O autor traz como fragmento a denúncia do modelo de práticas da época. Entre estas denúncias estão os maus-tratos, superlotação, ausência de higiene e a desassistência médica nos hospitais, da mesma forma como no momento anterior (Resende, 1987, p. 39).

Típico entre os modelos de tratamentos modernos, estava o *open-door*, marcando suposta liberdade, na reprodução da vida na comunidade rural (Portocarrero, 2002). Isso ocorria em instituições asilares fechadas como abertas. Facilitações para o trabalho e suposições à recuperação de suas doenças, com as construções de colônias agrícolas. Este modelo foi agregado à rede de serviços na maior parte da sociedade brasileira. A falsa ilusão de liberdade causou a frustração em suas intenções de recuperação da doença, restando-lhe como único papel acentuar a exclusão do convívio social, escondendo o doente mental dos olhos da sociedade (Portocarrero, 2002; Resende, 1987).

Pode-se acompanhar o fracasso das colônias agrícolas em seus conceitos terapêuticos inovadores, de falsas liberdades asilares. Adotou-se, no entanto, como substituição, para pequenos grupos, a praxiterapia, como “assistência aos alienados”, ainda sob mesma lógica, o trabalho para tratar doença mental. Neste modelo baseava-se na produção artesanal e nas atividades agropecuárias (Resende, 1987).

Vasconcelos (2017) ao se dedicar aos antecedentes históricos dos movimentos sociais, neste campo, resgata os pressupostos da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Entre estes achados está a atuação de Nise da Silveira (1905-1999), que já na década de 1940 sua medicina se atravessava ao cuidado na terapia ocupacional com a loucura, por meio da manifestação subjetiva da arte que produzia autonomia dos sujeitos.

Um marco importante, neste processo, foram os anos 1970, em que se iniciam experiências de Comunidades Terapêuticas, pelo viés da psiquiatria comunitária. Cantele (2013) organiza sua revisão contribuindo para os movimentos comunitários com uma psiquiatria crítica. Pretendiam renovar as atuações das práticas hospitalares, não apenas para os pacientes, mas também as instituições e suas equipes. Tenório (2002) coloca que as experiências das Comunidades Terapêuticas, mesmo sem o alcance desejado, já foram um

passo importante para a RP, na medida em que colocaram em questão as tradicionais estruturas das instituições asilares.

Diante dessa perspectiva histórica, o que faz interface entre Reforma Psiquiátrica e *Recovery* são abordagens que preconizam a emancipação pelo conceito de autonomia. No Brasil, a luta pela democratização é uma análise que pode ser considerada como chave para compreender tais aproximações. Vasconcelos (2017) apresenta esta importante luta por direitos no Brasil, que se atravessa na saúde e sobretudo na saúde mental, com a importância da teoria de Paulo Freire (1921-1997).

A educação popular dos oprimidos e a pedagogia libertadora com a importância da teoria de Paulo Freire, que na psicologia inspiraram a criação da psicoterapia do oprimido e da terapia de crise, do argentino Alfredo Moffat (1934) foram propostas incentivadoras ao Brasil. Tanto que, nos anos seguintes, com o SUS e na consolidação do movimento antimanicomial, inicia-se um processo de empoderamento dos usuários, que entre outras frentes se dá pela noção de educação popular em saúde, influenciada pela obra de Freire. É no final dos anos 1990, pelos dispositivos de controle social, como os conselhos de saúde e comunitários e as conferências de saúde, que se fortalece e amplia a participação de usuários e familiares do sistema de saúde (Vasconcelos, 2017 citado por Côrtes, 2009).

É importante destacar que a psicologia social crítica e a psicologia social comunitária no Brasil e na América Latina também são campos de estudo de fortes tendências que dialogam com a RP para o Brasil. Estas áreas marcam a necessidade do rompimento social com a lógica capitalista e a luta política de combate aos modelos ditatoriais. Em suas concepções a história deixa como marca no Brasil, o golpe de 1964 e os movimentos estudantis de 1968 (Góis; Lane et al., 2008).

As epistemes, que no campo da psicologia se fundamentaram para romper a lógica “psicologizante”, de uma ciência e profissão que “desideologiza” pensamentos acerca do padrão, da doença totalitária, de normal, entre outros. Assim, estabeleceram um processo crítico e de ação para a educação, informação, conscientização e cuidado, individual ou coletivo, respeitando o sujeito e suas singularidades. A perspectiva *Recovery*, que será apresentada neste estudo, com seus princípios fundamentais, considera o diálogo no campo da psicologia social crítica em saúde e no campo da atenção psicossocial, como pressupostos de libertação de identidades, subjetividades, promoção de autonomia, de saúde, bem-estar e participação social.

3.1.2. Conquista de Políticas Públicas no Brasil pela Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica

Observar o breve contexto que marca a história dos sujeitos em sofrimento psíquico é retratar um cenário cruel, que mesmo com transformações, ainda se luta para modificar o lugar social desse sujeito diante dos padrões que mantinham o poder e sentenciam suas vidas a partir de instituições e diagnósticos.

Ao final do ano 1950 havia um desenvolvimento econômico mais ascendente e com isso, era crescente também a superlotação dos manicômios no Brasil. Junto a esta taxa elevada crescia as condições sub-humanas e as hostilidades, ainda que, passadas a serem fundamentadas no saber médico e nos “cuidados em saúde”.

De acordo com Braga e Silveira (2005) e Santos (2013), considerar o período pós-segunda guerra mundial é compreender novos cenários para diversos temas até então estruturados por paradigmas solidificados. No que tange à saúde mental destacam-se mudanças significativas na forma de perceber o tratamento de pacientes psiquiátricos. Surgem em vários países movimentos em favor da desinstitucionalização das instituições totais à loucura (Goffman, 2008), como o liderado por Franco Basaglia (1924-1980) na Itália e que viera a influenciar fortemente o Brasil, tanto nas concepções como para a substituição dos hospitais psiquiátricos por Centros de Saúde Mental de base territoriais distribuídos nas comunidades da forma que atendessem a população.

A importância do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial no Brasil (MNLA), que tem início década de 1970, reflete, no contexto atual, avanços para as tecnologias do cuidado em saúde mental. O movimento social que foi pano de fundo para a Reforma Psiquiátrica (RP) teve na sua linha de frente os profissionais da saúde e os usuários que já não aguentavam mais as condições de saúde pública e sobretudo, os tratamentos adotados em saúde mental.

Os autores Amarante (2003) e Vasconcelos (2008) apresentam historicamente os processos no Brasil que contribuiu para a RPB. Entre as passagens resgata-se no Rio de Janeiro um dos fatos, que foram denúncias sobre a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAN), que além de corrupção e fraudes em contratações, encontrava-se em estado caótico sua estrutura. Imperavam situações de assédios aos profissionais, violências físicas e maus tratos aos pacientes. Eram relatos frequentes de várias formas de crueldade, como estupro, trabalho análogo à escravidão e torturas com mortes não explicadas.

Outros marcos importantes que se interpõem para a RP e são os seguintes eventos: Em 1978 ocorrera o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, no Rio de Janeiro, marco importante, pois reuniu pensadores críticos, em um momento cerne da discussão que assolava a psiquiatria, os sujeitos e os fenômenos psicológicos. A reunião contou com Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Erwing Goffman e outros, rendeu discussões e contrapontos inclusive, sobre o caráter do modelo elitista e nada inclusivo do evento, conforme Amarante, 2003. Este autor segue com outro marco importante, no ano seguinte, em São Paulo, a partir de fortes reivindicações nas transformações do modelo asilar manicomial dos hospitais públicos, realizou-se o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental.

A década de 1980 foi marcada por movimentos que fomentaram o advento da Reforma, entre os eventos pode-se destacar como mais significativos: a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, ambos ocorridos em 1987.

Os resultados da I Conferência Nacional de Saúde Mental são frutos de cobranças para que políticas públicas dialoguem com os sujeitos da saúde mental, deixando a tutela exclusiva da medicina e da parte técnica, mas propondo redes comunitárias e voz para quem tem a experiência com o sofrimento psíquico e seus familiares. Frase importante que celebra um dos momentos em participação popular é: “Somos loucos pela vida” (Amarante, 2003, p. 95).

Diante dos impasses encontrados na I Conferência Nacional de Saúde Mental, devido aos conflitos de interesses entre DINSAM e Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), ocorreu na sequência, o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de Bauru, no ano de 1987, com o lema: “Por uma Sociedade sem manicômios” (Amarante, 2003). Este evento foi uma resposta à psiquiatrização e por uma desinstitucionalização, “(...) trata-se de chamar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e com a loucura” (Tenório, 2002, p. 35). Nesta época havia maior força política com a participação de mais usuários e seus familiares, fazendo com que o movimento deixasse de ser de caráter exclusivamente técnico-assistencial, com a incorporação de pessoas que tinham a experiência dos tratamentos, das internações, de forma que, na contemporaneidade costumamos nos referir em estudos sociais-críticos para o “lugar de fala”.

Segundo Amarante (2003), destaca-se, neste tempo, a organização de outros movimentos sociais paralelos ao da Luta Antimanicomial, entre eles, engajados, estava o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Que, entre outras frentes e ações, haviam reivindicações pela melhoria da assistência em saúde mental no país, visto que o pano

de fundo deste modelo de cuidado era da lógica hegemonicamente manicomial e assistencialista às pessoas com algum sofrimento psíquico. A fusão destes dois movimentos importantes para a luta atual e persistente nas condições com o cuidado na saúde mental visou já naquela época juntar os próprios usuários do serviço, familiares e os profissionais do campo da saúde mental para uma mudança nas perspectivas de cuidado.

Nesse sentido, portanto, o movimento da Reforma Psiquiátrica, mais do que denunciar manicômios como instituições de violência, propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, profundamente solidárias, inclusivas e libertárias.

Este novo paradigma de cuidados e tratamentos de pessoas com sofrimentos psíquicos, não se referia necessariamente para o fechamento dos hospitais, mas a substituição do modelo deles por Centros de Saúde Mental, distribuídos geograficamente pelos territórios, possibilitando que assim atendessem a um contingente populacional pré-determinado de forma mais significativa da que estava sendo feito.

Destacam-se, ainda, importantes acontecimentos no Brasil ao longo desta quebra hegemônica do tratamento das chamadas “doenças psiquiátricas”, entre eles, em 1989 a intervenção e o fechamento da Clínica Anchieta, em Santos, São Paulo, alvo de denúncias de mortes, abandonos, superlotação e maus-tratos (Tenório, 2002) e, no mesmo ano, a Revisão Legislativa por meio do Projeto de Lei 3.657/89, que impulsionaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Em 1990, o Brasil torna-se signatário da Declaração de Caracas e promove em 1992 a II Conferência Nacional da Saúde Mental (CNSM), a qual propõe a reestruturação da assistência psiquiátrica (Hirdes, 2009). Em 2001, após 12 anos de tramitação do projeto, é aprovada a Lei Federal 10.216, (*Lei Paulo Delgado*), que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001). É atualmente a maior conquista no campo da saúde mental, a “lei da saúde mental”. Um resultado de uma contundente força política para um cenário animador no campo do cuidado, da prevenção e da promoção de saúde mental no Brasil.

Contribui Vasconcelos (2007), analisando o panorama do final do século passado, baseado na ruptura da hegemonia psiquiátrica, da exclusão e aprisionamento, o advento da psiquiatria democrática italiana, do modelo Basaglia com a Lei 180 (*Lei Basaglia*), que inspirou o Brasil a realizar transformações assistenciais marcadas pela implementação dos serviços substitutivos e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A criação de equipamentos e dispositivos passam a ser alocados de forma territorial e abertos a uma nova lógica de cuidados, por sua vez, pautadas na Atenção psicossocial começaram a serem territorializadas com a criação de Ambulatórios de saúde mental, Centros de Convivência, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

A Lei 10.216 aprovada em 06 de abril de 2001, marca no Brasil o declínio do modelo de atenção à saúde mental pautado na lógica hospitalar e nas práticas asilares, manicomial e alicerçadas unicamente no discurso médico-psiquiátrico. Entretanto, a superação do modelo hospitalocêntrico e a transição para um sistema de saúde comunitária e inscrito num referencial de direitos humanos ainda é um grande desafio e estava apenas começando.

Destaca-se a importância de que, ao referenciar uma lei para a saúde mental, abriu-se para quebra de padrões sobre o que era o tratamento padronizado para o que consideram “doença ou transtorno mental”. Com isso, ampliaram-se as possibilidades de outras regulamentações e diretrizes à dignidade e a cidadania em saúde, entre elas, portarias para leitos e atendimentos em espaços de hospitais gerais, centros de saúde, entre outros; colocando como cerne da questão, a mudança pela Reforma Psiquiátrica.

A partir de 2002, basicamente eram duas linhas de sustentação da política pública para a saúde mental: redução dos leitos hospitalares e criação de uma rede de atenção à saúde mental (Serpa-Jr. et al., 2014). O CAPS passa a ser a principal aposta como referência para as pessoas em sofrimento psíquico severo e persistente, que em regime de atenção diária deveria promover uma alternativa à hospitalização e buscar permanentemente a reinserção social por meio do fortalecimento dos laços sociais entre os pares, familiares e o exercício da cidadania.

Segundo Bezerra-Jr (2007), os desafios encontrados na consolidação da Reforma, devido às características geográficas, políticas e sociais do país, vão ao encontro de soluções que exigem um processo constante pautado na criatividade e reflexão crítica. Diante do processo social complexo que ainda é a RPB, elencou-se diretrizes a serem atendidas, para que se possa cumprir o papel de reparador e substitutivo à lógica manicomial. Assim, elegeu-se quatro eixos que estruturam a Reforma, que são interligados e devem agir de forma intersetorial nos serviços. Os quatro eixos são: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural (Amarante, 2011). Na fundamentação teórica de *Recovery*, pode-se observar aproximações no Brasil a partir destas contribuições, é feita uma síntese da importância dos eixos da RPB, a fim de promover o diálogo com as práticas em *Recovery* nos serviços de saúde mental. Este estudo é apresentado a partir de uma análise dos trabalhos de Bellamy et al., 2016;

Slade, 2009; Tondora et al., 2014, que se propuseram a publicar sobre a atuação profissional orientada ao *Recovery*.

A Política de Saúde Mental é criada para garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, superando assim a lógica das internações de longa permanência que tratam o paciente isolando-o do convívio com a família e com a sociedade como um todo. Essa política pública promove a redução programada de leitos psiquiátricos de longa permanência, incentivando que as internações psiquiátricas, quando necessárias, se deem no âmbito dos hospitais gerais e que sejam de curta duração. Além disso, visa a constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitam a atenção ao sujeito com sofrimento mental no seu território, a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos e, ainda, ações que permitam a pessoa ter seu cuidado em atenção psicossocial e, ao mesmo tempo, ser inserida no trabalho, cultura e pelo lazer.

A desinstitucionalização é um processo complexo considerando a carga de cultura que se carrega com o tempo sobre corpos, famílias e lugares. Pode-se dizer que contempla não apenas aspectos do âmbito da técnica, da organização administrativa e política, mas há de se considerar que “é acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos” (Amarante, 1995, p. 494).

Explorando mais sobre o movimento da desinstitucionalização e compreendendo a importância do diálogo com a perspectiva *Recovery*, nota-se que este processo é um importante marco para a mudança de representações sociais pelo enfraquecimento das instituições manicomiais, diante dos seus achados, por denúncias, investigações de um passado remoto de torturas e descasos às vidas. Tais influências, de acordo com Vasconcelos (2009), são vistas como a base para a quebra de ações que colocavam a pessoa com sofrimento psíquico como um fracasso, também, no rompimento de paradigmas nos cuidados e na assistência em saúde destes sujeitos, até então tratados tão-somente pelo modelo manicomial.

A Reforma Psiquiátrica brasileira é, certamente, uma vitoriosa etapa no caminho da humanização e do empoderamento da sociedade frente à hegemonia do hospital psiquiátrico e do discurso biomédico. “Foi fundamentalmente uma reforma estrutural, com aumento do financiamento aos serviços extra hospitalares de base comunitária, resultando na forte expansão do número de CAPS em território nacional” (Onocko-Campos et al., 2013 citado por Gonçalves et al., 2012). No entanto, é persistente e constante, para quem já esteve ou está no campo, que subsistem nos nossos serviços comunitários de saúde mental, espaços de controle,

de dominação e estigmatização, onde os direitos dos usuários são vistos com ressalvas e o onde a psicopatologia descritiva e reducionista é uma tendência comum.

O cenário político atual também aponta para um retrocesso na caminhada iniciada. A substituição do modelo manicomial, tratando-se de um período contemporâneo, assombra-se diariamente diante dos retrocessos de políticas públicas no campo da atenção psicossocial. Resiste-se quando se pensa nos princípios fundamentais do SUS (universalidade, equidade e integralidade) e para além disso, especificamente em pautas da saúde mental, de pessoas que vivem com sofrimento psíquico nos serviços substitutivos, “(...) atinge o imaginário social e as formas culturalmente validadas de compreensão da loucura” (Bezerra-Jr, 2007, p. 243).

Ao analisar que as chamadas novas diretrizes do Ministério da Saúde (2018) passaram a contemplar a inclusão dos hospitais psiquiátricos nas Redes de Atenção Psicossocial e o aumento das diárias para leitos psiquiátricos, inclusive de longa permanência, apontava-se para a direção de uma política pública de retorno à hospitalização como eixo central. No que tange a política de atenção às drogas, as estratégias de tratamento, que previam a redução de danos, foram, naquele período, substituídas pelas que objetivam à abstinência como única meta, assim como as comunidades terapêuticas, que, tem como pano de fundo as instituições religiosas, visando à uma terapia moral, utilizando conceitos de falha de caráter, de trabalho e fé como tratamento, diante da complexa relação com a dependência de substâncias.

O árduo percurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira implica em continuamente ser revisitado e colocado em avaliação. Os modos de cuidado e as inovações no campo da saúde mental precisam ser considerados diante do compromisso de produzir saúde, vida e cidadania.

É importante compreender que tais inovações no campo da saúde mental ainda persistem em tensão contínua, com os mesmos atores, profissionais da saúde e usuários, lutando por uma saúde mental fundamentada na garantia de direitos e na dignidade e pertencimento à sociedade em relação ao que significa autonomia e equidade.

A perspectiva *Recovery* tem como desafio o protagonismo das pessoas em sofrimento psíquico, para assumir sua própria vida e seu processo de cuidado na direção do fortalecimento pessoal e entre pares e da participação social. Visa à autonomia dos sujeitos em relação consigo mesmo, no mundo, com os outros, sem prescindir do cuidado em saúde mental, para que se previna e promova saúde e bem-estar de forma integral. Conhecer, estudar e colaborar para que outras tecnologias, baseadas nestes princípios, possam ser validadas e disponibilizadas, como vem sendo a aplicação dos estudos pilotos, em análise neste estudo, por um programa de cuidado e preventivo em saúde mental. O Plano WRAP é um desafio de

ampliação do cuidado e de reinventar a vida e produzir saúde, dando voz e recursos aos usuários, dialogando com a RAPS, mas colocando, no centro, a experiência do usuário, não se limitando ao saber do profissional.

3.2 Clínica da Atenção Psicossocial

Aponta-se para a necessidade de mais estudos que abordem a clínica da atenção psicossocial nos serviços públicos de saúde mental no Brasil, conforme é encontrado em Grigolo (2010), sobre sua multidimensionalidade, a complexidade de práticas de cuidado em saúde mental, as relações cotidianas com o território e suas dimensões éticas e políticas entre usuários e trabalhadores. Inclusive, da necessidade de se divulgar boas iniciativas do cuidado no campo da saúde mental e atenção psicossocial, incluindo à atenção com usuários AD, a prevenção e a promoção de saúde mental.

O conceito de “clínica moderna” surge no século XIX em bases anátomo-fisiológicas, que estabelece “um certo olhar” para o sofrimento (Foucault, 2011). Este modelo está na base da constituição, na contemporaneidade, do “olhar clínico”, que foca na doença, seus sinais e sintomas, fundamentando-se na compreensão de um biológico fragmentado, ainda que considere, também, a escuta do sujeito.

A intenção com os estudos da atenção psicossocial é a de desconstruir esse modelo em direção a uma epistemologia que esteja atenta às necessidades do sujeito, de forma compreensiva, que produza a transformação do lugar da doença para o lugar da saúde.

O termo “Psicossocial”, segundo Duarte (1994), privilegia os aspectos sócio-históricos e psicológicos na constituição do sofrimento, ao reunir em sua complexidade as dimensões da subjetividade, mas também do corpo biológico. Esta perspectiva em seu conjunto de *práxis* denota que “as premissas ético-políticas da Atenção Psicossocial como fundamentais para nortear a produção de cuidado em Saúde Mental e Álcool e Drogas” (Godoy, 2015, p. 2). Podemos expandir este conjunto de saberes e cuidados aliançando a clínica do *Recovery* à Atenção Psicossocial, quando incluímos no centro das questões do cuidado o usuário, como um agente mobilizador, o qual demanda transformações a partir da sua experiência com o sofrimento psíquico, com a relação nos serviços e com os trabalhadores da saúde mental.

É importante localizar que, ao referenciar a atenção psicossocial na fundamentação dos processos de *Recovery*, tratamos de premissas epistemológicas, éticas, políticas bem definidas. Amarante (2011) sintetiza estas premissas a partir das transformações do advento da Reforma Psiquiátrica.

O deslocamento do objeto – que para a psiquiatria foi inicialmente a alienação, sucedendo-se a doença mental e, atualmente, o transtorno mental, enquanto para a Atenção Psicossocial é o sujeito em sua existência-sofrimento; a desinstitucionalização da loucura; o resgate da autonomia e cidadania; o combate aos estigmas e preconceitos (Amarante, 2011).

A atenção psicossocial ocupa-se da transformação das práticas médicas, psiquiátricas e psicológicas para atender as necessidades de um sistema único de saúde que visa integrar a saúde humana, pela óptica psicossocial (Costa-Rosa et al., 2003).

Com a criação do campo da atenção psicossocial, que se trata de um dos avanços no campo sanitário brasileiro pelo SUS, o lugar do paciente passa a ser de pessoa usuária do serviço, com direitos e acessos e com isso, amplia-se para um senso comunitário, no território, de pertencimento dos sujeitos. A promulgação de Conselhos de Saúde, que em sua função é a de incluir os sujeitos para debates sobre melhorias, em avaliação e fiscalização, passa a ser, nesta lógica, a ocupação do lugar de representatividade dos usuários nas políticas públicas. No entanto, na saúde mental há uma distorção quanto a recorrência do lugar deste sujeito com voz ativa, “os cidadãos devem ser escutados; os doentes, nem tanto” (Onocko-Campos, 2001, p. 99). O que requer a necessidade de repensar o Planejamento em Saúde, que segundo a autora não pode ser descolado de uma escolha clínica, independentemente da natureza que envolve os serviços na saúde.

Contribuindo para a função dos serviços de atenção psicossocial, em uma realidade pragmática, Campos (2000) defende que os serviços de saúde, em sua síntese, têm como finalidade produzir em benefício dos seus usuários e trabalhadores, valores que estejam de acordo com as práticas produtoras de saúde, curadoras, cuidadoras e preventivas e sujeitos trabalhadores mais autônomos e prazerosos.

Ao estabelecer a relação indissociável sobre a prática do cuidado em saúde mental e atenção psicossocial com o fazer clínico, é necessário firmarmos o compromisso que esta clínica traz um pressuposto ético, com valores que são do sujeito, do território, em processos que podem ser do campo institucional, intersetorial e multiprofissional. Não se trata meramente de um apanhado de constructos lógicos replicáveis, muito menos de saberes pautados na semiologia diagnóstica, psicopatológica descritiva. Trata-se de descer às experiências vividas pelos usuários em seu processo de sofrimento, ao compreender que este sempre se produz num campo relacional, com seu contexto social e com suas relações significativas. Portanto, o sujeito não pode se reduzir a sua doença, pois a vida e sua trajetória existencial falam mais alto. Porém, deve-se ter a cautela para uma certa distorção que pode estar presente, pois não se trata

de negação do sofrimento psíquico, mas de uma outra abordagem das vivências psicopatológicas, dando espaço para as manifestações concretas do sujeito.

É necessário ressaltar que os dispositivos em clínica da atenção psicossocial devem operar para a valorização do sujeito do SUS, ou seja, universal e de direito. Ao nos aproximarmos de perspectivas como é o no caso da abordagem *Recovery* inserido neste campo, através do cuidado, promove-se a emancipação pela autonomia dos usuários, sem negligenciar suas diferenças, mas considerando suas capacidades e singularidades. A clínica em *Recovery* na atenção psicossocial tem a capacidade de produzir com os sujeitos seus potenciais de bem-estar, a partir de técnicas, evidências e esforços constantes para manejo do sofrimento psíquico. Quando se propõe Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) que não reproduzem lógicas segregadoras, como nos modelos hospitalocêntricos, operam-se novos *insights* para o fazer clínico, ampliando olhares para os contextos de vida e para os territórios existenciais. É uma abordagem que dialoga diretamente com as bases de sustentação da atenção psicossocial, na medida em que corrobora para abolir a cronificação dos sujeitos que recorrem aos serviços de saúde.

No entanto, em alguns serviços, há uma lacuna formativa e informativa contínua, relacionada às racionalidades técnicas de trabalhadores do campo da saúde. Em alguns casos, visivelmente percebe-se defasagem de conhecimentos sobre a Reforma Psiquiátrica, seus pressupostos e suas exigências de transformação da abordagem clínica, ao reproduzirem modos de operar que não contribuem com o modo psicossocial, com o ideal de ética do cuidado em saúde mental. Onocko-Campos (2001), entende que em alguns casos, há um dever de se avaliar desde o planejamento em saúde, pela falta de suporte qualificado, por diversos fatores, entre os quais refletem no modelo de clínica que se oferece aos sujeitos.

Em várias formações em psicologia direcionada a estudos de psicopatologia crítica, políticas públicas em saúde, direitos humanos, psicologia social crítica, observa-se que os contextos da saúde mental rompem com o modelo de apenas a clínica de *setting* individual, para contribuições na promoção de experiências em clínicas ampliadas, com foco em ações comunitárias, institucionais, nos territórios de sentidos.

Tratam-se, portanto, de espaços vivos e lotados de afetos em seus campos, com o trabalho de equipes que buscam interfaces entre comunidades e setores diversos dos serviços públicos. O desafio que parece dialético no campo da saúde é de saber dar respostas com qualidade, na técnica individual quando necessário particularizar, sem tornar hegemônico uma porta fechada com psicodiagnósticos demandados para outro profissional, com o cuidado apenas compartimentalizado.

As interfaces que sustentam o *Recovery* e uma boa análise das aplicações do WRAP no Brasil, exigem que localizemos um fazer clínico pautado em uma ética de cuidado que condiz com a definição de clínica ampliada, contrapondo-se aos modelos de uma clínica tradicional e degradada (Campos, 1997). Nos processos de *Recovery* o cuidado do profissional é horizontalizado, ou seja, marcado pela corresponsabilização do próprio usuário, com base em suas experiências e vivências, não se resumindo ao seu diagnóstico ou à doença como imperativo para o seu lugar.

Nem na pior das doenças, nem à beira da morte, poderíamos, nunca, ser totalmente reduzidos à condição de objeto. O sujeito é sempre biológico, social e subjetivo. O sujeito é também histórico: as demandas mudam no tempo, pois há valores, desejos que são construídos socialmente e criam necessidades novas que aparecem como demandas. Assim, clínica ampliada seria aquela que incorporasse nos seus saberes e incumbências a avaliação de risco, não somente epidemiológico, mas também social e subjetivo, do usuário ou grupo em questão. Responsabilizando-se não somente pelo que a epidemiologia tem definido como necessidades, mas também pelas demandas concretas dos usuários. (Onocko-Campos, 2001, p. 101).

Neste modelo de clínica da atenção psicossocial, demanda-se que o profissional busque superar inseguranças, forças egoicas ou performances que o impeçam de se colocar junto aos usuários. Reforça-se a importância da contínua formação e engajamento de equipes, que estimulem a quebra de barreiras, a ruptura às prepotências que se encontram no campo do cuidado.

As ideologizações, quando se tornam polarizadas sobre o sofrimento psíquico, perdem a qualidade no acolhimento e nas práticas terapêuticas. Não se deve negligenciar a possibilidade do sofrimento psíquico, o que não se deixa é que nele se produza uma patologização excessiva, que tome conta do protagonismo da pessoa. Quando há sofrimento intenso o fenômeno precisa ser compreendido, merece atenção multiprofissional, com tecnologias pautadas em dignidade humana e consentimento. Trata-se de compreender o que é o cuidado, estratégias de prevenção e promoção de bem-estar em saúde, identificando com matriciamento, de forma ampla e singular, nos atores dos serviços os seus determinantes sociais e seus fatores de risco e proteção.

A diferença da clínica ampliada, em sua tese, ao modelo tradicional imperativo, é que em seus processos deve haver dispositivos emancipatórios e de inclusão, de modo singular e comunitário. No modelo psicossocial, o sofrimento não deve ser visto como algo pronto, formatado em explicações científicas de matrizes engessadas em suas categorias rígidas. O que deve ser contrariado são os protocolos da negação à liberdade, da periculosidade pelos sinais e sintomas, da completa medicalização da vida, dada a pouca criatividade de recursos,

de agenciamentos para com pessoas mais vulneráveis intelectual, cultural e socialmente, cujas interpretações são pautadas no fracasso sentenciador de vida, ou seja, internações compulsórias, camisas de força e qualquer violência com rótulo de “tratamento à doença mental” ou às drogas.

As situações de crise são especialmente desafiadoras. Há inúmeros casos de falta de preparo e amparo, seja de equipes para acompanhar estes sujeitos, seja da infraestrutura que não dispõe de espaço adequado para um acolhimento que possa garantir segurança neste momento difícil de suas vidas. Nestes casos, recorre-se à internação como a única opção, entrando em choque com o núcleo do modo psicossocial. O que de mais deveria ser preservado nestes momentos de crise, em uma relação terapêutica para com o serviço, por alguém que busca suporte no sofrimento intenso, é o pertencimento, a preservação e o fortalecimento dos vínculos com os serviços, com o território, com a família.

A desinstitucionalização e o estreitamento da atenção à crise, na prática, ocorre quando os serviços estão preparados, dialogando com os eixos da RP e em sua pragmática, a clínica psicossocial, perpassam todos os processos com os trabalhadores, da gestão à operação. Onocko-Campos (2001), dedica-se a lançar um critério, como possibilidades de superação desta negação dentro do que se espera da clínica da atenção psicossocial nos serviços substitutivos de saúde mental:

A da necessidade de trabalhar com equipamentos não intermediários, senão verdadeiramente substitutivos: capazes de preservar o vínculo com seus usuários nos diversos momentos, e sob as diversas fases em que se apresenta seu sofrimento. Fugindo da lógica do entra-e-sai e substituindo-a pela da responsabilização. Para isto acontecer deveria ser possível contar com um apoio institucional para a própria equipe. (Onocko-Campos, 2001, p. 105).

A clínica que interessa, como inovadora do campo da atenção psicossocial, não descarta o sofrimento psíquico ou a demanda psíquica que o leva até o serviço, entretanto, inclui a pessoa e suas condições, seus determinantes sociais, no seu contexto. Os autores Campos (1994, 1997) e Onocko-Campos (2001, 2003) colaboram para a gestão no campo do planejamento em saúde coletiva e ao profissional da ponta, que atende o usuário: psicóloga(o), assistente social, enfermeira(o), médica(o), técnica(o), auxiliar, terceirizada(o), outros; todos são considerados elementos da clínica. O que antes poderia não interessar a um clínico, na clínica da atenção psicossocial deve ser considerado, por exemplo: a família, as condições de vida, o trabalho e emprego ou ausência dele, a rede de apoio significativa ou ausência dela, os pares do usuário, os desafetos, dentre outras inúmeras circunstâncias que podem interessar.

As constatações devem servir também para o campo AD, quando pensamos os usuários nos serviços, em seus diferentes condições e padrões de uso de substâncias, de diferentes racionalizações e culturas acerca do universo das drogas, que precisa ser sensivelmente compreendido tais circunstâncias (Schneider, 2010).

A organização do trabalho da atenção psicossocial e o cuidado se transformam, na medida que: (1) o trabalho em equipe torna-se interdisciplinar, compartilhando saberes profissionais ao privilegiar a ótica do usuário; (2) a construção de vínculos fortes e seguros, considerando o fator de pertencimento, a territorialização e responsabilização mútua pelo cuidado de si e para com o serviço; (3) o projeto terapêutico singular ganha força para além das intervenções imediatas, mas previne e promove saúde, considerando fatores de risco social e orgânico, de vulnerabilidade social e sobre o enriquecimento dos fatores de proteção.

A clínica da atenção psicossocial se movimenta entre política e terapêutica, a todo tempo em sua finalidade, como pragmática em equipamentos de saúde pública, que produz significados (aos) e (dos) sujeitos à dignidade, cidadania e para maior autonomia. Lancetti (2016) lança a reflexão da necessidade do rompimento do estabelecido, ao incorporar ações extraclínicas em suas intervenções terapêuticas. Na possibilidade, na oportunidade que surge e se lança como terapêutica, que incorpora cenários não tradicionais, fora dos consultórios e salas de grupo, em espaços onde é possível produzir cuidado, como no caso de uma clínica peripatética no cuidado com sujeitos para sua ampliação de vida.

É neste pensar e do campo do agir rapidamente com responsabilidade que no campo AD a clínica psicossocial precisa ser capaz de aderência, a ponto de os usuários do serviço compreenderem, por exemplo, a importância de suas vidas para além do contexto das drogas, considerando suas escolhas e abrindo mão das narrativas moralizantes. Exemplo são as experiências de “baixa exigência”, que são caracterizadas por práticas que induzam a novas subjetividades, longe das propostas que desconsideram o saber e a experiência do sujeito que faz o uso da substância (Lancetti, 2015). Dentro desta proposta estão incluídas práticas redutoras de danos, ou o comumente chamado de dispositivo de Redução de Danos (RD), em contraponto às políticas de drogas proibicionistas-disciplinadoras.

Defende-se que a potência dos projetos terapêuticos nos serviços depende da força das equipes e do lugar dado aos usuários na construção desta terapêutica. As transformações neste campo ético-político-clínico não se esgotam em uma técnica ou abordagem, sendo necessário que o campo da saúde mental e atenção psicossocial não se esvazie em teorias utópicas, mas que se sustente em um planejamento em saúde ligado às modelagens de

ampliação da clínica, da força dos movimentos dos usuários e da postura crítica dos grupos de profissionais que estão em ação (Onocko-Campos, 2001).

3.3 *Recovery* e ações despatologizantes em saúde mental

3.3.1 *Recovery*, definição e percurso histórico em saúde mental

Recovery surge de uma nova visão sobre o protagonismo das pessoas que experienciam processos de sofrimento psíquico que passaram a ter um papel mais ativo, fazendo-se ouvir nos tratamentos oferecidos, insatisfeitas com as concepções e modelo de serviço de saúde mental.

Nos países anglo-saxões, o movimento dos usuários se organiza em prol de alternativas de cuidados que envolvem o conhecimento e a experiência da pessoa com sofrimento psíquico (Chamberlin, 1978; Crossley, 2006; Weingarten, 2001). É na década de 1980 que ganha força nos Estados Unidos a união de pacientes, usuários, trabalhadores e familiares, que foram denominados como: “*user*”, “*consumers*” ou ainda, “*survivors*” (sobreviventes da psiquiatria) (Vasconcelos, 2000).

A perspectiva *Recovery* surge como um movimento de pessoas que experienciavam o transtorno mental (Duarte, 2007). Seu conceito vem sendo difundido como uma abordagem que rompe com os modelos estigmatizantes de tratamento no campo da saúde mental, da atenção psicossocial e também se estende ao cuidado de pessoas com o uso problemático de álcool e outras drogas. Pode-se dizer que este movimento vem se consolidando internacionalmente e mais recentemente no Brasil como um novo paradigma da saúde mental, conforme Emmanuel-Tauro e Foschaches, (2018).

Entende-se que a definição de *Recovery* não é única, padronizada e consensual, pois são dadas a partir da vivência do sujeito e de suas narrativas pessoais à autonomia. O *Recovery* é singular e de acordo com a influência dos seus valores e culturas, também, das suas realidades sociais e na sua variada aplicabilidade dos contextos do processo. Sabe-se, entretanto, que o *Recovery* é possível para todos em suas diversidades de fenômenos psicológicos (Ahern & Fisher, 1999; Chamberlin, 2006; Deegan, 1999; Fisher, 2006; Mead & Copeland, 2000).

Recorrendo a autores que se dedicaram a estudos em maior profundidade e que vivenciaram os processos de *Recovery* em suas jornadas, define-se *Recovery* como um processo

profundamente pessoal, único, de mudança de atitudes, valores, sentimentos, metas, habilidades e/ou papéis. *Recovery* é redescoberta de um novo sentimento de identidade, uma transformação de si, de autodeterminação e fortalecimento pessoal para viver, participar e contribuir para a comunidade (Ahern & Fisher, 1999; Deegan, 1988; Leete, 1989;). É uma maneira de viver uma vida satisfatória, esperançosa e contributiva, mesmo dentro das limitações causadas pelo adoecimento (Anthony, 1993). Este mesmo autor amplia ao se referir que observar o processo de *Recovery* é de um modo empírico e relativo a uma vida de novas atitudes, afetadas por sentimentos, valores, habilidades e papéis, diante dos transtornos mentais (Anthony, 1993). Spaniol (2008) define *Recovery* como o processo pelo qual as pessoas desenvolvem conexões pessoais, sociais, ambientais e espirituais importantes, confrontando efeitos devastadores do estigma da doença mental através do empoderamento pessoal.

No estudo publicado por Duarte (2007) que indica o *Recovery* como orientação para os sistemas e serviços de saúde mental da população portuguesa colabora-se com uma síntese destes conceitos, que se alinham como um processo pessoal.

O *recovery* não corresponde a uma remissão dos sintomas, nem é entendido como um produto final ou um resultado estático (Deegan, 1988). Geralmente, o *recovery* é definido como um processo, um desafio diário e uma reconquista da esperança, da confiança pessoal, da participação social e do controlo sobre as suas vidas (Deegan, 1988; Leete, 1988; Mead & Copeland, 2000; Chamberlin, 2006; Fisher, 2006). Embora seja entendido como um processo, Ahern e Fisher (1999) defendem que este não é um processo interminável, mas que acontece numa altura determinada da vida. O *recovery* é um processo evolutivo, mas o seu percurso não é linear. O Modelo de *Recovery* do *Recovery Advisory Group* (Ralph, 2005), desenvolvido em conjunto por vários líderes de consumidores/sobreviventes, a partir da sua própria experiência e com base na literatura sobre *recovery*, procurou descrever o processo de *recovery* através de várias fases. No entanto, o modo como as pessoas passam de um estágio para o seguinte não é linear, podendo haver retrocessos, após os quais se deve começar de novo a viagem. (Duarte, 2007, pág. 128)

Em *Recovery*, segundo Deegan (1988), as pessoas ao mesmo tempo aceitam suas limitações e descobrem novos mundos de possibilidades tomando atitudes com a vida. Podemos dizer em diálogo com os princípios da RPB que a perspectiva *Recovery* rompe com os modelos de tratamento que se baseiam em lógicas excludentes, manicomiais, identificadas no modelo hospitalocêntrico.

O *Recovery* compreende que ao tratar o sujeito nesta perspectiva limitada de um lugar de representação social por olhares incapacitantes e reduzidos às limitações, aos estigmas da periculosidade, vulnerabilidade, insuficiência, fragilidade, entre outros, nada contribui para que a pessoa esteja apta a viver uma vida com emancipação diante da realidade, que é ter e conviver com um sofrimento psíquico ou com um dado diagnóstico psicopatológico.

O estigma social da doença ou do transtorno mental, marcante diante do que a sociedade produz, é um desafio à subjetividade para as pessoas em *Recovery*. Ao analisarmos os efeitos concretos da institucionalização, da discriminação diante das oportunidades e das exigências de produtividade, com o *Recovery* busca-se enfrentar os estereótipos, que cronificam, construindo formas de inclusão com afetos positivos e esperança na vida.

As ações em *Recovery* vão ao encontro do enfraquecimento e superação da tese psiquiatrizante pois consideram o engajamento social das pessoas diante da própria experiência de sofrimento psíquico ou do diagnóstico de doença mental, permitindo durante seus processos serem sujeitos e exercerem uma relação crítica com a sociedade, para uma autodeterminação diante de suas vidas, a apropriação de seus cuidados, reforçando princípios de sujeitos de direitos e oportunidades.

Na década dos anos 1990 a perspectiva *Recovery* ganha mais força, aliada com o movimento de *Advocacy* (Duarte, 2007), que trata de agenciar direitos humanos para a garantia de dignidade na defesa das políticas públicas, acessos e direitos civis das pessoas com transtornos. Essa noção implica o sujeito protagonista no seu processo de cuidado, promoção de saúde e cidadania. Tratam-se de aspectos que vão além da intervenção em saúde mental, mas a potência do *Recovery* como estratégia de prevenção e promoção de saúde na direção do empoderamento e autonomia das pessoas com experiência de sofrimento psíquico.

Em *Recovery* se valoriza a sabedoria de cada experiência, partindo da (re)conquista de esperança, autoconfiança, de inclusão social e de direitos à cidadania e dignidade humana (Anastácio et al., 2012). *Recovery* é fundamentado a partir dos cinco princípios que entre si e de forma dinâmica se inter-relacionam com o sujeito.

Grigolo et al., (2017), apresenta os cinco princípios do *Recovery*, sendo: (1) Esperança, a confiança em um futuro de novas possibilidades; (2) Responsabilidade Pessoal, trata da perspectiva de que cada um possa assumir responsabilidade por seu próprio bem-estar e por sua vida, fortalecendo-se diante dos desafios da vida; (3) Educação, que se refere à aprendizagem, sobretudo que diz respeito às próprias questões, sejam sintomas, dificuldades, modos de agir, qualidades ou potencialidades, de forma a tomar decisões bem informadas; (4) Advogar a seu favor, que implica em conhecer e exigir os seus direitos e deveres exercendo-os com propriedade e (5) Suporte, que envolve o apoio da família, amigos, profissionais de saúde, de modo a sentir-se amparado e envolve também o capacidade de autossuporte (Copeland, 2002 citado por Grigolo et al., 2017, p. 305).

Recovery não é comumente traduzido no Brasil, mesmo alguns autores, por questões de conveniência linguística, fazendo-o para sua forma literal de recuperação ou

reestabelecimento. No entanto, este sentido de “recuperação” não reflete o sentido desta abordagem, que não requer remissão dos sintomas ou outros déficits, nem se constitui como um retorno ao funcionamento diário “normal”, mas envolve perceber o transtorno psiquiátrico como apenas um aspecto da pessoa como um todo. (Davidson et al., 2005).

Recovery não preconiza a cura no sentido biológico da vida, mas a apropriação pessoal das formas de viver e de lidar com os problemas e com sintomas, que dificultam, muitas vezes, os relacionamentos interpessoais e sociais, a esperança em um futuro de possibilidades e capacidades com qualidade de vida e habilidades a serem retomadas ou aprendidas.

Compreende-se que os fatores intrínsecos ao *Recovery*, quando retratado por uma experiência pessoal, não podem estar descolados dos fatores extrínsecos, políticos e sociais, oriundos do contexto e da dimensão da relação social dos sujeitos. Esta necessidade de implicação ética no cuidado em fatores ampliados, como o acesso aos recursos sociais, entre eles, a habitação, o rendimento, o emprego e a educação, são fundamentais nos processos de *Recovery* (Duarte, 2007 citado por Onken et al., 2002).

O processo de *Recovery* é, portanto, consequência de um conjunto de pressupostos e de valores que implicam que as pessoas com experiência de sofrimento psíquico, tenham acesso aos mesmos contextos habitacionais, profissionais e sociais como quaisquer outros cidadãos. Que as pessoas tenham assegurados seus direitos de habitar, trabalhar, estudar e socializar. Assim, não se negligencia o sofrimento psíquico, no entanto, coloca-se ênfase na jornada pessoal de escolhas e possibilidades concretas de cada pessoa.

Propõe-se *Recovery* como uma perspectiva ao campo da atenção psicossocial que pode orientar ações e serviços em saúde e saúde mental, pois se aproxima dos princípios da RPB e não contradiz as diretrizes da RAPS; pelo contrário, afina-se com a oferta de cuidados que operam por uma base territorial e comunitária, levando em conta os sujeitos singulares. Compreende-se que a perspectiva *Recovery* fortalece as transformações em curso na RPB, pois amplia as possibilidades de participação dos usuários, como sujeitos qualificados para cuidarem de si mesmo, de seus pares e atuarem efetivamente na comunidade onde vivem. Esta perspectiva também é resistência à visão biomédica psiquiatrizante e aos serviços engendrados em suas perspectivas incapacitantes dos sujeitos. Duarte (2007), ao propor sua visão para os serviços de saúde mental, elucida sobre esta abordagem e sua necessidade de aporte comunitário.

Este movimento que assenta na integração comunitária como um direito inalienável de todas as pessoas com experiência de doença mental e na esperança do recovery, defende que esses objectivos serão alcançados primordialmente através da pertença e

participação efectiva das pessoas nos contextos comunitários e do estabelecimento e fortalecimento de ligações com outras pessoas da comunidade (Duarte, 2007, p.130).

Recovery é uma abordagem com estudos empíricos científicos que vem sendo disseminada no mundo como perspectiva capaz de fundamentar o cuidado de pessoas com transtornos e que tem gerado diversas tecnologias, ferramentas, instrumentos e recursos no campo da saúde mental.

No Brasil, a perspectiva *Recovery* vem sendo estudada, mais recentemente, junto aos serviços e pressupostos da atenção psicossocial, em diálogo com seus princípios, abrindo campos de estudo e pesquisas, para evidências científicas em saúde mental, sobre ferramentas, programas e práticas em cuidado e prevenção que contribuem para avançar com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira (Costa, 2017; Grigolo, 2017; Oliveira, 2017; Onocko-Campos, et al, 2017; Pereira, 2019; Serpa-Jr., 2017; Silveira, 2017; Vasconcelos, 2013 e 2017).

É importante localizar que no ano de 2016 a psicologia brasileira deu um passo importante em favor do *Recovery*, ao organizar na cidade de São Paulo o “1º Colóquio Internacional em *Recovery* (Restabelecimento): Vivências e Práticas”. O evento foi em parceria com o *Yale Program for Recovery and Community Health, International Recovery and Citizenship Concul* (IRCC), Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e o Programa de Extensão em Saúde Mental da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O colóquio teve como objetivo proporcionar um debate ético, político e científico sobre o *Recovery*, de maneira a promover o aprendizado e a troca de experiências entre usuários, familiares, profissionais e pesquisadores (CFP, 2016).

Sendo assim, entende-se que, no Brasil, o *Recovery* torna-se um importante aliado ao movimento que vem reforçar a luta antimanicomial e as políticas públicas que são sustentadas pela RPB, mesmo que haja alguns autores deste movimento que contrapõem às bases históricas das teorias *Recovery*, é notável os avanços que esta abordagem enquanto *práxis* visa superar e ampliar possibilidades no campo do cuidado em saúde mental. Trata-se então, de uma lógica com proximidades e distanciamentos, mas, aliada à Reforma, para avançar com a tensão à tese psiquiatrizante acerca do sofrimento psíquico e suas formas de cuidado arbitrárias à atenção psicossocial.

É necessário resgatar, portanto, o movimento da desinstitucionalização, desospitalização e de reabilitação psicossocial pela mudança de representações sociais da

“doença mental” e do enfraquecimento de instituições totais à loucura. Conforme destaca Vasconcelos (2009), as influências italianas de Franco Basaglia (1924-1980) são vistas como a base para a quebra de ações que colocavam a doença mental como um fracasso, também no rompimento de paradigmas nos cuidados e na assistência em saúde destes sujeitos, até então tratados pelo modelo manicomial.

Entende-se que o *Recovery* faz parte do processo de mudança das concepções teóricas e práticas no cuidado e, com o avançar das pesquisas e das intervenções, evoca-se para o debate atual, ético e político, sobre os sistemas e serviços de saúde mental e das possibilidades, sobre os retrocessos no campo do cuidado, tanto nas políticas públicas dos transtornos mental, quanto no campo AD.

A partir de reflexões e ruptura de pensamentos e práticas em saúde mental, as alternativas da perspectiva *Recovery* buscam integração comunitária, cuidado diferenciado do modelo tradicional em saúde, descritivo sintomatológico e curativo, e provoca o debate também para os especialistas e técnicos da saúde, pois pensar e agir a partir do *Recovery* implica fundamentalmente no questionamento das relações de poder em saúde e saúde mental, provocando novas condutas e condições nos papéis de cada um, seja trabalhador, usuário, familiar, seja na gestão dos serviços, nas intervenções feitas pelas instituições e na comunidade.

Em Vasconcelos (2017), é possível analisar o marco histórico com as trajetórias iniciais no Brasil, que segundo o autor, iniciam em 2005, com as primeiras experiências piloto de empoderamento e *Recovery* entre o meio acadêmico com países anglo-saxônicos e a ampliação de projetos próprios brasileiros na área da cultura e de economia solidária.

3.3.2 Aspectos Ontológicos, Antropológicos e Epistemológicos do Recovery em Saúde Mental

O *Recovery* surge como uma tentativa exitosa de ser alternativa no campo da saúde mental e contribuir aos avanços das novas concepções de práticas de cuidados, que rompem lógicas manicomiais estruturadas no modelo hospitalocêntrico. É uma abordagem que tem gerado estudos empíricos e científicos, que produz esforços em diminuir a cronificação dos sujeitos em sofrimento psíquico. Atua diante da história dos tratamentos da psiquiatria tradicional, fazendo a diferença. Trata-se da contradição ao imperativo resumido na relação medicamentosa, da doença, do diagnóstico como central e de práticas de controle sobre os sujeitos, que não produzem autonomia e emancipação.

A perspectiva *Recovery* coloca-se em outro horizonte ontológico e epistemológico, se confrontada com o modelo biomédico, que se desdobra para os aspectos metodológicos, no fazer clínico. Logo, é uma outra referência de possibilidades teóricas e práticas que converge na perspectiva *Recovery*, produzindo transformação para novos dispositivos de cuidado para as pessoas com sofrimento psíquico e usuários do campo AD. A abordagem *Recovery* se aplica desde a Atenção Básica, na comunidade, nos Centros de Atenção Psicossocial, e é uma perspectiva de cuidado oportuna para debates e construção de outras saídas possíveis no campo da saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira e a perspectiva *Recovery* carregam em sua ontologia algumas aproximações com a Fenomenologia e o Existencialismo Sartriano, ainda que não seja propriamente constitutivo historicamente, cujo paradigma do sujeito é a dialética. O *Recovery* pode ser compreendido diante desta correlação ontológica, de acordo com Schneider (2008), que apresenta que um sujeito só pode ser compreendido quando considera sua história individual, sua conjuntura familiar ou rede sociológica, bem como o seu contexto na sua época cultural, tendo como fundo de sustentação a noção que ele se faz e é feito no/por esse conjunto de fatores.

Figueiredo (2000) apresenta que na Fenomenologia o ser humano não tem essência alguma pré-definida, com isso, seguramente pode-se comparar com os pressupostos da abordagem *Recovery*. A singularidade do sujeito é compreendida como produto e produtor do seu contexto e de sua história. Quando se trata da perspectiva *Recovery*, inclusive pessoas com transtorno, síndrome, sofrimento psíquico ou “doença mental”, não estão definidos *a priori* ou a partir de uma essência que o diagnóstico revelou. Desta forma, corrobora-se para o entendimento da totalidade em curso da pessoa que busca o cuidado humano e dos profissionais que devem estar imbuídos na integralidade do usuário/paciente e não apenas de aspectos “doentes” nele. Recorre-se ao Existencialismo em Sartre acerca dessa concepção de sujeito, de ser em relação e do projeto singular de ser, elucidando a partir da citação da obra de Schneider a correspondência que contribui com a antropologia do *Recovery*.

O projeto é uma apropriação subjetiva da objetividade, cujo sentido é, por sua vez, objetivar-se, em atos, sentimentos, paixões, ideologias. Ele é, portanto, uma "subjetividade objetivada". Dessa forma, no existencialismo a ação de um sujeito não pode ser julgada pela intenção, mas sim por sua realização efetiva no mundo (Schneider, 2008 p.294).

Emerge, portanto, a dimensão antropológica universal-singular ou coletiva-individual, de uma dialética histórica, considerando que o projeto é constituição em movimento, único, pessoal, de cada sujeito.

O *Recovery* se estabelece em uma abordagem compreensiva, logo, de conhecimentos de matriz qualitativa, porque contrapõe modelos baseados em diagnósticos de tratamento especificamente biomédicos, ou seja, rompe com as matrizes positivistas. As epistemologias hegemonicamente explicativas, de causa e efeito, descritivas e sintomatológicas são analisadas criticamente, a fim de uma compreensão da psiquê na temporalidade, de experiências constituídas, de uma biografia aberta ao futuro, em movimento dialético.

A abordagem *Recovery* dialoga com outras teorias que se baseiam em estudos de psicologia que contrapõem as teorias “psicologizantes”, da saúde mental crítica, psiquiatria social ou “antipsiquiatria” convencional, como a psicopatologia da autonomia, do sujeito, do ser social e da atenção psicossocial (Leal, et al., 2006; Spohr & Schneider, 2009).

Recovery, em sua síntese ontológica, relaciona-se com a psicologia da saúde que carrega em sua história pressupostos que não perseguem a “normalização”, a solução como cura, produtividade como sinônimo simplista de aptidão à vida normativa. Dentro de sua proposta epistemológica busca fomentar seus conhecimentos na saúde integral do sujeito e no seu bem-estar, marcando uma lógica de cuidados, que colabora para a produção de vida, com aceitabilidade, sociabilidade, convivência, e inclusão social.

Diante destas matrizes psicológicas, faz-se necessário desconstruir os padrões rígidos quanto aos modelos de concepção e tratamento oferecidos às pessoas em sofrimento psíquico. A partir disso, como fundamento base está a dialética. A perspectiva *Recovery* ao se aproximar do Existencialismo Sartriano, que de forma compreensiva, tem como central o ser enquanto “projeto de ser”, um ser no tempo, onde o futuro tem prioridade ontológica nos sujeitos, no sentido da não determinação do passado.

Considera-se a responsabilidade pessoal, a esperança e bem-estar como possíveis para todos, mesmo frente aos diagnósticos de transtornos mentais. Nestas vertentes é possível reconstruir significados, dar novo sentido à vida, transcender situações difíceis e ir em direção ao que se quer, dentro das condições concretas da existência de cada um. Assim, é possível a compreensão dos pressupostos ontológicos, antropológicos e epistemológicos da abordagem *Recovery* que condiz que uma tese sobre a condição de um sujeito só é possível a partir de suas contradições, em suas antíteses, suas diferenças.

Para a abordagem *Recovery* faz sentido a complexidade do que não é esperado, todos os fatores positivos podem contribuir no processo com a promoção da saúde mental e na

emancipação dos sujeitos, mesmo diante das limitações de um sofrimento psíquico intenso. Contribui-se para tornar uma pessoa sempre inacabada, em construção, com possibilidades, em luta, em transformação, com os outros, no mundo. Ainda, considera-se a todo instante a dignidade humana pela autonomia de existência e de possibilidades nos seus projetos de ser, ou de vida, que são mediados pelos recursos disponíveis, em seus territórios existenciais, suas redes de apoio significativas, sua esperança na vida, sua capacidade de adquirir empoderamento social e autossuporte.

3.3.3 *O diálogo entre Reforma Psiquiátrica Brasileira e as práticas orientadas pelo Recovery*

A partir do resgate dos quatro eixos que sustentam as práticas na Reforma Psiquiátrica brasileira descritos por Amarante (2011), que são: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural, propõe-se a aproximação com o diálogo das práticas orientadas pelo *Recovery* nos serviços, resultado de uma análise dos estudos de Bellamy et al. (2016); Slade (2009); Tondora et al. (2014), que se tratam de trabalhos para os serviços em *Recovery*, centrados na pessoa.

O eixo teórico-conceitual na RPB diz respeito à transformação sobre o que é chamado “doença mental”, representado neste estudo pela sentença mais ampla ao sofrimento psíquico. A “doença” não é o centro da questão, é a pessoa, o diagnóstico fica “entre parênteses” (Basaglia, 1985). O fomento para que este eixo seja alcançado e sua manutenção seja feita é produção de pesquisas, congressos e eventos de divulgação científica, processos de formação permanente, supervisão clínico-institucional, grupos de estudos e discussão, formação acadêmica dos profissionais. Na perspectiva *Recovery* assim se dá igualmente, de forma a incorporar a experiência do sofrimento psíquico como parte constituinte da pessoa. Trabalha-se como uma visão de que os sujeitos podem exercer autodeterminação, a partir de fatores importantes no processo, como a inclusão comunitária e entendendo a desconstrução de que em *Recovery* os ajustamentos diante dos sintomas não são o cerne, as pessoas não são culpabilizadas por não estarem clinicamente estáveis ou abstinentes, mas se trabalha com estratégias para que haja apoio e suporte na realização dos seus projetos. Recaídas e crises como parte de um processo farão parte de uma abordagem em *Recovery*.

O eixo técnico-assistencial relaciona-se à ruptura do modelo manicomial nos serviços, como princípio de transformação da RPB. Estabelece-se o cuidado e as trocas sociais para que haja a produção de subjetividades, pois as diferenças neste paradigma são bem-vindas.

Entende-se neste eixo que os serviços trabalham para pessoas e não para doentes, a lógica se volta para as possibilidades de ser e não para as incapacidades. Na prática a abertura, manutenção e a formação continuada são essenciais aos serviços territoriais da RAPS, podendo se citar alguns exemplos: CAPS, Saúde Mental na Atenção Básica: ESF e NASF, leitos em Hospitais Gerais, residências terapêuticas, Centros de Convivência, Programa “De Volta pra Casa”, Programas de geração de trabalho e renda, entre outros.

É importante destacar que no Brasil com a perceptível deterioração das condições de trabalho e infraestrutura dos serviços e o pouco apoio psicossocial aos trabalhadores da saúde mental, é fundamental chamar atenção para a luta prioritária às melhorias nas políticas para a RAPS.

Na abordagem *Recovery* se estabelece que a participação com empoderamento das pessoas é um ponto basal na esfera do cuidado. Abrir espaço para que a pessoa participe ativamente do tratamento, sendo protagonista do seu projeto terapêutico. Quando se inclui as pessoas em sua singularidade, os objetivos do cuidado demonstram as intenções e os valores dos próprios sujeitos. Considera-se que as pessoas podem e devem ser agentes de seus processos, mesmo quando há uma crise, que na pós-crise ele retoma suas rédeas com esperança de vida.

Outro aspecto do *Recovery* é gerar o apoio com os pares, ou seja, pessoas que vivenciam as mesmas dificuldades e que podem ser referências em superação, em ajuda mútua, cuidado entre si nas relações. O *peer support*, ou envolvimento de apoio entre pares é bem-vindo nos processos de *Recovery* e em grupos tornam-se experiências relevantes de como as pessoas juntas traçam seus projetos de forma criativa, implicadas e responsáveis. Não se trata de apenas um trabalho voluntário, em alguns casos sim, mas a intenção em serviços orientados por *Recovery* é que estes sujeitos sejam remunerados. Cidades como Nova York e New Haven (Eua) e Nottingham (Inglaterra) contratam *peer support* como profissionais em saúde mental, um trabalho assalariado. Já no Brasil de forma inovadora na cidade do Rio de Janeiro, através de apoio de pares e de ajuda mútua contou com a experiência de remunerar pessoas usuárias, capacitadas nos grupos, em projeto liderado pelo professor Eduardo Mourão Vasconcelos.

O eixo jurídico-político da RPB prevê a mudança no estatuto jurídico do “louco”, tornando-o sujeito de direitos e cidadão. É um compromisso com os direitos humanos, de luta por inclusão de novos sujeitos de direito e de novos direitos para os sujeitos, compreendendo suas necessidades. Estabelece-se a importância das transformações no modo de cuidado e a necessidade de contínuas lutas antimanicomiais para mudanças em normas, portarias e legislações específicas na saúde mental dos usuários. Entre seus compromissos está o de fazer

valer a lei 10.216/2001, que objetiva redirecionar a assistência em saúde mental como substitutiva aos manicômios, inserindo como alternativa o cuidado pela atenção psicossocial em serviços de base comunitária, como é o exemplo dos CAPS.

Este compromisso com equidade e justiça em *Recovery* destaca-se nas relações colaborativas, que passam pela produção de confiança entre usuários e equipes. Quanto mais os profissionais engajam-se nos interesses da vida das pessoas, não apenas em sintomas e o que fazer pra diminuir os seus efeitos, mais podem contribuir para potencializar e explorar novas formas de vida. As relações tendem a se horizontalizar em *Recovery*, quando se enfraquecem julgamentos e se acolhem desejos e objetivos de vida. Os profissionais podem ser boas referências, de apoio, mas pelo modo igualitário, humano e acolhedor de diferenças e não pelo poder que exercem nos serviços. O exercício de transformação para um modelo de atuação baseado em *Recovery* geralmente se dá pela mudança de concepção e do olhar dos trabalhadores e não apenas por infraestrutura.

Em um trabalho realizado em *Recovery* se torna fundamental que a linguagem deixe de ser rígida e passe a refletir os princípios da abordagem. Quanto mais acessível e promotora de bem-estar, mais haverá uma aproximação com o processo de vida e saúde das pessoas. Evita-se terminologia técnica e rebuscada pela formação científica aos usuários. Gera-se impacto na vida das pessoas quando se consegue fazer uma leitura da sua cultura, do jeito de ser, sem que o profissional ou instituição sejam disciplinadores; em *Recovery* o local não deverá ser de performance para os comportamentos do sujeito.

O saber profissional é importante de ser compartilhado, desde que adaptado e oferecido como um dos recursos para o usuário, não focalizando no diagnóstico, mas na produção de novos sentidos de viver com ele. Em *Recovery*, assume-se a conduta de compreender a diferença de experiência com o sofrimento psíquico e o que é o sofrimento em si (mesmo sendo um diagnóstico de doença dado pela medicina), com enfoque na pessoa. Assim, facilita-se a construção de sentidos e significados às pessoas em processo de *Recovery*.

No eixo sociocultural da RPB, que diz respeito às racionalidades do senso comum e científico sobre pessoas que tem sofrimento psíquico. Trata-se da mudança de mentalidade, de quebra nos preconceitos, formas estigmatizadoras e representações creditadas à loucura. Impressões que ao longo dos anos se criaram sobre as pessoas, resumindo-as a perigosas, improdutivas e/ou incapazes. Alavancar ações que deem espaço para pessoas que utilizam os serviços substitutivos em grupos artísticos, em programas de mídia, incentivando através da cultura para uma atitude de desconstrução sobre os estigmas e estereótipos.

Os princípios culturais podem ser aliados ao processo de *Recovery* da pessoa. Não estabelecer *a priori* sobre o que a pessoa acredita, ou segue diante dos seus valores culturais que são diferentes de muitos profissionais. Por exemplo, desconsiderar sua religião, seus guias espirituais, ou até mesmo crenças sobre algo que sua mente produz para o proteger. Dialogar com diferentes formas de ver o mundo do outro é uma atitude em *Recovery* que gera ganhos a todos. Essa noção cultural é alinhada com as relações sociais com a comunidade e rede de apoio significativa a todo momento. Incentivar os usuários nas relações comunitárias é exercer a cidadania, com maior protagonismo em seus processos. Quando se deixa de enfatizar que apenas o serviço é a solução, se enfraquece a dependência deste recurso e se amplia as possibilidades no círculo social, conectando pessoas entre o território e os sentidos de pertencer a uma comunidade. Há formas criativas de evidenciar a melhoria de pessoas com sofrimento psíquico se engajando com elas ou as agenciando em outros projetos, como projetos culturais, projetos sociais, voluntariado, contribuições no próprio serviço, ações pontuais ou mais duradouras, ao descobrir as afinidades das pessoas.

O *Recovery*, como uma nova visão para a saúde mental, também precisa estar atento quando há situações de crise, de urgência e emergência, que envolvem formas de manejar nestes casos extremos, diante de esgotar as outras possibilidades de acolhimento. As estratégias de prevenção à crise são fundamentais à medida que se conhece os usuários, na compreensão dos gatilhos e sinais de alerta e com as famílias ou redes importantes da pessoa.

Intervenções em *Recovery* devem permitir que mesmo com o sofrimento intenso não se perca a identidade, a responsabilidade pessoal e os objetivos de esperança durante e após a crise. Compreender que medicação é uma ferramenta de apoio sempre que se fizer necessário, que contenção tem um significado diferente de violência e que se preserva a pessoa e as demais na relação com a crise.

3.2.1. Recovery e as estratégias do Cuidado: O Sofrimento Psíquico e Álcool e Outras Drogas na Atenção Psicossocial

Analisando as propostas de uma mudança, transformação ou ressignificação dos modelos de cuidado e de serviços ao longo da história, compreende-se o *Recovery* como um importante aliado para avançar as conquistas da RPB pela atenção psicossocial e enfraquecer os modelos psiquiatrizantes. Ao entrelaçar o *Recovery* às perspectivas do campo do cuidado de pessoas com sofrimento psíquico, nos casos do uso problemático de substâncias psicoativas, confere-se a mesma noção do *Recovery* que se aplica para a saúde mental em geral.

Recovery assume a intenção de superar o modo que limita e segrega o sujeito na relação com o sofrimento, doença ou com as drogas. Visto que não adota modelos retrógrados de tratamento, como ocorre no caso do proibicionismo no campo AD, que toma a abstinência como único recurso, e acaba por reduzir a pessoa à relação com a droga, tendendo a gerar maior sofrimento e os ciclos de abstinência e recaídas.

Não se generaliza um cuidado, mas se singulariza pelo seu processo em *Recovery*, afinal, nem sempre é simples o deixar de usar uma substância, ou em um quadro psicótico que a pessoa administra medicação, nem sempre ela poderá deixar de usar o medicamento, portanto, é necessário ter uma ética de cuidado e não de alienação do outro. Em alguns casos, dependendo da ação do profissional, ele deixa de assumir essa ética e reforça uma postura de regulador-disciplinador. Em *Recovery* a responsabilidade é de cada sujeito com seu processo de sofrimento, dependência ou adoecimento, o profissional é apoio, compreensão e busca de superação.

O *Recovery* é aproximado em sua prática pela perspectiva em saúde mental da Psicopatologia da Autonomia (Leal et al. 2006). Suas técnicas e intervenções são pautadas e organizadas em torno de valores e escolhas do sujeito. Esses valores e escolhas não são normas inflexíveis, atemporais, eternas, a-históricas e frequentemente excludentes. No campo AD, os estudos em *Recovery* ainda são escassos. Assim, evita-se cair nas armadilhas dos estereótipos morais, lançados ao senso comum sobre uma pessoa que fez, faz ou tem vontade de fazer uso de drogas. Aqui, lança-se a necessidade de entendimento sobre os tempos e os espaços do universo das drogas (Espinheira, 2008).

As implicações das ações do uso de drogas são relevantes ao entendimento acerca das suas racionalidades, de acordo com Schneider (2010), que diz respeito às formas e aos significados, aos padrões de uso, que são diferentes em uma mesma cultura, porque são contrastados por aspectos sociais, éticos e políticos. Trata-se dos diferentes modelos de compreender a complexidade do fenômeno AD, a partir do entendimento da realidade de quem observa e de quem vivencia, que é atravessada pelos diversos sistemas de crenças, valores, símbolos, princípios, regras, conhecimentos, desejos e vontades, tal como um “guia” do pensar e fazer com a temática.

Pode-se considerar, portanto, que as racionalidades dialogam com concepções diferentes, que se sustentam em representações sociais e teorias racionais. Entre elas está o saber popular e o saber científico e neste último, o destaque para o saber psicológico e o saber médico, que atravessa os processos de cuidado da área da saúde mental e da atenção

psicossocial. Em síntese, pode-se considerar que os sistemas de racionalidades têm como pano de fundo uma lógica, uma ideologia e são fundamentados por uma cultura.

Para todos os fenômenos e seus objetos, o *Recovery* em primeira análise abre mão da impossibilidade de cuidar, de praticar esperança de vida com protagonismo, considerando que os processos são complexos e diante de facetas polissêmicas que fazem o sujeito estar em contato com esta abordagem (Dahl, 2012).

Na atenção psicossocial, os apontamentos para o cuidado em saúde, de forma integral e intersetorial se relacionam com a perspectiva do cuidado em *Recovery* que subsidia suas ações a partir da humanização da pessoa, entendendo a autonomia como possibilidade em seu processo de cuidado em saúde. O desafio para as estratégias nos serviços é de uma atenção em *Recovery* que foque como o elemento central a inserção social dos sujeitos. Que seja incluído até mesmo seus sinais e sintomas, mas não contribuindo para que eles sejam amplificados, que ofereça diferentes modos de cuidado a partir de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e que se possa aferir as melhores condições sobre a vida destas pessoas que precisam destes serviços.

A riqueza que se encontra na autenticidade dos sujeitos, pela manifestação de suas expressões, quando lhes é creditado a possibilidade da autonomia, dada em seus projetos singulares e, principalmente, que nos serviços há técnica, há saber, há apoio, cuidado com quem precisa ser cuidado. O que não há nesta conjugação do *Recovery* é o enrijecimento do fazer profissional, da perda dos atributos da subjetividade de quem se mostra aparente nas suas vontades, mesmo que para uma sociedade normativa gere desconforto ver a loucura em palavra, em dança, em roupa, em arte. Pode-se dizer que nestes serviços geralmente de olhar interdisciplinar com ações que podem ser transdisciplinares o fazer sempre será regido por uma ética social crítica, na relação “humano-social” (Leal et al., 2006).

No campo do fazer a ruptura da estigmatização dos tratamentos viram de fato a lógica do cuidado com o usuário e para a compreensão deles para o cuidado de si. O *Recovery* tem o esforço de atingir suas habilidades singulares, potências, escolhas que sejam favoráveis, assumindo seus riscos, consequências, possibilidades com vontade e autonomia. A ética do cuidado no campo da atenção psicossocial exige uma atitude intersetorial, integral, entre equipes, com rede de apoio, e é no território que se compreende o que é um PTS. Grigolo e autores (2014), dedicam estudo a demonstrar esta explicação.

Um Projeto, pois se trata de uma construção inacabada, aberta a provisoriades e reconfigurações. Terapêutico, uma vez que experimenta o cuidado como uma

construção de sentidos de práticas de saúde. Singular, porque se refere ao sujeito/família na produção do cuidado de si (Grigolo et al., 2014, p. 53).

O *Recovery* e a atenção psicossocial resultam com seus usuários em processos de cidadania. Traçam-se estratégias de intervenção com o usuário e não unilaterais, juntamente com os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito. A clínica da atenção psicossocial considera outras variáveis, além do diagnóstico, se desloca para a história e o contexto vivido, a família, a moradia, as relações sociais, a renda, as relações afetivas, entre outras. O *Recovery* contribui para as capacidades do sujeito a ponto de ajudar o indivíduo a (re)estabelecer relações afetivas e sociais, (re)conquistar direitos e seu poder, assim como o produto da singularização, pelo PTS, nos serviços, de “buscar a autonomia afetiva-material-social e o incremento da incorporação desses na vida de relação social e política” (Grigolo et al., 2014).

No campo AD, como Leal (2019) apresenta, não tem como eixo a presença ou ausência do desejo de se tratar e o processo de *Recovery*, em sua centralidade está em considerar a pessoa em particular, naquele momento histórico da sua experiência de vida, eixo central do projeto de cuidado para o que ela demandar. Autonomia neste campo é um valor que precisa ser a todo instante desvelado e considerado como possibilidade pela via do *Recovery*, da saúde mental, da atenção psicossocial. Na prática, no cuidado, a psicopatologia da autonomia precisa ser considerada uma perspectiva que atravessa a ética do fazer clínico (Leal, et al, 2006). Autonomia norteia os trabalhos, pode ser agente para prevenção e promoção nas estratégias do cuidado, como por exemplo, nas práticas de redução de danos.

Na perspectiva *Recovery* deve-se evitar a racionalização do ponto de vista individualizado, não cabe nem um tipo de julgamento quando compreendido se o uso problemático ou abusivo de drogas é uma questão de compulsão ou de uma escolha, conforme destaca e problematiza estes dois modelos em Leal et al. (2019).

Na área da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, independente do uso abusivo de substâncias ser compreendido como compulsão ou como escolha, o eixo do cuidado organiza-se na sustentação ou ampliação da autonomia do usuário em outros âmbitos da vida, por exemplo, na escolha da forma como lidará com os danos que decorrerão do uso. A autonomia frequentemente é considerada o que de mais importante o processo de tratamento tem a promover (Leal et al., 2019, p.132).

As transformações dos serviços que operam como substitutivos aproximam-se do que a noção de *Recovery* orienta, sobre a relação entre equipe, usuário e família, como um exercício da singularidade e menos engessamento hierárquico. A autonomia está diretamente

ligada ao *Recovery* quando se pensa na emancipação dos sujeitos, pelo que se compreende nesta abordagem sobre empoderamento, proporcionando princípios que geram ações para a vida, como a capacidade de advogar ao seu próprio favor e de ser responsável pela gestão da sua vida.

O *Recovery* com pessoas que fazem uso problemático de substâncias, em suas *práxis*, revela que não é terapêutico definir um sujeito pela sua condição ou simplesmente rotulá-lo pelo seu padrão de uso. O processo de *Recovery* na vida de um usuário no campo AD não difere dos demais processos de cuidado no campo da saúde mental, sendo que se trata de uma possibilidade terapêutica, de (re)descoberta para se chegar na autonomia e melhorar a qualidade de vida e não emaranhada necessariamente com os processos de “cura” ou abstinência. Trabalham-se habilidades para a vida com responsabilidade pessoal, redução de danos, autoconhecimento pela esperança na vida e nas escolhas e nos aspectos de educação e cidadania que esta abordagem oferece.

Há estudos que demonstram que o *Recovery* tem um potencial maior de ação no cuidado com as pessoas que demonstram estarem em sofrimento psíquico quando estão expostas a condições de vida mais favoráveis e que neste caso, pode-se compreender esta condição como o acesso às políticas públicas, recursos privados, individuais e coletivos. Um dos estudos que está em Davidson & Roe (2007), considera que há um capital ideal em pessoas, para que o processo de *Recovery* ocorra de forma mais linear. Apresentam que, associado a boas iniciativas, os sujeitos apontam maiores chances, em menor tempo de resposta ao processo de *Recovery*.

Um exemplo que contribui na elucidação de boas iniciativas e que poderiam direta e indiretamente estar associado às perspectivas do *Recovery* no campo AD foi o projeto na cidade de São Paulo, no período de 2013, denominado “Programa de Braços Abertos” (Rui, Fiori & Tófoli, 2016). Tratou-se de uma política pública de direitos humanos, saúde e cidadania. A proposta era focalizada em princípios de prevenção e promoção e saúde, através da garantia de intervenções à população usuária de drogas dos entornos da chamada “cracolândia”. Era a oposição das ações policiais constantes e truculentas, que não continham filtros e contextos aos sujeitos vulnerabilizados em decorrência do uso problemático de *crack* e outras drogas e conseqüentemente nas suas condições de saúde.

Em síntese, o programa se fundamentava em um serviço público de Redução de Danos, logo, de baixa exigência (*low threshold service*) no qual as pessoas que habitavam aqueles espaços degradados socialmente poderiam frequentar o ponto de apoio para uso de banheiros, serem inseridos em atividades culturais, descansar e se alimentar. Elas poderiam ter

cama para dormir, banho em chuveiros e outras possibilidades com atividades inclusivas. Foi pensando em inspirações de programas como *Housing First*, que se baseava na oferta de moradia para pessoas que se encontravam em situação de rua há muito tempo e eram usuários crônicos de álcool e outras drogas.

Como critério, não havia a pretensão primária sobre a abstinência, mas, sim, o amparo para uma transformação ao sair das ruas e ter uma casa. A partir de diversos estudos tanto no período, quanto após o projeto, demonstram o que já era constatado nas influências do programa, que a partir destas iniciativas há diminuição de violência e desordem urbana, de consumo e intercorrências de saúde em urgência e emergência como é o caso de acionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Observa-se algumas concepções éticas que orientavam o programa centrado nos sujeitos e que se desdobravam em ações intersetoriais e que dialogam diretamente com o *Recovery*: a) conjunto de direitos à dignidade humana (moradia, alimentação, trabalho e renda. A possibilidade de locação de moradia em locais próximos onde eles já costumavam transitar, segurança alimentar, garantia de projetos de economia solidária e cooperativismo social); b) baixa exigência (desenvolver vínculos que gerassem vontade de mudança, aplicação da redução de danos e a saúde como princípio universal a todos, como fator de equidade); c) a droga como secundária (compreender que ao criar outras iniciativas que focam na vida integral e não no consumo e na abstinência possibilitam-se oportunidades diante da extrema desvantagem e vulnerabilidade social que estas pessoas apresentavam); d) constituição de novos coletivos (outros formatos de agrupamento, para além do compartilhamento do uso de substância), com protagonismo diante das demais camadas sociais, por grupos de trabalho (GT), representatividade em lideranças, de forma política e exercendo democracia diante do grupo, da imprensa, dos interesses em pesquisas, entre outros; e) ampliação para a intersetorialidade (a criação de novos coletivos operantes de trabalhadores de diferentes áreas das políticas públicas da Prefeitura). Era um novo modo de fazer sua atividade técnica conjuntamente, pois demandava união, paciência e esforço coletivo entre profissionais da Saúde, da Assistência, do Trabalho e dos Direitos Humanos.

Segue um fragmento de uma entrevista com Myres Maria Cavalcanti, médica, que foi a coordenadora do Grupo Executivo Municipal (GEM) que instituiu o Programa de Braços Abertos e foi coordenadora da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Município de São Paulo.

A outra característica é que Braços Abertos é pensado como um Projeto em constante transformação. Ele não é uma ação isolada. Ao contrário, além de operar integradamente, ele já está conectado às redes de saúde e de saúde mental. Caps, Serviço de Doenças infecto contagiosas, etc. Já existe um mutirão de cuidados para o tratamento de tuberculose, e outros agravos. Evidentemente, a ação fortaleceu a construção dos Projetos de Vida. Cada caso é tratado singularmente. (<http://abramd.org/wp-content/uploads/2015/03/SP-DeBra%C3%A7osAbertos.pdf>)

Considerar que o Programa de Braços Abertos foi um gerador de Projetos de Vida em suas singularidades é conceber a abordagem *Recovery*, na sua base teórica e prática.

Diante desta realidade para boas iniciativas no campo é importante que hajam investimentos pessoais e sociais, com recursos financeiros, materiais e instrumentais, além da importância do território de sentidos, existencial (Lima & Yasui, 2014), de profissionais capacitados no campo da atenção e no agenciamento do cuidado singular da pessoa, pois assim, gera-se sentimentos como o pertencimento a uma comunidade e a identidade com um grupo. Fatores de proteção como a rede de apoio significativa são incluídos como aspectos favoráveis a este capital de *Recovery*. Pessoas vulneráveis a estes investimentos e recursos pessoais tendem a precisar de mais tempo ou mais intervenções, pois necessitam de maior amparo na proteção básica e outras diligências no seu processo de *Recovery*.

Recovery para o campo AD, segundo White (2007), deve conter diferentes estratégias a ponto de promover uma outra opção que não seja apenas o uso de substâncias psicoativas. Rompe-se com a ideia de enquadramento e modelo único de tratamento. Procura-se sensibilizar para a vida, com aspectos de saúde integral, sem julgamentos moralizantes e destrutivos à pessoa que faz uso de substância psicoativa. Aposta-se na experiência do sujeito relacionando-o aos seus recursos internos e externos, que são possibilidades positivas junto a sua rede, família, grupo ou contextos favoráveis.

Dessa forma, entende-se que diante da vulnerabilidade social que a dependência ou o uso problemático de substâncias psicoativas pode causar na vida de algumas pessoas, dada as suas condições e contextos, o *Recovery* propõe desenvolver uma vida (re)significada, podendo ser mais produtiva e com maior autonomia. Assim, esta abordagem de forma ampla, no campo AD, busca compreender junto com a experiência do sujeito, seja no entendimento do seu próprio padrão de uso, seja nos seus gatilhos disparadores que o fazem consumir a droga.

O processo de *Recovery*, quando instaurado como intervenção, precisa estar atento às considerações tanto de equipe de gestão, que planeja, quanto de equipe de ação especializada, que executam as ações no campo, que suas atividades sempre serão terapêuticas. E sendo neste modelo, guiam todas as ações e processos dentro desta lógica do cuidado uma

instituição de saúde, que por sua vez, é produtora de sentidos na vida das pessoas que acessam àquele serviço.

Recovery é um desafio possível na saúde mental e na atenção psicossocial. Desde o campo do cuidado até na esfera da prevenção, como alternativa de conscientização da importância do processo pessoal, da constante busca por transformação pela orientação dos serviços. Sendo um processo, é um modo de vida de pessoas que podem lidar melhor com seus sofrimentos psíquicos ou dificuldades com o uso problemático de substâncias psicoativas.

Pode-se compreender a abordagem *Recovery* como uma estratégia de enfrentamento aos sentimentos que são adversos quando uma pessoa com uso problemático de substâncias busca ajuda, seus desdobramentos passam pela promoção de saúde, diante de intervenções terapêuticas pautadas na própria construção de um processo singular. Em todas as intervenções, independentemente do que a faz sofrer, buscar ajuda, privilegia-se o saber da pessoa, que reconhece nas suas escolhas as suas consequências favoráveis e desfavoráveis aos seus cuidados e poderá fazer melhor uso dos seus recursos pessoais e psicossociais.

3.4 WRAP - *Wellness Recovery Action Plan*

Na abordagem *Recovery* existem diversos instrumentos internacionais e alguns já adaptados ao Brasil no campo do cuidado, da prevenção e da avaliação e orientação dos serviços de saúde mental. Entre as ferramentas de intervenção que podem ser amplamente utilizadas na área da saúde e na atenção psicossocial está o WRAP (*Wellness Recovery Action Plan*), Plano Pessoal de Ação para o Bem-Estar, instrumento de origem norte-americana, criado por Mary Ellen Copeland em 1997 (Copeland, 2002).

Mary Ellen Copeland e outras pessoas que contribuíram para a criação do WRAP, passaram por vivências de sofrimento emocional grave. O grupo, ao qual pertenciam, trocava experiências a respeito das possíveis estratégias práticas para que pudesse contribuir com o bem-estar diário deles, mesmo continuamente convivendo com sintomas e desconfortos psicológicos. Segundo Grigolo et al. (2017), Mary Ellen e Jane Winterling sistematizaram suas experiências e se dedicaram a estruturar um plano mais elaborado de estratégias de enfrentamento e em um sistema simples, que apelidaram com as iniciais de “WRAP”. A partir de então, Copeland dedicou-se a publicar e a disseminar esta metodologia, que considerou extremamente potente ao experimentá-la no seu próprio cotidiano, visto a sua experiência em hospitalizações devido a depressão, ansiedade e bipolaridade (Grigolo et al., 2017 apud Copeland Center, 2016).

O WRAP é um instrumento que ajuda o sujeito a desenvolver um plano de ação para responder às dificuldades e problemas diários. Na perspectiva da saúde mental, o WRAP contribui com os indivíduos no enfrentamento das questões causadoras de sofrimento psíquico e que são vivenciadas no cotidiano particular de cada pessoa. É uma forma de planejar respostas simples que podem ser usadas para cuidar de si mesmo, promovendo bem-estar, gerar autoconhecimento, ressignificando seu sofrimento, melhorar as relações sociais e/ou interpessoais.

Segundo Copeland (2002), o WRAP orienta os participantes através do seu processo de identificar e compreender seus próprios recursos pessoais de bem-estar com as suas “ferramentas do bem-estar” e, em seguida, ajuda-os a desenvolver um plano individualizado para usar esses recursos diariamente para melhor gerenciar seus sofrimentos psíquicos. Entre os objetivos sistematizados ao WRAP, Copeland (2006) destaca:

- Ensinar aos participantes como implementar os conceitos-chave de recovery (esperança, responsabilidade pessoal, educação, autodefesa e suporte) em seu dia-a-dia;
- Ajudar os participantes a organizar uma lista de suas ferramentas de bem-estar, atividades que podem usar para se sentirem melhor quando estiverem enfrentando dificuldades de saúde mental e para evitar que essas dificuldades surjam;
- Auxiliar cada participante na criação de uma diretriz antecipada que oriente o envolvimento de familiares ou apoiadores quando ele ou ela não pode mais tomar as medidas adequadas em seu próprio nome;
- Ajudar cada participante a desenvolver um plano pós-crise individualizado para uso conforme a dificuldade de saúde mental diminui, para promover um retorno ao bem-estar (Copeland, 2006 citado por Samhsa, 2010).

O WRAP é ensinado por meio de oficinas em grupo, com dinâmicas auto relatadas, utilizando uma metodologia simples e direta. O conteúdo é desenvolvido de forma interativa entre os facilitadores, cofacilitadores e os grupos. Os grupos variam de acordo com a realidade da população ou do objetivo do público-alvo, mas geralmente ocorrem em grupos menores de oito a doze participantes.

A *Copeland Center for Wellness and Recovery* foi fundada em 2003 na cidade de Brattleboro, estado de Vermont, nos Estados Unidos, e detém os direitos autorais dos treinamentos e pesquisas do WRAP. Segundo a organização, que é sem fins lucrativos, “as informações são transmitidas através de palestras, discussões e exercícios individuais e em grupo” (Samhsa, 2010), e os fundamentos do WRAP são inicializados por meio de exemplos da vida dos cofacilitadores e partindo da experiência dos participantes.

O Plano total quase sempre é realizado em oito sessões semanais de duas horas, podendo ser adaptado a depender das necessidades dos participantes. As inúmeras experiências

demonstram que os participantes geralmente optam por continuar a se reunir após o término do modelo formal, a fim de estabelecerem grupos de ajuda mútua e apoio de pares para a revisão contínua de seus planos WRAP.

No Plano Pessoal de Ação WRAP “trata-se de uma ação educativa e reflexiva, que dá aos participantes a possibilidade de aumentar o conhecimento sobre si mesmos, com vistas a terem maior possibilidade de autogerir suas vidas” (Grigolo et al., 2017, p.304). Dessa forma, mesmo diante de um grupo, das dinâmicas coletivas e compartilhamento de experiências, esta ferramenta do WRAP é construída individualmente, a partir das singularidades de cada sujeito.

Abaixo, o Quadro 1, compõe os elementos centrais da metodologia do WRAP, que devem ser seguidos em suas aplicações, denominado de “*Toolbox of Wellness*” (Caixa de Ferramentas do Bem-estar).

Quadro 1. – Caixa de Ferramentas para o Bem-estar WRAP

| Caixa de Ferramentas para o Bem-estar (<i>Toolbox do BEM-ESTAR</i>) | | | | |
|--|--|---|---|----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Manutenção Diária | “Gatilhos” Disparadores ou Desencadeadores (externos) | Alertas/sinais (internos) | Colapsos (quando as coisas parecem estar saindo do trilho) | Plano para crises |
| Como sou eu quando estou bem? | Quais são eles? | Quais são eles? | Como ele se apresenta? | Como sou quando estou bem? |
| Plano de ação para me manter bem. | Plano de ação para reduzir o efeito dos gatilhos. | Plano de ação para reduzir os sintomas. | Plano de ação para manter-se seguro. | Sintomas |
| Coisas extras que seja necessário fazer | .Além disso eu poderia... | Além disso eu poderia... | Além disso eu poderia... | Suporte/ Apoio |

Fonte: WRAP *Workbook* da Copeland Center (Tradução e Adaptação)

Um aspecto importante a considerar é que o WRAP estimula a autonomia, com responsabilidade, a ponto de reduzir a relação de dependência dos usuários com os serviços de saúde e profissionais. O Plano de Bem-Estar visa apoiar os usuários que o praticam e o constroem na compreensão sobre suas escolhas, tomadas de decisões na vida, aliando como premissa suas potencialidades e a identificação dos seus recursos próprios internos e externos. O engajamento de usuários dos serviços de saúde mental em *Recovery*, como corresponsáveis

pelos seus próprios tratamentos, são facilitados pelas estratégias de autogestão, marcas que se tornam características de pessoas que aceitam a experiência de construir seus Planos de Ação no WRAP.

A autogestão no tratamento, como fator de cuidado em saúde mental, é um aspecto crítico aos modelos tradicionais de psiquiatria, psicologia e de centros especializados de saúde. A partir deste paradigma se compreende que as pessoas podem assumir o controle de suas próprias vidas, promovendo uma colaboração sincera e genuína com os profissionais em seu cuidado (Mueser & Cook, 2013).

Uma característica importante no planejamento do WRAP, ainda sobre o seu envolvimento, é sempre considerar a própria experiência e as vontades das pessoas. É um recurso com pequenas ações do dia a dia que podem passar despercebidas, e com a aplicação do programa se privilegia o próprio saber, suas qualidades e ajuda a estabelecer uma relação de bem-estar nas dimensões integrais da saúde da pessoa.

No Brasil, o programa é traduzido como “WRAP Brasil”, “Plano Pessoal de Ação para o Bem-Estar e *Recovery* em Saúde Mental”, ou apenas “Plano Pessoal de Ação WRAP”. Vem sendo estudado desde 2015 e já foi aplicado em seis estudos pilotos como parte do Grupo de Pesquisa e Extensão do CNPq “Sofrimento Psíquico, *Recovery* e Cidadania, coordenado pela psicóloga e professora, Dr.^a Tânia Maris Grigolo. Passa por um processo de adaptação cultural, sendo sua análise o alvo desta pesquisa científica.

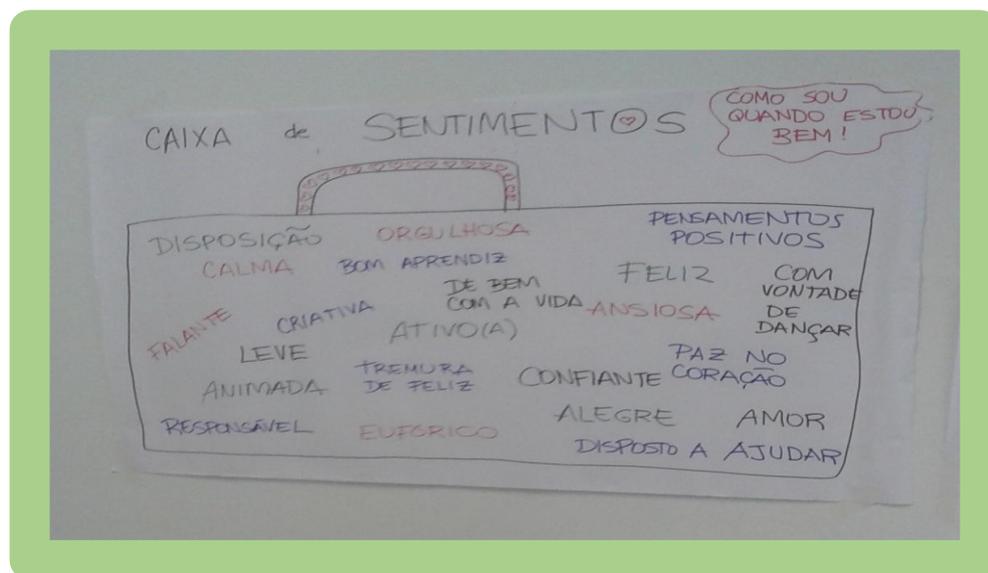
Até o momento, nos seis estudos com as intervenções, demonstrou-se que o WRAP é uma ferramenta útil para o prolongamento do bem-estar pessoal de diversos públicos, dentre eles, no Brasil, as oficinas ocorreram com os usuários dos serviços de Saúde Mental, (CAPS II e CAPS AD), técnicos das Unidades Básicas de Saúde (UBS), estudantes de Psicologia e trabalhadores da área da Saúde Mental da cidade de Florianópolis. Correlaciona-se que algumas pesquisas realizadas com grupos controles nos Estados Unidos evidenciaram que, comparados a outros grupos, os participantes do WRAP desenvolveram maior habilidade para lidar com os desafios da sua vida e maior confiança na sua capacidade de alcançar seus objetivos (Cook et al., 2013 citado por Grigolo et al., 2017).

As práticas em sua fundamentação são orientadas a partir dos cinco princípios que são fundamentais na abordagem *Recovery* e que se conectam de forma a conceber o processo que o sujeito passará com o instrumento. Reitera-se seus princípios aqui: Esperança, Responsabilidade Pessoal, Educação, Advogar a seu favor (*Advocacy*) e Suporte (Copeland & Mead, 2004).

Em sua metodologia, os seis módulos temáticos, por sua vez, são produzidos a cada encontro, progressivamente, partindo de um estado no qual o sujeito se encontra com seu bem-estar até o momento de compreensão sobre as situações de crise. Em Vasconcelos, et al. (2013) e em Grigolo, et al. (2017), há traduções próximas do que se constitui o Plano, nas seguintes etapas:

1. Caixa de Ferramentas do Bem-Estar: momento em que os participantes identificam as ações que os potencializam, partindo da pergunta: O que te faz bem? Também identificam o que, em sua experiência pessoal, deve ser evitado, pois diminui seu bem-estar;
2. Manutenção Diária: o participante é convidado a explorar como ele é quando está bem, e o que gostaria de fazer diariamente para se manter desta forma;
3. Gatilhos ou disparadores externos: são elencados os gatilhos, eventos externos que são capazes de disparar efeitos desconfortáveis ou sintomas, e os participantes elaboram um plano para lidar com a ocorrência destas eventualidades;
4. Sinais de alerta: os participantes percebem os sinais internos que indicam uma piora em seu estado, e planejam formas de agir para evitar o agravamento da situação;
5. Colapso / quando as coisas estão mal: os participantes identificam seus sinais pessoais de colapso, e elaboram um plano de emergência para estes momentos;
6. Plano de Crise: refletindo sobre suas experiências de crise, o participante elabora um plano para ser utilizado em um eventual agravamento, quando intervenções de outras pessoas serão necessárias. Os participantes identificam seus sinais de crise, as pessoas que podem apoiá-lo, profissionais de referência, medicações e tratamentos preferenciais (Copeland, 2002).

Figura 1. – Modelo de Caixa de Ferramentas



Fonte: Grupo de Pesquisa e Extensão em Sofrimento Psíquico, *Recovery* e Cidadania, CNPq – WRAP 1 Brasil.

Sobre os aspectos de considerar as influências e diferenças culturais na utilização do WRAP e que implica nos desdobramentos da ferramenta em adaptação no Brasil, a autora colabora.

(...) para tomar a decisão de implementar uma intervenção desenvolvida em outro contexto cultural, é importante considerar a rede de saúde de forma integral, incluindo a proposta de mudança na atitude do profissional e da cultura do recovery nas organizações de saúde. Tais adaptações passariam por considerar a própria definição de recovery que melhor representa aquela cultura ou de que maneira aquela sociedade interpreta e se apropria do conceito de recovery, já que há diversas dimensões englobadas em tal conceito (Grigolo et al., 2017, p. 307).

No Brasil, os seis estudos pilotos do WRAP foram desenvolvidos dentro do campo da extensão e da pesquisa científica. Como fator na métrica que contribui para a avaliação de sua efetividade, nas versões do WRAP Brasil, dentro de sua metodologia, foi contemplado a aplicação de pré-testes e pós-testes aos participantes.

As aplicações do WRAP Brasil se deram com usuários, profissionais e familiares, juntos e separados, sendo esta intervenção capaz de abarcar sujeitos em diferentes graus de sofrimento e de forma inclusiva. É uma premissa que os facilitadores sejam pessoas que falam do seu lugar de experiência, sem uma apresentação que exija um lugar somente técnico do saber, ou seja, como sujeitos que também sofrem ao vivenciarem problemas cotidianos e que por isso, a ferramenta deverá ser útil para todos que se impliquem nela.

O WRAP fornece um processo e elementos aos participantes para refletirem sobre suas habilidades e para desenharem um plano no qual serão os protagonistas de suas vidas através de reflexões acerca das experiências cotidianas e suas formas de enfrentamento. Cumpre seu papel social e ético ao ajudar as pessoas a identificar seus recursos internos e externos, em direção a uma maior autonomia, capacidade criativa nas respostas dadas aos problemas cotidianos e ampliação da capacidade de cuidar de si mesmo (Grigolo et al., 2017).

No mundo, o Plano Pessoal de Ação WRAP vem sendo aplicado e utilizado em vários países, como Austrália, Canadá, China, Escócia, Holanda, Inglaterra, Irlanda, Japão, Nova Zelândia, e, no país de sua origem, os Estados Unidos.

Em revisão feita em 2010 pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos para certificação do WRAP como prática baseada em evidências pelo *The National Registry of Evidence-Based Programs and Practices* (NREPP), tem-se a informação que desde sua criação, mais de um milhão de livros do WRAP e recursos relacionados foram distribuídos em todo o mundo, o que aponta para que milhões de pessoas tenham se beneficiaram com o Plano WRAP. A partir deste registro de certificação, que é concedido pelo

governo norte-americano junto ao *The Evidence-based Practices Resource Center* em conjunto com órgão do governo *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA), o WRAP é recomendado às comunidades, profissionais trabalhadores da saúde e formuladores de políticas públicas.

Nesta revisão, apurou-se cinco critérios para verificação de *Quality of Research* do WRAP (NREPP/SAMHSA, 2010) analisando dois trabalhos. No primeiro trabalho analisado, apresentam-se os resultados de um ensaio clínico randomizado de autogerenciamento de “doenças mentais” usando o planejamento do WRAP (Cook, et al., 2010), no segundo, de 2009, apresentam os resultados iniciais de um programa de autogestão de “doenças mentais” com base no planejamento do WRAP (Cook et al., 2009). Além destes estudos, outros materiais complementares foram obtidos nas fontes da *University of Illinois at Chicago* (UIC), da *National Research and Training Center* (NRTC) e *WRAP Study: Fidelity Scale*. Os cinco resultados avaliados para a qualidade de pesquisas foram: 1) Sintomas de “doença mental”; 2) Esperança; 3) *Recovery* da “doença mental”; 4) Autodefesa (“self-advocacy”); 5) Saúde física e mental. Foram apresentados de forma sistemática, para cada um dos resultados, a descrição das medidas, as principais conclusões, os estudos que mediram o resultado, o modelo metodológico de pesquisa e por fim, a classificação da qualidade da pesquisa.

Sobre outros estudos internacionais da aplicabilidade do WRAP, destacam-se publicações sobre a avaliação da efetividade e eficácia das intervenções, mas não é encontrado publicações sobre adaptações culturais em diferentes países que utilizam o instrumento. Em levantamento realizado pela agência Samhsa, (2010), esta divulga que o livro "Plano de Ação de Recuperação do Bem-Estar" e outros materiais de implementação do WRAP foram traduzidos para muitos idiomas, incluindo chinês, francês, japonês, polonês e espanhol. Além disso, muitos treinamentos e apresentações foram adaptados para acomodar perspectivas culturais únicas sobre saúde mental, porém não há achados de publicações em literatura específica sobre o processo de adaptação do instrumento às diferentes realidades e populações.

Atenta-se para um estudo publicado pela revista da *American Psychological Association* (APA), que reflete sobre a importância da fidelidade na execução do WRAP, descrevendo os esforços feitos para preservar a prática baseada em evidências, para que se continue a contribuir substancialmente para a mudança transformadora, ao sustentar o valor central da autodeterminação pela vida, pelos que se utilizam do plano (Federici, 2013).

A maioria das publicações demonstram a avaliação de eficácia do WRAP em pessoas com sofrimento psíquico intenso. No levantamento realizado nas bases de dados SCOPUS, *Web of Science*, *SciELO*, *PubMed/MEDLINE*, *LILACS*, *EMBASE*, *IndexPsi*,

PsycINFO e pelo Google Acadêmico, foram encontrados resultados para pesquisas no Oriente e no Ocidente. No Oriente, destaque em pacientes psiquiátricos, que ao ser realizadas intervenções com o WRAP no Paquistão, na Faixa de Gaza (Palestina) e em Hong Kong (China) demonstraram a relevância de o programa ser aplicável para o gerenciamento em reabilitação psiquiátrica, reforçando a importância das práticas serem baseadas em evidências (Afzal et al., 2020; Aljeesh & Shawish, 2018; Mak, 2016; Zhang, 2009). Os estudos convergem ao apontar que o WRAP desempenhou um papel significativo entre os grupos que receberam o modelo de cuidado com este novo método, em comparação com o outro grupo que adotou o método de rotina que desconhecia o *Recovery* (Aljeesh & Shawish, 2018).

De acordo com Canacott et al., (2020), em um estudo de revisão sistemática e de metassíntese internacional, publicado no Reino Unido, verificou-se quais são as evidências qualitativas para os efeitos do WRAP, sob a percepção dos adultos com dificuldades de saúde mental. Além disso, esta pesquisa investigou também a qualidade da literatura que avalia o WRAP. Na síntese dos resultados, foram doze estudos incluídos. Segue, para a apropriação, a breve análise das autoras:

12 artigos qualitativos preencheram os critérios de inclusão e eram geralmente de boa qualidade. As análises demonstraram resultados esperados, como maior compreensão e gestão ativa da saúde mental no contexto de processos de grupo. Os resultados também destacaram que o treinamento WRAP promoveu a aceitação e melhorou a comunicação com os profissionais. A entrega de WRAP por pares foi altamente valorizada, com percepções contrastantes de colegas e profissionais evidentes. Algumas considerações culturais foram levantadas por participantes de minorias étnicas (Canacott, L.; Tickle, A.; & Moghaddam, N., 2020, p.345).

Destacam-se também, estudos descritivos, quase experimental e experimental de ensaios clínicos randomizados, nos Estados Unidos, Nova Zelândia e Irlanda, que demonstram o impacto do programa tanto no grau de satisfação e confiança dos participantes-usuários do WRAP, enfatizando que a metodologia deve incluir a perspectiva do usuário; quanto os efeitos nos sintomas psiquiátricos, a mensuração dos princípios de Esperança e se o constructo *Recovery* se mostra favorável ao propósito do instrumento em pessoas com diagnósticos de transtornos mentais graves ou persistentes (Ashman et al., 2017; Cook et al., 2009; 2012; 2013; Doughty et al., 2008; Fukui et al., 2011; Higgins et al., 2012; Petros & Solomon, 2020; Starnino et al., 2010; Wilson et al., 2013).

As pesquisas, de modo geral, contribuem para demonstrar que o WRAP gera confiança e tem capacidade na condução de problemas de saúde mental a partir do apoio social que o *Recovery* promove. Segundo Petros & Solomon (2020), reitera-se a percepção do

instrumento ser mais aceito quando é aplicado em pequenos grupos e ambientes que geram apoio mútuo à resolução de problemas.

Outro aspecto importante que atende diretamente com os valores do *Recovery* e que se tem como meta no WRAP é o treinamento para que futuros facilitadores sejam os próprios usuários do programa, exercendo sua condição de *Recovery* em processo contínuo, a partir das suas vivências. Um dos impactos como ferramenta de autogestão e planejamento de bem-estar em saúde mental é o empoderamento e o *advocacy* e que ao longo de suas intervenções vem sendo difundido com os usuários. “Envolver pessoas com experiência vivida na entrega de grupos WRAP (...) promoveu ainda mais a jornada de recuperação dos facilitadores” (Pratt et al., 2012).

De acordo com Grigolo (2017), o WRAP, mesmo que inicialmente utilizado apenas por pessoas com histórico de sofrimento psíquico grave, vem tendo sua metodologia revisada e assim, outros níveis de sofrimento podem ser alcançados. Nesse sentido, os grupos formados podem apresentar uma diversidade e horizontalidade de relações, agregando ao processo de *Recovery*, na medida em que se trabalham as experiências pessoais por meio do coletivo. Segundo Copeland (2004), atualmente o WRAP é amplamente utilizado por pessoas em todos os tipos de circunstâncias e por sistemas de saúde mental e de saúde em todo o mundo para tratar de todos os tipos de problemas físicos, de saúde mental e de vida. As pessoas que usam o plano o desenvolvem identificando ferramentas ou respostas que as ajudarão a aliviar os sintomas e/ou melhorar seu bem-estar (Copeland, 2002).

Diante desta abertura a novas possibilidades, o WRAP recentemente vem sendo estudado também em projetos inovadores, como por exemplo na aplicação em indivíduos com queixa de dor crônica, com o objetivo de diminuir a intensidade da dor relatada, diante dos impactos da saúde mental. O objetivo da pesquisa de Sandoval (2020) foi fornecer subsídios para a realização de outros estudos sobre a interface do WRAP e dor crônica, colaborando para a área médica na utilização de produtos não farmacológicos no tratamento da dor crônica.

Outro interesse no WRAP é sua relação da saúde mental com o universo do trabalho e a empregabilidade. Olney & Emery-Flores (2017) publicaram seu estudo na Califórnia (EUA), considerando que, embora o WRAP não tenha sido estruturado inicialmente no contexto das empresas, as autoras o entendem como um importante avanço e propõem uma pesquisa empírica, sobre a relação entre o sucesso no emprego destes sujeitos que demonstram sofrimento psíquico e que são beneficiados pelo WRAP no ambiente de trabalho. É importante ressaltar que o WRAP, nas suas práxis, encontra o *Recovery* como abordagem em saúde mental,

que inicialmente tem o histórico de sua aplicabilidade em ambientes de saúde e/ou comunitários, por serviços de ajuda mútua e apoio de pares.

Outra importante frente de atuação na aplicação do WRAP é seu caráter ético-político, principalmente quando se trata de empoderamento de minorias sociais. Estudos como o escocês, financiado pela *Scottish Recovery Network* (SRN), dedicou a aplicação do WRAP a um grupo de mulheres denominadas de BME “*black and minority ethnic*” (mulheres negras e de minorias étnicas). O WRAP nesta população fez parte de um projeto amplo com atividades estratégicas de promoção à dignidade e de apoio ao *Recovery*, visto que há um contexto de desigualdades sociais étnicas relacionadas a comunidade de mulheres africanas, asiáticas paquistanesas, indianas e sua diversidade dentro destas comunidades BME no Reino Unido (Gordon & Cassidy, 2009).

Como avanço em pesquisas no Brasil, o WRAP em nossa cultura pode ser considerado quando adaptado a nossa realidade, como uma estratégia para os avanços da abordagem *Recovery* e da Reforma Psiquiátrica. Compreende-se que o WRAP está entre os pressupostos do modelo de cuidado na clínica da atenção psicossocial. Levanta-se a necessidade de novos dispositivos e ferramentas que sejam capazes de produzir tecnologias de cuidado, que promovam novas abordagens em saúde mental, capazes de fomentar um processo de orientação aos serviços substitutivos. O WRAP é um instrumento que potencializa o cuidado, com estratégias de intervenção e promoção de saúde mental, que adotam lógicas emancipatórias e compreensivas nas intervenções com pessoas em sofrimento psíquico, que pode ser utilizado no campo da atenção psicossocial e de cuidado AD.

3.5 Adaptação Cultural de Programas e Instrumentos de Cuidado em Atenção Psicossocial, Prevenção e Promoção de Saúde Baseado em Evidências

A partir do século XX, diante do mundo globalizado e com os avanços tecnológicos, as ciências do cuidado acompanham uma série de pesquisas transculturais (Hungerbühler & Wang, 2015). O cenário de programas de intervenção e prevenção em saúde mental tem ganhado expressividade mundialmente nas últimas décadas com os avanços da ciência do cuidado. A crescente exigência estabelece que haja investimentos em critérios de avaliação de eficácia e efetividade, assim como na importação de intervenções a novos contextos, gerando assim programas e estratégias de cuidado baseadas em evidências (Sandoval et al., 2015).

Estudos internacionais demonstram que existem programas preventivos em saúde mental que são desenvolvidos baseado em evidências, com eficácia e efetividade, e que no contexto brasileiro poderiam ser adaptados culturalmente, pois pouparia a demora e altos investimentos ao elaborar um novo programa de intervenção (Menezes e Murta, 2018). A necessidade de adaptar culturalmente intervenções está atrelada à não generalização dos cuidados, ao considerar que pessoas são diferentes em suas realidades e contextos ambientais, sociais e culturais.

A adaptação cultural oferece evidências sobre a validade e a confiabilidade de um instrumento para que ele seja utilizado em um outro contexto (Beaton et al., 2000; Hambleton, 2005; Sireci et al., 2006). O processo de adaptação cultural exige que haja dinâmicas sistemáticas diante da complexidade do que é inserir um programa em uma outra linguagem, em outro universo simbólico, que é definida por diferentes aspectos culturais. Neste processo de adaptação se abrange fenômenos semelhantes, mas em diferentes culturas, a ponto de se produzir intervenções equivalentes (Gjersing, Caplehorn & Clausen, 2010).

A partir de uma revisão sistemática feita por Abreu e Murta, (2016), acerca de estudos em prevenção de saúde mental no Brasil, de estudos de adaptação cultural de intervenções, programas ou estratégias de cuidado com o foco em saúde mental, revela a carência de pesquisas no Brasil que propulsionam a adaptação de programas ou intervenções que se dediquem à saúde mental nos contextos e realidade brasileira. Sandoval et al. (2015), colabora destacando a escassez de publicações de estudos que abordam as etapas e os formatos de adaptação cultural de programas preventivos, mesmo que, na literatura específica sejam citados frequentemente a relevância deste processo a novas culturas por diferentes nacionalidades.

No entanto, há estudos em profundidade transculturais sobre empoderamento no campo da saúde mental, que dialogam diretamente com a abordagem *Recovery*; também produções em formato de manual de ajuda e suporte mútuo, com princípios históricos, ético-políticos e metodológicos como o foco na atuação de usuários, facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde mental. (Vasconcelos, 2013). Neste estudo preconiza-se uma subseção que apresenta de forma consistente as contribuições do autor para este campo, que corresponde neste estudo ao “Processo de Adaptação Cultural do *Recovery* no Brasil”.

Castro et al. (2010) refere que na adaptação cultural de intervenções baseadas em evidências, referimo-nos a uma combinação entre características que demonstram a transparência nos objetivos, a atratividade que faz ter sentido e a pertinência cultural do interesse de ser adaptado o objeto em questão.

(...) adaptação cultural - modificação sistemática de um protocolo de intervenção baseado em evidências considerando a cultura, o contexto e a linguagem, tornando-o compatível com valores, significados e padrões culturais do público-alvo ou cliente (Castro, Barrera-Jr & Steiker, 2010).

No processo de adaptação cultural se considera os ajustes de linguagem, com os elementos da cultura que são involucrados por valores, significados e padrões (Bernal et al., 2009; Castro et al., 2010). Pode-se dizer que a adaptação cultural de um programa se torna um pré-requisito para a investigação das diferenças culturais sobre o que se pretende intervir. Ao considerar a importância da cultura no processo de adaptação, não se abre mão da equivalência ao programa original, garantindo que se cumpra as proximidades ao método com aceitabilidade, adesão e eficácia para a nova versão. O objetivo final será o de oferecer à nova população-alvo uma intervenção equivalente à original com as características locais (Castro et al., 2004; Barrera & Castro, 2006).

No processo de adaptação cultural de programas de saúde mental se compreende que sua necessidade ocorre quando é produzida em um contexto e aplicada em outro, que difere da origem cultural que foi pensada e implementada inicialmente. Considerando, portanto, que o processo de adaptar exige modificações, dada a importância que as características culturais se sobressaíam, que são fundamentadas em aspectos diversos de valores, normas, padrões sociais e de comportamento, costumes, tipos de ambiente, entre outros; esse conjunto de fatores condiz à sensibilidade cultural (Resnicow, Soler, Braithwaite, Ahulwalia, & Butler, 2000). A sensibilidade cultural é definida como a intensidade diante do que entende pela cultura vigente que estará disposta no programa pela forma como ele é aplicado e pode ser separada em estrutura superficial e estrutura profunda (Menezes & Murta, 2018 apud Resnicow et al., 2000).

Ao considerar os aspectos relevantes, Castro et al. (2010) pondera que a adaptação cultural do programa a ser transferido para o novo contexto deve ser apreendido pelo público-alvo como atrativo, motivador, claro, compreensível, pertinente e relevante.

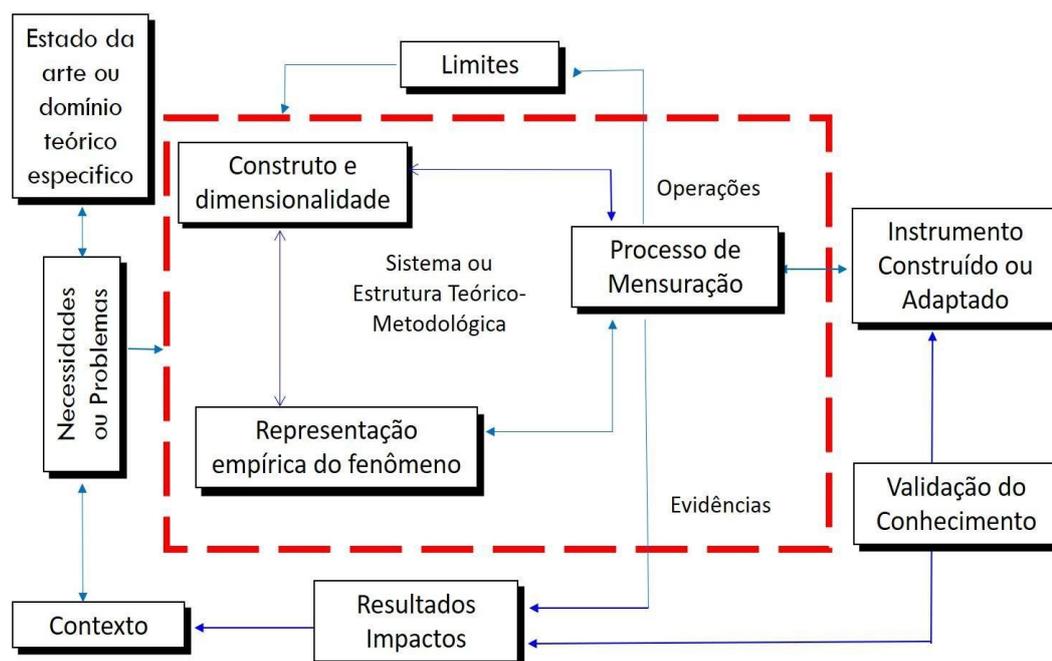
Neste universo da adaptação, o aspecto fundamental e relevante é compreender as boas propriedades de mensuração psicométricas que um instrumento precisa conter, ou seja, quando se trata de mensuração, diz respeito sobre as informações do estado e características do fenômeno ou do objeto de interesse que devem ser avaliadas. Uma extensão necessária neste campo é o entendimento sobre as propriedades, dimensões e se a conceituação do constructo está alinhada com o objetivo do programa, para a realidade ou população a ser alcançada.

Para compreensão inicial de como se dá o processo de adaptação cultural de programas e ferramentas, deve-se focalizar os conhecimentos que fundamentam as medidas em psicologia e outras ciências que utilizam instrumentos, inclusive, seguindo critérios semelhantes aos de construção. Contribui nesta direção as classificações estabelecidas por Pasquali (2010), que compreende a partir de procedimentos psicométricos, que organiza da teoria ao modelo aplicável uma elaboração baseada em três pólos: teóricos, empíricos e analíticos. Conforme o autor:

O *polo teórico* enfoca o construto ou objeto psicológico para o qual se quer desenvolver um instrumento de medida, bem como sua operacionalização em itens. Esse polo utiliza a teoria do traço latente para explicitar os tipos e as categorias de comportamentos que representam o mesmo traço. O *polo empírico*, ou experimental, define as etapas e as técnicas de aplicação do instrumento- piloto e da coleta válida de informação para proceder à avaliação psicométrica do instrumento. O *polo analítico* estabelece os procedimentos de análises estatísticas a serem efetuadas sobre os dados para obter um instrumento válido, preciso e normatizado. (Pasquali, 2015, In: Gorenstein & Wang, 2015, p. 4).

Na escolha de instrumentos a serem adaptados, é importante considerar os fundamentos de mensuração, entre eles, segundo Gorenstein e Wang (2015), destacam-se a compreensão sobre a tradução, evidências de confiabilidade e validade e qualidade psicométrica já publicadas, que devem passar por avaliação de especialistas, se os dados dos instrumentos podem ser obtidos diretamente do público-alvo, população ou realidade informante e se são de fácil aplicação, sem a necessidade de equipamentos sofisticados suplementares.

A seguir, na ilustração, demonstra-se a trajetória que deve, sistematicamente ser seguida, em fluxo, tanto no campo da construção quanto na adaptação de instrumentos e programas, em seu processo de mensuração.

Figura 2. – Processo de mensuração

Fonte: Roberto Moraes Cruz (Apostila do curso de escalas psicológicas da UNIFESP-2019)

Neste conjunto de processos e subprocessos que se atravessam em vários momentos irão se desdobrar etapas a seguir. Na adaptação cultural de programas, pode-se considerar um trabalho que exige uma combinação entre tempo e pessoas capacitadas, além do público-alvo que é o que torna o instrumento aplicável em sua prática. Para que no processo de adaptação cultural se alcance os resultados esperados, deve ser conduzido por pessoas ou equipes que tenham competência cultural (Resnicow et al., 2000). A competência cultural se refere a capacidade em relação a treinamento, habilidades frente a nova população alvo.

Na área do cuidado, prevenção e promoção de saúde a fim de oferecer um programa que possa seguir adequadamente os passos do original, segundo Burlew et al., (2013), por estudos baseados em evidências, as mudanças culturais são detalhadas pela realidade de demandas locais. Para que esta apuração seja detalhada, implica compreender os comportamentos e significados de uma nação, que são diferentes de outra, tornando as intervenções apropriadas tanto às regiões e as pessoas que se beneficiarão.

Menezes & Murta (2018) atentam no campo do cuidado com as intervenções que requerem adaptações culturais, que quando em diferentes a cultura que foi originalmente produzida se modifica substancialmente, associa-se à noção de “sensibilidade cultural”. A sensibilidade cultural é definida como a intensidade às normas valores, padrões de comportamento, crenças, aspectos ambientais, históricos e sociais que estão dispostas no

instrumento pela forma como ele é aplicado, pode ser separada em estrutura superficial e estrutura profunda (Menezes & Murta, 2018 apud Resnicow et al., 2000).

Uma análise feita por Berkel et al., 2011; Kumpfer et al., 2002; Marsiglia & Booth, 2015; Menezes & Murta (2018) e Segrott et al., (2013), que pode gerar conflitos na condução do processo de adaptação cultural de programas preventivos e intervenções do cuidado, sendo que é importante considerar a superação e balanceamento entre o que é uma sensibilidade cultural, que corresponde ao contexto, comunidade e população, o que se refere à preservação da fidelidade que tem a ver com a metodologia e a técnica preservada. Mantém-se a fidelidade em adaptação quando se considera, com base em evidências, sistematicamente, os componentes por elementos centrais, ou “*core elements*”, “*core components*”, tanto nas implementações quanto nos processos ligados a avaliação de resultados.

Entende-se por fidelidade, conforme Segrott et al., (2013), no processo de adaptação cultural, a preservação dos componentes centrais das atividades implementadas e nos processos referentes aos resultados esperados. Menezes & Murta (2018) elucidam que coexistem esforços para preservar a fidelidade nos programas de prevenção considerando as características da população alvo. As evidências estão relatadas em uma ampla revisão sistemática em Durlak & DuPre (2008), que obteve resultados de 542 programas, conforme aponta a citação.

De acordo com tal revisão, a qualidade da implementação dos programas preventivos impacta seus resultados e sofre forte influência de fatores contextuais, tais como elementos da comunidade, da qualidade da supervisão e treinamento oferecidos e da capacidade organizacional para implementação. Esses fatores representam importantes demandas para adaptação dos programas e, nesse sentido, customizações à realidade local podem ser indispensáveis e servir ao aprimoramento da implementação (Menezes & Murta, 2018, p. 683).

Como fator positivo, na adaptação cultural as “alterações na intervenção tendem a ser sensíveis culturalmente e podem facilitar a sua implementação e sustentabilidade” (Menezes & Murta, 2018, p. 683). O oposto disso revela que as mudanças diante desta perspectiva cultural de maior impacto podem gerar prejuízos quanto os aspectos de fidelidade do instrumento (Stirman, Miller, Toder, & Calloway, 2013). Mesmo assim, é possível equilibrar estes fatores, mesmo diante da sensibilidade cultural. Para tanto, recorre-se a importância de juízes especialistas da área que contribuam com o processo de validação e que nas adaptações se considerarem as etapas criteriosas, justificadas em seus suportes metodológicos e fundamentadas pelo constructo do projeto original que gera efetividade do estudo.

As pesquisas que se dedicam a estudos de culturalização precisam desenvolver uma metodologia que gere acordo entre o refinamento da cultura local com a globalidade que se espera de um instrumento adaptado (Hungerbühler & Wang, 2015; Jorge, 1998). Para isso, os autores apresentam as diferentes perspectivas sob o paradigma *emic-etic* para posterior estudo de equivalência nas culturas.

A abordagem *emic* explora como pessoas locais pensam: como percebem e categorizam o mundo, suas regras de comportamento, o que tem significado para elas, e como imaginam e explicam as coisas. Enquanto a perspectiva *emic* é baseada nas interpretações existentes dentro de uma cultura, a abordagem (mais científica) *etic* refere-se a generalizações de comportamentos humanos que são consideradas universalmente válidas por um antropólogo. Em outras palavras, a perspectiva *etic* está direcionada a deduzir, das especificidades locais, categorias mais gerais, com o objetivo de identificar e comparar fenômenos equivalentes em contextos culturais diferentes (Hungerbühler & Wang, 2015, p. 13)

A equivalência de programas e instrumentos adaptados culturalmente possibilita a comparação ou avaliação dos resultados, no âmbito dos indivíduos e dos países distintos. No caso de diferentes nações, o resultado destas diferenças, que são produtos esperados pelas culturas, não deve afetar o mesmo constructo de interesse e espera-se alcançar o máximo de equivalência entre o instrumento original e sua versão adaptada (Hungerbühler & Wang, 2015).

Segundo Borsa et al. (2012), não há um acordo na literatura sobre as categorias e nomeações que se padronizam sobre equivalência, contudo, associam-se: as definições conceituais, a tradução do programa, a aplicação e as propriedades psicométricas. Em síntese, aborda-se, pelo menos, quatro categorias em conceitos de equivalências que precisam ser considerados em um estudo de adaptação cultural. Os autores colaboram com: 1) conceitual, dos atributos, de itens, ou seja, com os mesmos constructos teóricos; 2) semântica, idiomática, experimental e do conteúdo, que mantém o mesmo significado das orientações, palavras, frases e itens; 3) técnica ou operacional que preserva a mesma forma de coleta, e 4) de critério ou de mensuração, que tem a mesma interpretação normativa (Borsa, Damásio & Bandeira, 2012).

Há de considerar um fluxo para a obtenção do processo de adaptação cultural. Este andamento é formado por etapas ou fases a serem cumpridas, que mesmo não havendo consenso sobre o número certo para o processo de adaptação em instrumentos de saúde mental, aponta-se na literatura entre cinco a sete etapas essenciais (Barrera e Castro, 2006; Barrera et al., 2013; Borsa et al., 2012; Domenech Rodríguez e Weiling, 2004; Hambleton, 2005; Hungerbühler e Wang, 2015; Kumpfer et al., 2008; Sandoval, Córrea e Abreu, 2015 & Sireci et al., 2006).

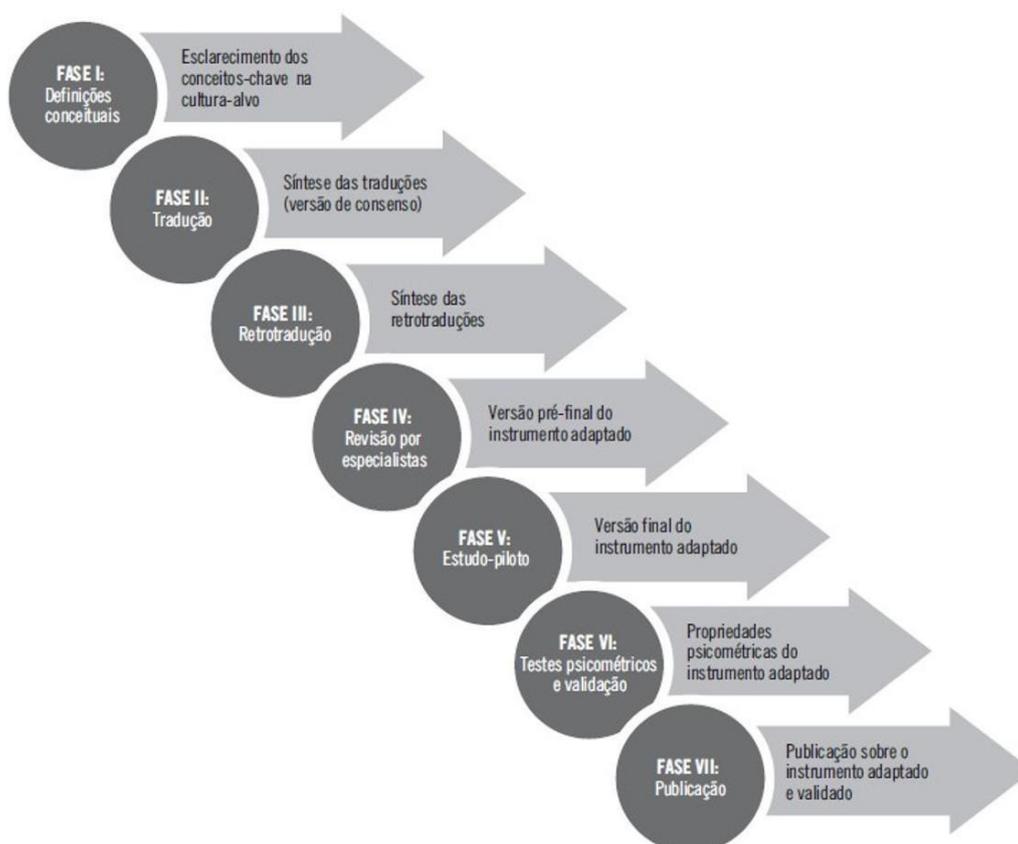
Como proposta, segue a organização de um processo de adaptação cultural de instrumentos com viés psicológico, que é delimitada em seis etapas.

(1) tradução do instrumento do idioma de origem para o idioma-alvo, (2) síntese das versões traduzidas, (3) avaliação da síntese por juízes *experts*, (4) avaliação do instrumento pelo público-alvo, (5) tradução reversa, e (6) estudo-piloto (Borsa, Damásio & Bandeira, 2012, p.424).

Os mesmos autores, a fim de que o instrumento possa ser adaptado e ser mantido estável em sua estrutura quando comparado ao original, sugerem ainda uma sétima etapa, a de avaliação da estrutura fatorial (Borsa et al., 2012). Trata-se, portanto, de um aprofundamento psicométrico, sobre medidas e procedimentos estatísticos, como análises fatoriais exploratórias e confirmatórias.

Nota-se na literatura as proximidades nos percursos metodológicos, entretanto, as variações de fases, em Hungerbühler & Wang (2015), apresentam-se igualmente seis fases com diferentes tarefas:

Figura 3. – Fases do processo de adaptação cultural de um instrumento



Fonte: (Hungerbühler & Wang, 2015, p. 14)

Para esses autores, o fluxo inicia: fase 1) definições conceituais; fase 2) tradução do instrumento (do idioma original para o idioma-alvo) e síntese das versões traduzidas; fase 3) retrotradução para o idioma de origem (*back-translation*), comparação da versão retrotraduzida com a versão original; fase 4) revisão por especialistas e elaboração de uma versão “pré-final”; fase 5) estudo-piloto e elaboração de uma versão final; fase 6) testes psicométricos e validação do instrumento.

D’Tôlis (2018), em uma sintetização das etapas da avaliação da adaptação cultural segundo modelos diferentes em ciência da prevenção, elenca quatro etapas fundamentais que devem ocorrer em sintonia e vinculadas de forma organizada, respeitando sua ordem e tempo.

A primeira etapa comum a tais modelos é a de revisão de literatura e estabelecimento de parcerias com a comunidade; a segunda é a de revisão da intervenção original e planejamento do novo delineamento do projeto; a terceira é relacionada à elaboração de um estudo-piloto; e, por fim, a quarta é relacionada ao refinamento da versão adaptada. (D’Tôlis, 2018, p. 51)

Uma perspectiva no modo sistemático que se espera em uma adaptação cultural conforme Castro, Barrera, & Martinez (2004), é de incluir diretamente a comunidade, a fim de que a probabilidade de adesão seja duradoura, uma vez que a parceria com a população reflete na sustentação do programa. Fazer o processo sem que haja engajamento do público-alvo demonstra fragilidade, pois o conhecimento cultural dos participantes torna a realidade do programa assertivo aos seus objetivos e responsivo às necessidades locais. A responsabilidade nas adaptações de seguir uma conjugação coerente, entre sensibilidade cultural e fidelidade, é um desafio a ser lançado para que um programa estabeleça suas diretrizes e práticas bem estruturadas.

No processo de adaptação cultural, há uma tendência à uma polarização entre dois sistemas, o da fidelidade das técnicas empregadas e das demandas do novo contexto (Sandoval, Côrrea, & Abreu; Castro et al, 2015; Bernal, Jiménez-Jafey, & Rodríguez, 2009). Essa tensão existente denomina-se: *top-down*, que corresponde ao rigor com precedência da fidelidade da técnica empregada em função das demandas na nova cultura e o *bottom-up*, que por sua vez, prioriza os interesses referente à realidade, em uma análise contextual dos projetos a serem implementados (Castro, Barrera, & Steiker, 2010).

Diante do *top-down* e *bottom-up*, há de se haver o cuidado para com a situação denominada “dilema adaptação-fidelidade” (Castro, Barrera & Martinez, 2004). Trata-se do dilema nas tomadas de decisões, entre seguir o rigor dos procedimentos e técnicas originais diante de uma outra realidade étnica, política e cultural, correndo o risco de não fazer sentido

com os objetivos da adaptação e por outro lado, ao considerar as demandas locais a favor da cultura, perder o método estabelecido como à priori no instrumento inicial, correndo o risco de que se perca as características que marcam a validade na relação com a consistência do projeto original.

A partir da análise de programas de prevenção, entende-se a relevância de implementação de estudos pilotos ou preliminares, que verificam na prática como a intervenção funciona. A partir deste critério é possível a realização de estudos de eficácia e efetividade que contribuem para o rigor metodológico do processo de adaptação cultural (Menezes & Murta, 2018). Com as etapas que incluem o campo bem delimitadas, avança-se para critérios de viabilidade, compreensão e atratividade da intervenção (Bartholomew, Parcel, Kok, & Gottlieb, 2011).

Diversos modelos de adaptação cultural foram elaborados ao longo da história da ciência do cuidado, lidando com a polarização dos sistemas que geram tensão, mas que precisam estar em consonância. D'Tôlis (2018) dedica em parte do seu estudo a elaborar um *checklist* para avaliação da adaptação cultural de programas de prevenção. A partir da definição de indicadores extraídos da revisão da literatura especializada pelo autor, este instrumento se objetiva nos procedimentos de adaptação cultural, a elencar as estratégias utilizadas para balanceamento da sensibilidade cultural e da fidelidade.

Este instrumento também servirá de apoio para a análise da adaptação piloto de programas de intervenções de cuidado em saúde mental, como é o caso do WRAP. Assim, entende-se que este recurso do *Checklist* facilitará o entendimento sobre quais os critérios para a adaptação cultural à realidade brasileira, pois tem por finalidade conjugar as etapas, de modo a facilitar o processo. O instrumento serve tanto como um guia para o percurso da adaptação cultural quanto um recurso que possibilita classificar a qualidade da adaptação realizada, através de uma tabela de pontuação (D'Tôlis, 2018). O instrumento *Checklist* está disponível na seção Anexo E.

Ao final, após as etapas com o programa ou instrumento, segundo Gorenstein e Wang (2015), ainda é desejável estudos adicionais na validação da nova cultura quanto a sua equivalência, que envolve os aspectos da realidade da população alvo. A importância de não se esgotar os estudos e promover pesquisas no campo da avaliação e a publicação de resultados favoráveis e desfavoráveis para constante perícia dos instrumentos. De acordo com Castro et al. (2010), pretende-se que o instrumento adaptado à nova cultura seja atrativo, motivador, tenha clareza, seja compreensível, pertinente e relevante ao novo contexto. Sandoval et al.,

(2015), a partir de outros autores, destacam que a adaptação cultural de programas baseado em evidências só deve ser concluída após um processo sistematizado de avaliações contínuas.

3.6. Processo de Adaptação Cultural do *Recovery* no Brasil

A abordagem *Recovery* no Brasil, como já descrito neste estudo, dialoga com outras abordagens em saúde mental. Neste estudo, há um interesse de ancorar com pressupostos que interagem, ainda que haja aproximações e distanciamentos, com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e com a Clínica da Atenção Psicossocial, ao considerar as práticas em *Recovery* pelas suas tecnologias do cuidado, como é o caso do programa WRAP, que propõem uma ética do cuidado que se identifica e se une com o fazer da clínica ampliada.

A partir dos estudos em Vasconcelos (2017), que produz uma revisão bibliográfica exploratória, percebe-se que contribui diretamente com os estudos de adaptação cultural em *Recovery* no Brasil. É visto inicialmente por um marco temporal de ideias, conceitos, propostas e ações, que marcam a perspectiva histórica sobre o empoderamento e que refletem nos avanços e questionamentos de apropriação crítica de características próprias à abordagem *Recovery* no Brasil.

No artigo intitulado: “*As abordagens Anglo-Saxônicas de Empoderamento e Recovery (Recuperação, Restabelecimento) em saúde mental II: uma avaliação crítica para uma apropriação criteriosa no cenário brasileiro* (Vasconcelos, 2017), apresenta uma perspectiva histórica, partindo das ideias de empoderamento no contexto dos movimentos sociais e da RPB, privilegiando o processo de comparação, do que vem a ser o processo de *Recovery* instituído de diferentes formas no Brasil. Tratam-se de “inúmeros projetos e movimentos sociais concretos nas áreas social, cultural, da educação, saúde e saúde mental” (Vasconcelos, 2017, p.51).

A seguir apresenta-se um quadro com os fragmentos das contribuições do autor, que sintetizam essa passagem histórica e contribuem, de modo geral, na compreensão da adaptação cultural do *Recovery* no Brasil.

Quadro 2. - Perspectiva histórica das ideias de empoderamento e *Recovery* no

Brasil

| Marco temporal | Síntese obtida das contribuições acadêmicas do autor |
|---|--|
| <p>Antecedentes ao período da redemocratização da década de 1970. (p.51)</p> | <p>O autor destaca como início, já na década dos anos 1940, o trabalho desenvolvido por Nise da Silveira, que promovia oficinas de arte em atividades de terapia ocupacional, com o intuito da autonomia e da subjetividade dos seus pacientes.</p> |
| <p>Período das lutas pela redemocratização (década de 1970 e primeira metade dos anos 1980). (p.51)</p> | <p>O autor evidencia os movimentos sociais que valorizaram a cultura popular, de participação direta sobre o empoderamento de grupos sociais oprimidos. Exemplos: Teologia da Libertação, o associativismo e o movimento cooperativo de trabalhadores, a educação popular de Paulo Freire, os movimentos feministas e femininos, o teatro do oprimido de Augusto Boal. O autor amplia para a especificidade do campo da saúde mental, que as ideias de Paulo Freire foram uma forte influência para o psicólogo argentino Alfredo Moffat na década de 1980, uma inspiração para a criação da “psicoterapia do oprimido” e que no Brasil, no início do nosso processo de reforma psiquiátrica, influenciaram algumas experiências de comunidades terapêuticas em hospitais psiquiátricos.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Período de formação e consolidação do Movimento Antimanicomial (1987 e anos seguintes) e do SUS (1990 até 2005): projetos genuinamente brasileiros e início da difusão/publicação das ideias anglo-saxônicas de empoderamento/recuperação (p.52)</p> | <p>O autor faz um recorte de avanços no campo da saúde mental, que o movimento antimanicomial propulsionou, a partir da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, a formação de inúmeras associações de usuários e familiares por todo o país. Ele destaca que com este início diversas práticas de empoderamento foram possíveis, ainda que frágeis do ponto de vista de organização. Outros exemplos de projetos e dispositivos de empoderamento vieram pelo SUS, com os conselhos e conferências de saúde, que se constituem em sua base pela participação de usuários e familiares. Também destaca o movimento de educação popular em saúde, a partir das ideias de Paulo Freire, que se estendeu ao SUS. Nos anos 2000 as primeiras difusões, projetos de empoderamento e <i>Recovery</i> em saúde mental, originadas pelo intercâmbio acadêmico com países anglo-saxônicos.</p> |
| <p>As primeiras experiências piloto de empoderamento e recuperação em saúde Mental: o fomento por meio de intercâmbio acadêmico direto com países anglo-saxônicos e ampliação de projetos próprios brasileiros na área da cultura e de economia solidária (a partir de 2005). (pp.52-54)</p> | <p>O autor elenca no mínimo oito projetos e iniciativas que marcam as primeiras experiências de <i>Recovery</i> no Brasil:</p> <p>a) Produção e publicação de um livro em parceria com Richard Weingarten (EUA), sobre “narrativas pessoais de vida com o transtorno mental”.</p> |

b) A pesquisa, realizada em Campinas e a montagem da versão brasileira do “Guia de Medicação Autônoma” (Método GAM), a partir de convênio com o projeto originário canadense.

c) A partir de 2008, projetos pilotos, avaliação e desenvolvimento de uma abordagem adaptada para o Brasil, com publicação de manual de grupos de ajuda e suporte mútuos para usuários e familiares (separados entre si) da saúde mental, facilitados por eles próprios, como base para várias outras estratégias de empoderamento e recuperação. Neste projeto inspirado nos parâmetros originais internacionais, os facilitadores receberam bolsas de trabalho ou já conquistaram vínculos formais do tipo CLT, como no Rio de Janeiro, na perspectiva do *peer support worker* (trabalhador de suporte de pares).

d) Desenvolvimento, a partir de 2011, no Rio de Janeiro, do “Projeto Familiares Parceiros do Cuidado”, pelo qual familiares trocam experiências de vida e estratégias de lidar com seus parentes com transtorno mental.

e) Primeiras pesquisas de divulgação e experimentação de grupos de “escutadores de vozes” diretamente inspirados na Hering *Voices Network*. A partir de seminários promovidos no Brasil por Paul Baker, em 2015 em diante alguns

| | |
|---|--|
| | <p>grupos informais de escutares de vozes foram formados em algumas capitais do país.</p> <p>f) Desenvolvimento no Rio de Janeiro de grupos de ajuda mútua de usuários e mistos, também com familiares, com base na metodologia da psicoeducação.</p> <p>g) Pesquisa e publicação de manual de defesa dos direitos (<i>advocacy</i>) dos usuários e familiares em saúde mental e drogas, tanto para iniciativas autônomas destes atores, como também de entidades, profissionais e iniciativas junto ao poder judiciário.</p> <p>h) Implementação do Projeto “Comunidade de Fala”, a partir de 2015, nas cidades Rio de Janeiro, São Paulo e Santa Maria. Uma iniciativa de Richard Weingarten (EUA) que os usuários em estágios mais avançados de recuperação expõem para públicos diversos suas narrativas pessoais de vida com o transtorno mental e suas estratégias de recuperação.</p> |
| <p>Abertura de duas linhas de políticas, na área da cultura e da economia solidária, com fortes similaridades com os princípios do empoderamento e do <i>Recovery</i>. (p.54-55).</p> | <p>O autor descreve dois projetos:</p> <p>a) Em 2005, “projetos de economia solidária no campo da saúde mental” lançada pelo Governo Federal a Política Nacional de Economia Solidária e Saúde Mental. Os últimos dados oficiais</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>disponíveis, de outubro de 2015, indicam que em dezembro de 2013 tínhamos um total de 1.008 empreendimentos no campo da saúde mental. Em 2013, foi lançado o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e ao Cooperativismo Social (Pronacop Social), na mesma direção, mas também incluindo outras áreas de política social.</p> <p>b) Em 2007, “Os Pontos de Cultura”, o Ministério da Cultura lançou o Programa Mais Cultura, estimulando e financiando a montagem dos Pontos de Cultura, ações e projetos de produção de arte e cultura, em formato flexível, com inúmeros projetos no campo da saúde mental. Exemplos: Rio de Janeiro, blocos de carnaval. Os últimos dados oficiais disponíveis no site do Ministério da Cultura indicam que, em 2015, haviam 4.500 ações em mais de mil municípios brasileiros.</p> |
|--|---|

Fonte: Vasconcelos (2017). Adaptado pelo autor

Nessa conjuntura histórica é imprescindível, além de considerar as experiências, localizar as diferenças culturais, entre os países da Europa, recorte para a área norte europeia e os países anglo-saxônicos e dos países latinos, católicos no Sul, que possibilitam uma análise crítica e dos avanços possíveis no campo.

Entre as diferenças, o estudo em profundidade de Vasconcelos (2017) apresenta que países do Norte da Europa e Anglo-saxões, por influência histórica cultural mais individualista e religiosa do protestantismo, se constituem sujeitos e suas políticas sociais mais sistemáticas e de menor dependência familiar. E de forma antagonica, as influências do Sul e de países latinos católicos, em que há um sentimento de hierarquia, na dependência de pensamentos pelo viés da igreja católica, família e que esbarra no modo que se organiza o

governo e suas políticas sociais de acesso, defendida como uma característica de “menos sistemáticas”.

Estas diferenças, para o autor, tornam-se marcadores importantes sobre as características do protagonismo dos usuários e que no Brasil, ilustram sobre os aspectos de características políticas, sociais e culturais, que podem dificultar, ainda que não impossibilitem avanços nos trabalhos de assimilação da abordagem *Recovery*, de emancipação e autonomia do sujeito, do que Vasconcelos (2017), chama a atenção para o “risco de transposição mecânica” (p.55). Entende-se que ao tratar as dinâmicas dos determinantes socioculturais, socioeconômicos e sociopolíticos pelas diferenças dos programas originais em *Recovery*, há um maior esforço sobre o campo da adaptação, que não levem para um sinônimo de individualismo para os seus aspectos de auto-responsabilização por suas vidas, nas questões de ordem ao sofrimento psíquico e de suporte em serviços de políticas públicas.

É importante observar nos estudos transculturais a importância, nas estratégias, programas e dispositivos que evidenciam o *Recovery* na perspectiva da saúde mental, no processo da RPB e da luta antimanicomial. São razões fundamentais para compreensão do cuidado, que se assegurem em avanços:

A despeito das enormes diferenças culturais internacionais, comentadas acima, que estimulam ou não a autonomia/independência pessoal e o protagonismo dos usuários e familiares no campo da saúde mental, não há dúvida de que estes valores fazem parte integral de um conjunto mais amplo e universal de princípios éticos e emancipatórios que devem constar de um projeto histórico de sociedades mais justas e solidárias e de políticas de saúde mental compatíveis com ele, desde que respeitadas os variados caminhos para chegar até ele e as diferenças que necessariamente tomarão em cada cultura e sociedade. (Vasconcelos, 2017, p.59).

O *Recovery* e suas tecnologias do cuidado, desenvolvidas em adaptação cultural no Brasil, devem gerar estratégias de empoderamento dos usuários nos serviços de saúde mental, como um dos seus princípios fundamentais. Vasconcelos (2017) discute que as estratégias de empoderamento dos usuários deveriam envolver a construção de um “contrapoder”, pelos próprios cidadãos destes programas sociais, como parte integral de uma sociedade que deve ser mais justa e que cuida das pessoas mais frágeis.

Há uma série de hipóteses das fragilidades levantadas por Vasconcelos (2017), que se engendram na desigualdade social brasileira, que se apresentam: a) mercado de trabalho informal; b) aspectos educacionais da evasão, pelo analfabetismo funcional das classes populares, menor letramento; c) universalização tardia das políticas sociais; d) a distinção do

SUS para classes populares e pobres; e) os aspectos culturais históricos entre autonomistas e dependência na relação europeia, anglo-saxã e latina; d) da relação verticalizada e/ou hierárquica entre o saber e atuação profissional e os usuários no SUS e em saúde mental; e) nas lutas antimanicomiais e sanitárias terem protagonismo maior de profissionais militantes e d) da precarização e sucateamento das políticas públicas e sociais do SUS e da RAPS.

Ainda que hajam obstáculos e considerem estas e outras hipóteses frágeis ao campo, os contínuos avanços definem uma perspectiva ético-político emancipatória de longo prazo. Desta forma, é preciso estar atento aos riscos ideológicos e políticos que uma apropriação ingênua e acrítica pode levar, enredando os usuários nas tramas das políticas neoliberais. (Vasconcelos, 2017).

Evoca-se no campo dos estudos de adaptação cultural em *Recovery* e a partir destas análises críticas apresentadas como um reforço, uma missão, de experimentar e reconstruir projetos que agreguem às populações e à realidade brasileira.

A desagregação dos elementos constitutivos das ideias, programas e políticas de empoderamento e *recovery*, nos permite abrir a “caixa preta” dos programas, experimentá-los em projetos piloto na realidade brasileira, e reconstruir com estes elementos uma trajetória própria, mais coerente com as nossas características econômicas, sociais, políticas e culturais. (Vasconcelos, 2017, pp.60-61).

Portanto, há necessidade de contextualização, amparada na importação do que é originalmente estrangeiro ao que é fatídico à realidade brasileira, ou seja, no caso das diferenças culturais ao Brasil, considerando aspectos aqui relacionados, para a promoção de cidadania e justiça social.

4. MÉTODO

4.1 Caracterização e delineamento

A pesquisa teve um delineamento predominantemente qualitativo, com a inserção de pelo menos um instrumento avaliativo. Denota-se a importância de privilegiar este estudo na pesquisa qualitativa, pois foram considerados os dados em profundidade em diferentes procedimentos de coleta, na medida da complexidade do fenômeno nos objetivos, na relação com a atualidade, com os participantes e com o contexto histórico que se pretende resgatar.

Segundo Flick (2009), entre os aspectos essenciais para a pesquisa qualitativa estão: (i) a consistência na escolha adequada de métodos e teorias, em apropriabilidade; (ii) no reconhecimento da diversidade, das diferenças das perspectivas dos sujeitos participantes; (iii) o processo reflexivo do pesquisador como produção de conhecimento na sua pesquisa e (iv) a variabilidade de abordagens qualitativas sobre métodos em pesquisa. Ao estudar os fenômenos sociais no ambiente onde eles acontecem, explora-se os aspectos subjetivos da conduta humana a fim de compreender os significados atribuídos pelos sujeitos (Ruiz-Olabuénaga, 2012). Ao que se destina este estudo, debruça-se inicialmente sob uma ontologia dialética crítica, que irá subsidiar epistemologias capazes de propor este diálogo metodológico entre as tensões existentes no campo da saúde mental.

Justifica-se a sua relevância de pesquisa qualitativa considerando que se espera apreender o real significado que os participantes atribuem a um problema de pesquisa, permitindo inclusive, a partir dos sujeitos, novas perspectivas sobre um fenômeno que antes não era cogitado (Creswell, 2014). Assim como contribui à abordagem quando compreendida como uma “criação teórica acerca da realidade plurideterminada, diferenciada, irregular, interativa e histórica, que representa a subjetividade humana” (González-Rey, 2011, p. 30). Entendida como complexa, contudo, inteligível em suas considerações, e ao considerar os estudos para o *Recovery*, precisa adotar elementos de uma análise crítica, inclusive sobre os métodos.

Ainda que o WRAP seja um instrumento, um programa de cuidado em saúde mental, há um desafio para a análise de adaptação cultural dentro de uma perspectiva qualitativa, embora os estudos de adaptação cultural em suas etapas metodológicas majoritariamente se utilizem de percursos quantitativos, apoiados em psicometria, validação de conteúdo, análise fatorial, entre outros. Nesta pesquisa se ateu ao início para futuras etapas, com uma análise apurada sobre o processo de implementação piloto do Plano WRAP, para sua

adaptação cultural à realidade brasileira. A partir da construção das etapas metodológicas e consequentemente dos instrumentos variados se leva em consideração Turato (2005), que elucida que não diretamente o estudo do fenômeno em si se investiga, mas o alvo é para os sentidos dos que vivenciaram o fenômeno.

Quanto aos objetivos, a pesquisa foi exploratória e descritiva (Gil, 2002). Nesta classificação a pesquisa permite a flexibilização no planejamento a considerar os elementos que serão investigados para a construção de hipóteses diante do problema de pesquisa, descrevendo as características primordiais do fenômeno ou da população. No modelo descritivo é previsto a utilização de técnicas padronizadas como instrumentos e a observação sistemática (Gil, 2002).

Será realizada uma pesquisa avaliativa sobre o processo de adaptação cultural do plano WRAP ao contexto brasileiro, já desenvolvida em seis implementações pilotos, realizadas em Florianópolis. Para tanto, foi realizado uma análise de dados secundários, baseada nos relatórios das seis implementações piloto realizadas. Será utilizado o instrumento *Checklist* para avaliação da adaptação cultural de programas preventivos proposto por D'Tôlis (2018), para analisar o processo narrado nos relatórios e nas entrevistas semiestruturadas. O *Checklist* utiliza quatro critérios: Planejamento de Implementação, Sensibilidade Cultural, Fidelidade à Versão Original do Programa e Processos de Refinamento da Versão Adaptada do programa.

A avaliação como um elemento de um processo é uma das ações mais importantes no campo da saúde. Conforme Damschroder et al., (2014); Santos, & Murta, (2015), surge para assinalar e distinguir os resultados de um programa, a partir dos métodos adotados, identifica-se e registra-se para um levantamento das informações para refinamento e melhoria do processo. Destaca-se que a avaliação contribui para a tomada de decisão diante do juízo de valor decorrente do seu processo. Assim como no campo da educação, na saúde compreende-se que a melhor avaliação não é a mais técnica e precisa, mas aquela mais operativa, uma vez que uma boa avaliação deve selecionar e obter dados, assim como elaborar e divulgar os resultados para ajudar a tomada e melhora das decisões (Gairen-Sallán, 1993).

Com a possibilidade de gerar mudanças à adaptação cultural do WRAP, a avaliação parte tanto das qualidades quanto considera as fraquezas, envoltas ao objetivo que o instrumento se propõe a oferecer à realidade brasileira. De acordo com Contandriopoulos, (2006), no campo da saúde o processo de avaliação permite dados embasados de forma técnica-científica, em respostas aos investimentos realizados no planejamento e na execução das políticas a que se destinam os programas.

Há dimensões diferentes no processo de avaliação, que são: avaliação de processos, avaliação de resultados e avaliação de eficiência (Gottfredson, 2015; Melo, Rodrigues, & Conceição, 2015). Ainda que haja esta diferenciação, neste estudo se dedicou a etapa de avaliação de processos que se refere à observação e o levantamento com testagem dos métodos, procedimentos e técnicas utilizadas para a implementação do WRAP ao contexto brasileiro. Correlaciona-se entre os objetivos da pesquisa os dados que foram capazes de compreender se o programa e se o público-alvo estão em aspectos de aceitabilidade e viabilidade. Na avaliação de processos se delimita no caso de intervenções, o como e o porquê de uma prática do cuidado ter produzido determinado resultado (Linnan, & Steckler, 2002; Bouffard, Taxman, & Silverman, 2003).

4.2 O Instrumento WRAP

O WRAP (*Wellness Recovery Action Plan*), no Brasil, é descrito em sua tradução como “Plano Pessoal de Ação para Bem-estar e *Recovery* em Saúde Mental”. É um programa de intervenção da abordagem *Recovery*, tendo sido aplicado no Brasil em diferentes populações, ao longo de cinco anos (2015-2019), em uma experiência desenvolvida em Florianópolis, Santa Catarina.

Em geral é aplicado em grupos heterogêneos, que em comum trazem seus relatos com o sofrimento psíquico, considerando os princípios do *Recovery*, em uma metodologia horizontal, ou seja, em uma trajetória em que os profissionais que aplicam são considerados facilitadores e engajados no mesmo processo que os pacientes-usuários. Até o presente momento foram seis versões aplicadas, que chamaremos de estudos pilotos.

O WRAP pode ser desenvolvido também pelos próprios usuários dos serviços da saúde mental, de forma autônoma, conforme experiências históricas com os desenvolvedores da ferramenta nos Estados Unidos, com bons resultados no próprio país e em outros países em que passou por adaptação cultural (Copeland, 2006).

Em uma primeira publicação do grupo de pesquisa responsável pelas implementações piloto, identificou-se que o WRAP, no contexto brasileiro, pode atuar como um dispositivo potente, reflexivo e prático de cuidado de si e de busca do bem-estar através de pequenas ações cotidianas (Grigolo et al., 2017). Qualifica-se, assim, o WRAP com suas “ferramentas de bem-estar” como uma intervenção que pode ser utilizada tanto no campo do cuidado em saúde mental, quanto no campo da prevenção e promoção da saúde.

As implementações pilotos do WRAP foram desenvolvidas através de parcerias, através da interlocução de várias instituições para que se concretizasse a prática e as avaliações das intervenções no Brasil: a Faculdade CESUSC, através do Grupo de Pesquisa e Extensão CNPq em Sofrimento Psíquico, *Recovery* e Cidadania, que propôs o projeto e oportunizou a participação de alunos de psicologia ligados a ações de extensão e de estágio obrigatório; a Associação Alegrementemente de Usuários do CAPS; trabalhadores do ESF e NASF da Rede SUS de Florianópolis, assim como da RAPS e do Centro de Convivência e Cultura do Instituto Arco-Íris de Florianópolis.

Nos Anexos A e B é apresentado a versão piloto brasileira implementada, “WRAP de bolso” e do “Plano de Crise de bolso”, que é uma versão compactada que os participantes receberam e utilizaram ao longo da vivência e podiam utilizar no dia-a-dia como ferramenta de autocuidado em saúde mental. Foi um material desenvolvido ao longo das intervenções dos estudos pilotos do WRAP Brasil. O WRAP de Bolso e o Plano de Crise foram inspirados no mesmo produto da *Copeland Center*, que na época e devido à realidade brasileira a que se destinava, parecia conveniente devido ao seu objetivo original da funcionalidade, que seria utilizá-lo no Brasil para além de um documento, mas como um recurso terapêutico, podendo ser levado para todo lugar.

4.3 Etapas do percurso metodológico

No percurso metodológico, destacam-se três etapas importantes cumpridas diante dos objetivos da pesquisa, sendo elas: 1) O resgate histórico da implantação dos projetos pilotos do WRAP no Brasil com a análise de dados secundários dos documentos e materiais produzidos nas seis implementações piloto que foram analisadas; 2) Entrevistas semidirigidas com as participantes que implementaram as versões dos estudos pilotos; 3) Avaliação dos projetos pilotos desenvolvidos, de adaptação cultural, pelo uso do instrumento *Checklist*, produzido por D’Tôlis (2018).

Destaca-se que em cada uma das etapas planejadas os dados coletados são de fontes diferentes e, como tal, são exigidos diferentes instrumentos, participantes e ferramentas para análise de dados.

A coordenação de implementação do WRAP foi feita pelo Programa de Extensão e Pesquisa CNPq - Sofrimento Psíquico, *Recovery* e Cidadania vinculado à Faculdade CESUSC e a coordenação deste estudo foi do Núcleo de Pesquisas em Clínica da Atenção Psicossocial, da Universidade Federal de Santa Catarina (PSICLIN-UFSC).

Dentro de uma proposta de contínuas pesquisas, compreende-se que este estudo é a primeira etapa de adaptação cultural e análise qualitativa da implementação do WRAP no contexto da realidade brasileira, para que se avance na avaliação dos resultados e de eficácia em futuras avaliações.

Segue o detalhamento das etapas metodológicas que se desdobram em três fases distintas da pesquisa.

4.3.1 Etapa 1: Análise de Dados Secundários sobre as implementações pilotos do WRAP

Em uma primeira etapa a pesquisa se caracterizou como preparação e organização à adaptação cultural, com uma análise documental, de registros retroativos, em um estudo de abordagem qualitativa, que utiliza, em sua essência, documentos que não sofreram tratamento analítico, ou seja, que não foram analisados ou sistematizados (Kripka, Scheller & Bonotto, 2015).

Para que na primeira etapa houvesse uma boa análise documental foi necessário resgatar as fontes, primárias e secundárias, escritas e não escritas. Tratam-se de documentos físicos e digitais que foram arquivados, guardados e salvos, ao longo de cinco anos, no período de 2015 a 2019. Refere-se a um volume de planejamentos, materiais de intervenções e publicações, que justificam as ações dos estudos pilotos do WRAP Brasil. Ressalta-se a importância da anonimização dos dados, não interferindo percepções pessoais que levem a identificação dos sujeitos que participaram dos projetos pilotos, conforme preconiza o Artigo 41, da Lei n. 13.853, de 2019, a LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

Estes documentos se encontram à luz de uma perspectiva histórica e serão possíveis de detalhamento e análise com a ajuda de outras pessoas que passaram pelo percurso de implementação das intervenções do WRAP no Brasil. Este trabalho de análise, de acordo com Laville e Dionne (1999), tende à medida que se colhe as informações, no papel de investigação do pesquisador elaborar a percepção do fenômeno, deixando-se guiar pelas especificidades dos materiais selecionados.

Tratam-se de relatórios de planejamento, fichas de controle, trabalhos apresentados, traduções, roteiros orientadores, questionários pré-testes, pós-testes, tabulações, relatórios finais, etc., cada documento se tornou um instrumento a ser considerado no objetivo de resgatar a história da implementação das versões do WRAP no Brasil.

Nesta fase do estudo, foi realizada uma primeira organização dos materiais, por ano e mês, possibilitando tornar indispensável o olhar para o conjunto de documentos, de forma

analítica, que o tornará inteligível, de acordo com o objetivo desta etapa, que é resgatar o processo histórico de implementação das seis versões do WRAP no Brasil e suas produções acadêmicas acerca do campo da pesquisa e da extensão.

Na pesquisa, se limitou à análise documental, à verificação se os resultados foram positivos e/ou negativos e sua relação com processos de implementação já executados nos estudos pilotos não fez parte de uma análise apurada; esta fase será como foco no resgate do processo de adaptação cultural propriamente dito. Em Apêndice A se apresenta, de forma preliminar, um levantamento em síntese dos materiais e produções do WRAP Brasil no período de 2015 a 2019. No Apêndice B é apresentado a relação de materiais e ações comuns a todos os projetos de estudos pilotos do WRAP Brasil.

4.3.2 Etapa 2: Caracterização do processo de implementação e adaptação cultural pelos atores envolvidos na análise

A segunda etapa da pesquisa se refere ao processo de adaptação cultural do WRAP ao Brasil, na percepção de parte dos envolvidos nos estudos pilotos ao longo dos cinco anos.

A primeira tarefa nesta fase foi prevista a realização de entrevistas semiestruturadas, que seguiram de acordo com os aspectos éticos e ocorrerão por um encadeamento lógico na pesquisa. As entrevistas semidirigidas ocorreram com as pioneiras na implementação e processo de adaptação ao Brasil. Foram utilizadas algumas questões do instrumento *Checklist* como roteiro para elaboração das entrevistas. O roteiro de entrevistas encontra-se em Apêndice C.

Nesta etapa de compreensão e maior aprofundamento se objetivou trazer a experiência de participação dos que realizaram e participaram do WRAP, que atuaram como mediadores e protagonistas das intervenções piloto, discutindo suas percepções sobre o processo do programa, os modos de cuidado, sua aceitabilidade e viabilidade para a realidade da atenção psicossocial no Brasil. Buscar-se-á identificar os eixos estruturantes do programa original, as conquistas e as limitações do campo e suas diferenças culturais ao considerar o recorte de população no Brasil.

A estratégia de método de entrevistas semiestruturadas foi obtido pelo diálogo como instrumento de pesquisa, constituindo um “espaço relacional privilegiado” (Moré, 2015, p.127). Assim, foi ao encontro do que se espera da metodologia da abordagem *Recovery*, também na modalidade de pesquisa qualitativa, que dialoga com lugar de protagonismo do participante, pois ele, mesmo com o foco de coleta de dados, torna-se um momento livre, para

se expressar e junto trazer vivências e experiências com emoções. De acordo com Gil (1999), mesmo livre de estruturas rígidas ao delimitar um tema específico, pode ser considerada também como semidirigida, possibilitando que quando se desvie da temática central o pesquisador consiga retomar ao foco que se espera, de forma a compreender o fluxo da intenção da pesquisa.

4.3.3 Etapa 3: Avaliação do processo de adaptação cultural por instrumento Checklist

Na terceira etapa metodológica foi adotado como elemento da pesquisa o instrumento *Checklist*, elaborado sobre indicadores de quais elementos a implementação de um programa em adaptação cultural deve considerar. O material que será utilizado é original do banco de dissertações do PPGP/UFSC, fruto de uma pesquisa do PSICLIN, intitulada: “*Avaliação da Adaptação Cultural do Programa Elos – Construindo Coletivos*” (D’Tôlis, 2018). Segundo este autor, obtém-se que o *Checklist* foi elaborado a partir da revisão de literatura por *snowballing*, feita com uso de computadores, ferramentas de busca *on-line*, artigos e do livro intitulado “*Prevenção e Promoção em Saúde Mental: Fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*” (Murta, França, Santos, & Polejack, 2015).

Foi feita a análise de todo o conteúdo apreendido nos relatórios e materiais das seis implementações pilotos, além dos dados obtidos nas entrevistas semidirigidas, visando a compreensão da adaptação cultural do WRAP ao Brasil, a partir do uso de: 1) análise de conteúdo; 2) aplicação do *Checklist* de adaptação cultural (D’Tôlis, 2018), que propõe uma metodologia própria para a avaliação do processo.

4.4 Contexto de Pesquisa e Participantes

A pesquisa foi conduzida a partir das experiências analisadas no período de 2015 a 2019 no campo da saúde mental, pela aplicação do WRAP Brasil às pessoas, em sua maioria com sofrimentos psíquicos recorrentes e usuárias da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Florianópolis e região e entre os equipamentos estão o CAPS II e o CAPS AD. Trata-se de grupos heterogêneos ao longo de todas estas versões. Participaram também, estudantes de psicologia, trabalhadores da área da saúde de UBS, voluntários do Instituto Arco-Íris, entre outros atores.

Quanto ao número de pessoas a serem investigadas, será utilizado como critério a saturação dos dados, possibilitando que os participantes deste estudo sejam selecionados por

conveniência e de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, sem que haja um número exato *a priori*, mas seguindo critérios da seleção dos contatos na análise documental. A saturação implica um momento no trabalho de campo em que a coleta de novos dados não traz mais esclarecimentos para o objeto estudado, ainda que hajam algumas controvérsias sobre seu uso, exigindo alguns cuidados metodológicos apontados por Minayo (2017). Desta forma, destaca que em pesquisa qualitativa “a sua construção precisa envolver uma série de decisões não sobre quantos indivíduos serão ouvidos, mas sobre a abrangência dos atores sociais, da seleção dos participantes e das condições dessa seleção” (Minayo, 2017, p. 5).

O universo da pesquisa conta com aproximadamente 10 pessoas, considerando os materiais analisados das seis versões e os contatos disponíveis para a realização das entrevistas, entre os desenvolvedores dos projetos pilotos do WRAP.

4.5 Critérios de Inclusão / Exclusão

Para a escolha dos participantes da pesquisa, definem-se critérios de inclusão que são: (a) ter participado de pelo menos uma das seis versões do WRAP Brasil; (b) estar em condições psicológicas de responder à pesquisa no momento de sua implementação; (c) ter disponibilidade para participar das entrevistas semidirigidas que será proposta junto às diretrizes do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE), assinado.

Desta forma, os critérios de exclusão se aplicarão aos participantes que não demonstrarem aptidão de saúde mental ou qualquer outro requisito de saúde que impossibilite sua plena participação, ou que estejam afastados por licença de saúde e que não preencham os critérios básicos de inclusão.

4.6 Instrumentos e técnicas para Coleta de dados

A coleta de dados da pesquisa foi realizada com o uso de instrumentos e técnicas variados, escolhidos em consonância com os pressupostos metodológicos da abordagem qualitativa e de pesquisa avaliativa, que vão ao encontro dos objetivos deste estudo.

Na análise de dados secundários, será desenvolvido o resgate histórico do processo de implementação piloto do WRAP, considerando-se variados instrumentos que irão compor a pesquisa, que se referem a documentos, apresentados na “Etapa 1” deste estudo, selecionados, tratados e que estão apresentados e discutidos em forma descritiva em seção própria e em síntese no Apêndice A.

Na etapa de análise de conteúdo, foram utilizados dados primários da fonte, ou seja, a pesquisa de campo ocorreu diretamente com as participantes do estudo. A técnica empregada nesta coleta de dados foi a entrevista semidirigida, com roteiro pré-definido, disponível em Apêndice C.

A utilização do instrumento *Checklist* no processo de adaptação cultural permitiu a compreensão dos procedimentos utilizados ao longo dos estudos pilotos, através da análise de conteúdo das entrevistas semidirigidas. A técnica ocorreu em formato de tempo livre para respostas das participantes, com um prazo máximo estipulado de devolução do instrumento preenchido, compatível com o cronograma da pesquisa. O instrumento está disponível no Anexo C. As entrevistas e a aplicação do *Checklist* ocorrerão mediante a leitura e aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponível no Apêndice D.

4.7 Procedimentos para Coleta de dados

Cada etapa foi elaborada com objetivos diferentes e, devido a isso, diferentes procedimentos serão considerados ao longo do desenvolvimento da pesquisa.

Como primeiro recurso o instrumento de investigação qualitativa, que em síntese, foi o procedimento de realizar a análise documental dos materiais produzidos em cinco anos nos estudos pilotos do WRAP no Brasil.

As entrevistas semidirigidas ocorreram presencialmente e virtualmente, de acordo com os critérios de inclusão e os aspectos éticos. As que foram possíveis virtualmente ocorreram em aplicativo *Zoom*, gravadas e posteriormente transcritas.

A aplicação do *Checklist* na pesquisa teve duas funções: (1) de balancear a fidelidade e a sensibilidade cultural para o WRAP no Brasil, sendo que sua elaboração é resultado de outra pesquisa no campo da avaliação de programas de prevenção em saúde baseado em evidências (D'Tôlis, 2018); (2) orientar a realização das entrevistas semidirigidas. Nesta etapa, o objetivo foi o levantamento de informações relevantes, analisadas conjuntamente com a etapa anterior, do resgate histórico, proporcionando condições de avaliação de critérios de “Aceitabilidade” e “Viabilidade” do WRAP Brasil.

4.8 Análise de dados

Posterior à coleta de dados, com os conteúdos dos documentos, das entrevistas e a aplicação do *checklist* para a avaliação do processo de adaptação cultural do WRAP à realidade

brasileira, foi previsto e realizado a análise de dados, cumprindo com rigor os achados para cada etapa da pesquisa.

Tratando-se de uma pesquisa com delineamento qualitativo, a análise de dados considerou o que é objetivo e subjetivo, as informações e sua carga de significados, tornando viável o processo com o rigor técnico e teórico que são indispensáveis (Minayo, 2000).

Para Minayo (2000), explora-se três obstáculos que precisam ser superados no campo do pesquisador: (1) o perigo da simplicidade na compreensão ingênua dos dados; (2) o deslumbramento do pesquisador pelos métodos e técnicas qualitativas, esquecendo-se da importância da fidedignidade das significações dos dados; e, (3) a dificuldade de relacionar de forma científica a fundamentação teórica com os conceitos abstratos aos dados coletados em campo. A superação destes obstáculos foi uma meta a partir das três abordagens de análise de dados que foram escolhidas de acordo com as etapas da pesquisa: (1) análise documental; (2) análise de conteúdo; (3) análise da avaliação do *Checklist*.

4.8.1 Análise documental

A primeira análise de dados se define como uma análise documental, que primordialmente seleciona, organiza e manuseia a memória dos materiais e documentos produzidos na experiência da adaptação do WRAP ao Brasil. Tratou-se do que fora arquivado no período de cinco anos dos estudos pilotos, em documentos físicos (impressos) ou arquivos digitais (em e-mails e pastas de compartilhamento em *drive*). Nesta etapa da coleta realizou-se uma leitura flutuante, um fichamento organizado em digitalizações, em um documento único para esta finalidade. Conforme Bardin (2006), é uma técnica que trata o conteúdo de forma diferente do original facilitando a consulta e suas referências e seu objetivo é para além de representar, pois seu procedimento transforma as informações relevantes.

A operacionalização da análise documental foi feita por etapas, adaptadas conforme Moreira (2005), pela qual ocorreu: (i) levantamento, apuração e organização dos materiais disponíveis do WRAP no Brasil ao longo dos anos de 2015 a 2019; (ii) caracterização, identificando e descrevendo a trajetória metodológica do Plano WRAP. A importância desta etapa se correlaciona na classificação das informações que serão organizadas em quadro e, em síntese, elaboradas de acordo com a fundamentação teórica. A leitura e interpretação deste material permitirá a relevância, a identificação de ideias, pressupostos e momentos centrais sobre a temática do WRAP no Brasil, que converge com as inferências, hipóteses e análises teóricas sobre os fenômenos em questão.

4.8.2 *Análise de conteúdo*

A análise de conteúdo foi o modelo aplicado na etapa que envolveu as entrevistas semidirigidas com os participantes da pesquisa. Esta análise, conforme contribuições de Bardin (2006), implica as seguintes fases da organização do material de análise: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. Já no tratamento dos resultados foi realizada a codificação em categorias. Segundo esta autora considera-se a categoria como uma forma de sistematizar o pensamento e refletir a realidade. Ela é vista como rubricas ou classes que estabelecem conjunto de elementos afinados por características comuns. No processo de escolha de categorias adotou-se, nesta pesquisa, o critério semântico, por terem sido definidas a partir dos temas do roteiro da entrevista semiestruturada.

Na fase de interpretação dos dados, voltou-se ao referencial teórico, buscando embasar as análises categoriais e dando um sentido à interpretação estabelecida pelo pesquisador (Bardin, 2006).

4.8.3 *Análise da avaliação do Checklist*

Após o preenchimento do *Checklist*, que foi aplicado como parte final das entrevistas e como tarefa do pesquisador, foi desenvolvida a análise da avaliação do processo de adaptação cultural do WRAP ao contexto brasileiro. A operacionalização do instrumento ocorreu conforme as orientações do autor D'Tôlis (2018), que elucida que, ao verificar o cumprimento ou não de cada indicador pela modalidade de resposta 'sim' e 'não', irá se considerar uma pontuação, sendo que para resposta afirmativa se considera 1 ponto e a negativa, 0.

Para cada uma das 15 subcategorias do *Checklist* existem cinco indicadores que definem sua qualidade: “Insatisfatório, Pouco Satisfatório, Satisfatório, Muito Satisfatório, Excelente. Sendo assim, a soma dos indicadores realizados determina a sua qualificação” (D'Tôlis, 2018).

4.9 Aspectos e procedimentos éticos

Após as considerações do projeto, foram acolhidas correções e alterações que foram necessárias. A pesquisa seguiu os preceitos do Código de Ética de pesquisa com seres

humanos, conforme a resolução 466/2012, garantindo o respeito e autonomia dos participantes, a justiça e equidade (Brasil, 2012a).

Para a realização, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina - CEPESH/UFSC, através do envio na Plataforma Brasil, contemplando a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, dos procedimentos metodológicos que envolvem o uso de dados e/ou informações obtidas com os participantes passíveis de identificação ou que possam apresentar riscos mais significativos que os existentes na vida cotidiana (Brasil, 2016). Obteve-se a aprovação com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE, pelo Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa - SISNEP, sob o código 51847621.90000.0121. Após as aprovações, a pesquisa seguiu com as normas do Código de Ética dos Psicólogos(as), (CFP, 2005).

A análise documental que exige o manuseio de dados obtidos inclusive de intervenções passadas, provenientes de casos, de histórias, de diários de campo, relatórios formais e informais, que continha relatos de projetos singulares ou coletivos e, até mesmo, os registros de oficinas, seguiu de forma confidencial e sigilosa sempre que assim foi importante, resguardando a identidade de qualquer pessoa, seja usuário ou facilitador neste processo de pesquisa científica.

Só participaram deste estudo, nas etapas das entrevistas, as pessoas que aceitaram livremente participar, diante dos critérios de inclusão e que assinarem o TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi amplamente garantido a confidencialidade e de que não haverá nenhum prejuízo com os recursos humanos e de cuidados com os participantes. A fim de segurança nas informações tecnológicas, estão disponibilizadas um dispositivo próprio para esta finalidade de armazenamento de dados. As gravações estão sob responsabilidade do pesquisador e foram descartadas após transcrições, sendo que o conteúdo das gravações permanece salvo em transcritos originais, por cinco anos e, posteriormente, serão descartados.

Enfatiza-se que as etapas da pesquisa que envolvem a participação de pessoas só iniciaram com a obtenção da assinatura do TCLE, que por sua vez, foram voluntários e tiveram os devidos esclarecimentos dados pelo pesquisador que se comprometeu em garantir durante todo o momento de pesquisa a integralidade do sigilo, anonimato, a liberdade dos participantes poderem interromper a pesquisa ou até mesmo de desistirem em qualquer tempo e sem qualquer prejuízo. Foi ressaltado a garantia da confidencialidade e que não haverá nenhum prejuízo das relações de recursos humanos e de cuidados com os participantes.

Caso a coleta de dados provocasse a mobilização emocional de algum participante, foi previsto acolhimento no momento ou no contato pelo pesquisador e, se necessário, encaminhado posteriormente para profissionais da rede de serviços que o acompanham, assegurado a responsabilidade com o caso.

É previsto a devolutiva da pesquisa, com publicação à sociedade e divulgações dos artigos elaborados durante e após o percurso. No que se refere aos participantes, ocorrerá em apresentação fidedigna dos dados e da discussão dos resultados da pesquisa, de forma aberta, a ser realizada ou na instituição formadora que possibilitou a pesquisa, ou na instituição parceira que proporcionou convênio técnico-científico ou na impossibilidade, por meio de reuniões virtuais, após a conclusão, com data de agendamento.

5. RESULTADOS

Para apresentação dos resultados considerou-se a caracterização das participantes e as três etapas da análise de dados, que contemplam as diferentes coletas de dados da pesquisa.

Na primeira etapa considerou-se a análise documental, resultado do levantamento de todos os acervos, produção que foi disponibilizada a ser tratada e organizada em uma escala cronológica dos anos de 2015 a 2019. A segunda etapa refere-se à análise de conteúdo das entrevistas semidirigidas, realizadas com as implementadoras dos estudos pilotos. E, na terceira etapa, a análise das respostas do *Checklist* de adaptação cultural que avaliou o processo realizado durante o período dos grupos pilotos.

5.1 Caracterização das participantes

Ressalta-se que nessa seção os resultados apresentados das etapas de análise de conteúdo e análise de *Checklist* correspondem à etapa de coleta de dados com as participantes da pesquisa. A caracterização dispensa informações sociodemográficas das participantes, pois não corresponde uma interface da análise do estudo os aspectos individuais e os psicossociais das integrantes da pesquisa.

As participantes foram cinco mulheres, atualmente psicólogas. Destaca-se que todas as participantes foram as implementadoras, em diferentes momentos da história deste processo, dos estudos pilotos do WRAP Brasil, durante o período de 2015 a 2019, em Florianópolis. Contempla-se que ao longo da análise haverá a participação das falas das participantes de pesquisa, identificadas anonimamente como P1, P2, P3, P4, P5. Deste modo,

ampliou-se a discussão dos resultados de diferentes momentos de suas participações no projeto e considerando as suas diferentes perspectivas, a partir das suas análises históricas sobre o processo de adaptação cultural do WRAP.

5.2 Análise documental

A primeira ação de pesquisa foi de estudar os materiais produzidos pelo WRAP no Brasil, no período de 2015 a 2019. Com as entrevistas semidirigidas das participantes elucidou-se mais ainda a importância das produções realizadas, gerando compreensão, lógica e contribuindo de forma geral com a análise do processo de adaptação cultural. É apresentado nesta pesquisa, no Apêndice A, um quadro com a descrição e síntese dos materiais e produções do WRAP Brasil. Neste quadro, de forma objetiva é descrito: Título do material, data ou período, pessoas responsáveis, tipo de apresentação ou arquivamento do material e observações.

5.3 Análise de conteúdo

Na etapa da análise de dados que envolve a pesquisa em campo, foram realizadas entrevistas semidirigidas com as participantes que foram as implementadoras dos estudos pilotos de adaptação cultural do WRAP no Brasil. Baseado nos pressupostos metodológicos da pesquisa qualitativa, para obtenção dos resultados, foi proposto a análise de conteúdo, com a elaboração de categorias de análise.

Outra característica do resultado deste estudo, que se aplicou como método nesta etapa da entrevista semidirigida foi o de seguir como práxis o referencial teórico deste estudo sobre a abordagem *Recovery*; que de forma consistente considera a experiência do sujeito, seu contexto, em uma intervenção horizontalizada, ou seja, sem que haja um imperativo rígido nos saberes de apenas um ator envolvido.

5.3.1 Categorias de análise

As categorias de análise de conteúdo foram criadas a partir da elaboração de questões-chaves, que são sustentadas pelas perguntas disparadoras dentro do roteiro de entrevista semidirigida às participantes deste estudo. Com esta perspectiva os dados desta etapa

de pesquisa foram tratados em sua organização, análise e apresentação. Considerou-se quatro categorias para esta etapa:

- 1) O *Recovery* e a chegada do WRAP no Brasil;
- 2) Estudos de implementação do WRAP no Brasil;
- 3) Processo de adaptação cultural;
- 4) Percepção dos resultados e de viabilidade do WRAP no Brasil.

5.4 Análise do *Checklist*

Para obtenção dos resultados, apurou-se a aplicação do instrumento *Checklist* nas participantes da pesquisa. A análise se deu por critérios objetivos, mas considerando as etapas anteriores. Verificou-se as respostas e pontuações para o critério de adaptação cultural do WRAP no Brasil, proposto pelas orientações do instrumento.

6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para estabelecer uma compreensão geral da dimensão dos estudos pilotos do WRAP no Brasil, possibilitando a análise dos resultados, é proposto no quadro a seguir, as descrições sobre os cinco projetos pilotos, em seu período de implementação, população e localização.

Quadro 3 - Descrição das versões dos estudos pilotos do WRAP Brasil

| Versão do estudo piloto/Ano | Público participante | Local de realização |
|------------------------------------|--|--|
| WRAP 1 Ano 2016-1 | Usuários de CAPS II (Associação Alegrement), alunos de psicologia, profissionais de saúde mental | Faculdade Cesusc, Florianópolis, SC |
| WRAP 2 Ano 2016-2 | Usuários de CAPS II, CAPS Ad (Associação Alegrement), alunos de psicologia, profissionais de saúde mental | Instituto Arco-Íris, Florianópolis, SC |
| WRAP 3 Ano 2017-1 | Usuários de CAPS II, CAPS Ad (Associação Alegrement), Movimento POP-rua, alunos de psicologia, profissionais de saúde mental | Instituto Arco-Íris, Florianópolis, SC |
| WRAP 4 Ano 2017-2 | Usuários de CAPS II, (Associação Alegrement), alunos de psicologia, profissionais de saúde mental | Faculdade Cesusc, Florianópolis, SC |
| WRAP 5 Ano 2018 | Agentes comunitários de saúde, alunos de psicologia | Associação de Moradores no Morro das Pedras, Florianópolis, SC |
| WRAP 6 Ano 2019 | Usuários de CAPS II, CAPS Ad (Associação Alegrement), alunos de psicologia | Faculdade Cesusc, Florianópolis, SC |

Fonte: Desenvolvido pelo próprio autor

A síntese neste quadro descritivo tende a ilustrar como introdução à compreensão de duas etapas de análise de dados, compreendidas em sua metodologia entre: a análise documental e a análise de conteúdo das entrevistas.

6.1. Análise dos documentos produzidos ao longo do projeto de adaptação cultural do WRAP

Na análise documental apurou-se em formato de síntese descritiva os dados organizados cronologicamente que foram fruto da apresentação do quadro de análise dos documentos. Segue em síntese.

6.1.1 Estudos preliminares para implementação piloto do WRAP 1 - Ano de 2015

Em 2015, iniciou-se os estudos preliminares e reuniões de planejamento para a implementação do Grupo de Estudos em *Recovery* na Faculdade CESUSC e com isso, a implementação do projeto do primeiro piloto do WRAP Brasil. Além das ações do grupo de estudar aprofundadamente a abordagem *Recovery* e seus atravessamentos no Brasil na relação com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Atenção Psicossocial, planejou-se, já no seu início, conhecer e utilizar tecnologias de cuidado em *Recovery*, promovendo o programa WRAP com a possibilidade de adaptação cultural para a realidade brasileira a partir dos estudos e intervenções realizados.

Uma das primeiras ações do grupo de estudos foi a de traduzir da língua inglesa para a língua portuguesa o manual de aplicação do WRAP, o “*Workbook WRAP*”, criado pela *Copeland Center*. Em sua tradução, o WRAP Brasil inicialmente passa a ser chamado de “Plano de Ação para o Bem-Estar e Recuperação em Saúde Mental”. A tentativa de tradução da palavra *Recovery* é considerada uma opção naquele primeiro momento, até que se chega ao consenso, inclusive com os usuários que participavam, de não traduzi-lo, pois sua tradução literal não representa os pressupostos teóricos e práticos do que é o *Recovery*, já que não se limita ao conceito de recuperação ou reestabelecimento. As participantes pioneiras no projeto do WRAP Brasil contam com a colaboração, supervisão e revisão desta ação de Richard Weingarten (EUA), usuário em saúde mental norte-americano e uma liderança no movimento de usuários nos Estados Unidos.

O primeiro trabalho acadêmico produzido e apresentado ocorreu em outubro de 2015, sob o título: “*Fazendo o seu plano pessoal para o reestabelecimento (recovery) e bem-estar*”, que foi explanado dentro do “XI Encontro Catarinense de Saúde Mental, Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC” (Weingarten & Alvim, 2015).

Seguindo com o projeto inicial e demais projetos pilotos, em 2016, houve a elaboração e confecção de um produto do WRAP Brasil, que passa a ser utilizado e desenvolvido ao longo de todas as intervenções dos projetos pilotos. Denominado de “WRAP de Bolso”. Sua descrição física é de um formato *folder*, impresso em papel *couchê* laranja, com dobraduras e escritos em tópicos, que resumem o que é fundamental ser registrado pelos participantes no encontro de grupo, de forma individualizada. A ilustração deste material encontra-se em Anexo A, “*WRAP Brasil de Bolso*”

A funcionalidade do WRAP de Bolso, que exige registros dentro dos grupos pilotos são:

1. Registrar a “Caixa de Ferramentas do Bem-estar”
2. Registrar a lista de “Manutenção Diária”
3. Registrar quais são os “Gatilhos” (Disparadores) e o Plano de Ação
4. Registrar quais são os “Sinais de Alerta” e o Plano de Ação
5. Registrar “Quando as coisas não estão dando certo” e o Plano de Ação
6. Resumo dos Sinais de Crise – Contatos importantes, coisas que me ajudam e coisas que me atrapalham na crise.

Destaca-se que o WRAP de Bolso foi inspirado no mesmo produto da *Copeland Center*, devido à realidade brasileira parecer mais conveniente pelo seu objetivo original da funcionalidade, que era de utilizá-lo como um documento, logo, um recurso terapêutico, podendo ser levado pelo participante para todo lugar.

Como segundo produto houve a confecção do “Plano de Crise de Bolso – WRAP Brasil”, também utilizado em todos os projetos pilotos. Foi desenvolvido separadamente ao WRAP de Bolso, pois sua utilização era aplicada nos últimos encontros, na sessão em que se trabalha o tema “Crise ou Colapso”. É uma síntese do que já foi desenvolvido ao longo das intervenções que passa a ter este registro de forma a ser utilizado quando o participante estiver sob a experiência de uma Crise. É importante destacar que nem todo o participante dos estudos pilotos do Brasil fizeram a utilização deste material; em decorrência do fato de que os grupos eram heterogêneos e permitia-se a opções de compreensão do que era crise dentro do âmbito das suas realidades e experiências com o sofrimento psíquico. A descrição física do Plano de Crise de Bolso é de um *folder*, impresso em papel *couchê* verde, com dobraduras e escritos em

tópicos, que são importantes para recordar o que é fundamental nesta temática para o participante, no encontro de grupo, de forma individualizada. A ilustração deste material encontra-se em Anexo B, “*Plano de Crises WRAP Brasil*”

A funcionalidade do Plano de Crise de Bolso, que é a síntese de registros nos encontros finais em grupo, são:

1. “Como sou quando estou bem”
2. “Sinais de que as pessoas de apoio precisam intervir”
3. Nome e telefone de quem são os “Suportes e as pessoas de apoio”
4. Nome e telefone de quem são “Meus Profissionais de Referência”
5. Quais são as “Medicações que estou usando” – As medicações aceitáveis quando estiver em crise – As medicações a serem evitadas
6. Quais são os “Tratamentos que me fazem bem” – “Tratamentos a serem evitados”
7. Em caso de internações, “Se necessário, eu prefiro ser internado em:” – “Lugares para evitar”
8. “Coisas que me ajudam quando estou em crise” – “Coisas que precisam ser feitas por outros até eu me reestabelecer” – “Coisas que não me ajudam quando estou em crise”
9. “Como as pessoas de apoio poderão perceber que este plano não é mais necessário”
10. “Eu _____, desenvolvi este plano. Qualquer plano mais recente substituirá este. Assinatura, data. Testemunha 1 e 2 e data. Assinatura do advogado com telefone, se houver.

6.1.2 Projeto “WRAP Brasil 1” – Ano 2016

Um dos marcos do ano de 2016 foi a implementação do primeiro projeto piloto do WRAP no Brasil, diante disso, houveram reuniões específicas de planejamento e o cronograma de atividades do “WRAP Brasil 1”.

Sendo o primeiro projeto piloto do WRAP no Brasil foi produzido uma sistematização no grupo de estudos em *Recovery*, planejado desde o segundo semestre de 2015, na Faculdade Cesusc, que contou com o apoio do consultor Richard Weingarten (EUA). O primeiro projeto do WRAP no Brasil teve apoio com recursos financeiros, de fonte financiadora anônima, foi obtido através do consultor norte-americano do projeto e teve o suporte institucional da instituição de ensino.

Os anseios do grupo de estudo, profissionais, estudantes e usuários da RAPS envolvidos no projeto, era promover a extensão e a pesquisa junto à intervenção do WRAP. Elaborou-se um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com o foco na autorização consentida em participar dos grupos, ao mesmo tempo que poderia ser um documento que fosse utilizado na pesquisa científica de adaptação cultural do WRAP no Brasil. O documento realizado serviu para avaliar os resultados das duas oficinas iniciais, dos pilotos do WRAP no Brasil, expondo os resultados das intervenções, analisando a funcionalidade do WRAP nestas populações. Entre estas análises iniciais em 2016, buscava-se para além de compreender os resultados, elencar as possíveis necessidades de modificações diante da realidade e contexto ao qual foi aplicado.

A implementação do “WRAP Brasil 1” ocorreu entre os meses de março a junho de 2016, em Florianópolis. Com a realização de seis encontros semanalmente, aos sábados, pela manhã, planejados e organizados em datas, horários, temas trabalhados e equipe responsável. Participaram do primeiro estudo piloto 13 (treze) pessoas, entre usuários da RAPS e da Associação Alegrementemente, alunos do curso de psicologia e profissionais de saúde mental. Além disso, foram realizados dois grupos focais. As implementadoras desse projeto, que eram denominadas facilitadoras, foram alunas estagiárias e uma psicóloga junto à professora de psicologia da Faculdade CESUSC, aqui identificadas como P1, P2, P3, P4.

Um destaque de relevância à concretização dos projetos pilotos do WRAP foi a parceria contínua da associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. A Associação Alegrementemente estabeleceu uma parceria para a realização do WRAP desde o primeiro projeto piloto, intermediando a participação dos usuários da RAPS no município. Atualmente, em sua apresentação, a Associação Alegrementemente é uma entidade de usuários de serviços de saúde mental dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS de SC. Atua com os CAPS de Santa Catarina, em defesa de políticas públicas de saúde mental antimanicomial, trabalha com ações culturais, sociais, educativas e recreativas em defesa de uma saúde mental em liberdade humanizada, com respeito no território, profissionais capacitados nos dispositivos da RAPS e do Sistema Único de Saúde (SUS), por processos de cuidado que estejam em concordância e na garantia a Lei 10216/2001 da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Ao final do primeiro semestre de 2016, foi apresentado o Relatório Final do projeto piloto do “WRAP Brasil 1”. Este estudo foi realizado e trouxe as percepções sobre o projeto e os resultados preliminares da primeira experiência de intervenção no Brasil. Também, o relatório contém informações sobre as previsões para os próximos projetos pilotos. Além das participantes implementadoras participou como consultor deste relatório o Richard Weingarten

(EUA). O documento contém em sua organização: 1) Introdução; 2) Marco Teórico; 2.1) O movimento *Recovery*; 2.2) A ferramenta WRAP; 3) Caracterização do projeto: 3.1) Objetivos; 4) Relatório de atividades realizadas; 5) Cronograma de atividades; 6) Considerações Finais; 7) Referências Bibliográficas. No item cinco deste relatório, é possível compreender as especificidades de como se deu a organização do WRAP 1, conforme é apresentado de forma resumida no quadro a seguir.

Quadro 4. - Cronograma de atividades “WRAP Brasil 1”

| Data | Tema trabalhado |
|------------|--|
| 09/04/2016 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inscrições ▪ Dinâmica de apresentação com imagens ▪ Grupo focal ▪ Contrato grupal |
| 16/04/2016 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação – Recepção ▪ Retomada contrato grupal ▪ Apresentação roteiro WRAP |
| 27/04/2016 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recepção – aquecimento ▪ Capítulo 1 – Caixa de Ferramentas |
| 30/04/2016 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recepção – aquecimento ▪ Capítulo 2 – Caixa dos sentimentos |
| 07/05/2016 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recepção ▪ Dinâmica “Sansão & Dalila” ▪ Capítulo 3 – “Gatilhos” |
| 14/05/2016 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recepção - reorganização do cronograma ▪ Entrega WRAP de Bolso ▪ Capítulo 4 – Sinais de alerta |
| 21/05/2016 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recepção - Exercício de respiração ▪ Capítulo 5 – Colapsos |

| | |
|------------|--|
| 08/06/2016 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recepção - tempo de desabafo ▪ Conversa sobre Congresso ABRASME ▪ Capítulo 6 - Planos de crise ▪ Finalização cartilha e WRAP de Bolso |
| 11/06/2016 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recepção ▪ Grupo focal - Questionário de satisfação ▪ Formatura |

Fonte: Relatório Final do projeto piloto “WRAP Brasil 1” - adaptado pelo autor.

Um destaque no Relatório final produzido em 2016 foram as etapas previstas para um projeto maior do WRAP Brasil, que em seu estudo fez um desenho em etapas do que se esperava para as implementações do programa no Brasil. Conforme descrito em Atividades Realizadas, no que se refere às etapas 1, 2 e 3, tratam especificamente do WRAP 1 (divulgação, preparação e inscrição de participantes e a realização do primeiro projeto organizado em oficinas). Nas demais etapas é contemplado o projeto maior que abrange os anseios com os demais estudos pilotos do WRAP, conforme segue uma síntese das descrições.

Etapa 4: Articuladores organizam mais cursos WRAP ao longo do ano. Nesta etapa é previsto ampliar o WRAP para demais populações e serviços;

Etapa 5: Identificar potenciais facilitadores e treiná-los para serem facilitadores-pares. Visto que é constatado que no WRAP 1 foi possível identificar pessoas potenciais para serem facilitadores;

Etapa 6: Apresentar o WRAP 1 no Fórum de *Recovery* / Congresso da ABRASME em São Paulo. Nesta etapa previa a divulgação e disseminação do WRAP. Para tanto, neste evento contou-se com a participação das implementadoras do projeto piloto e da presidente da Associação Alegrementemente da época (2016) e do consultor norte-americano.

No planejamento do primeiro projeto piloto do WRAP Brasil, produziu-se um roteiro orientador para realização de grupo focal. Foi elaborado um tutorial com palavras-chaves e perguntas que direcionavam às questões do Plano WRAP. Este material foi preliminar ao desenvolvimento de questionário pré-teste e pós-teste como uma escala de satisfação dos encontros. O momento grupal que se desdobrou na produção de materiais para avaliação foram elaborados com o cuidado de seguir a metodologia da abordagem *Recovery* e nos estudos sobre sofrimento psíquico, bem-estar e saúde mental. As palavras-chaves que foram apresentadas no material foram: Autonomia, protagonismo, emancipação e empoderamento.

Em 2016 houve a produção de um Questionário de Satisfação para a aplicação piloto das oficinas do WRAP Brasil. Trata-se de um material impresso, aplicado ao final do último dia do projeto piloto, com todos os participantes presentes, respondido de maneira anônima, com 11 (onze) questões objetivas e três questões descritivas/subjetivas. Na tabulação do questionário de satisfação do projeto piloto do WRAP Brasil, de 2016, apresentou-se as respostas em tabela. Na análise preliminar dos resultados feita pelo grupo, demonstrou-se a percepção de aceitabilidade e viabilidade das intervenções da oficina piloto para a realidade brasileira. O material, que é anônimo, está disponível neste estudo, no Anexo C.

Ainda em 2016, dentro do grupo de estudos, foi proposto e elaborado uma proposta-projeto, escrito na língua inglesa, “*Projeto WRAP, USA, 2016 - PILOT PROJECT - WRAP WORKSHOPS IN SANTA CATARINA, BRAZIL*”, com o objetivo geral de contribuir para o processo de *Recovery* e capacitação dos usuários dos serviços de saúde mental no Brasil. Através desse projeto justificou-se o orçamento da turma piloto e para o recebimento de apoio financeiro dos futuros grupos. A destinação destes recursos fora alocada nos materiais didáticos, *coffee-break* e ajuda de custo para as facilitadoras. O trabalho estabelece, como objetivo a longo prazo, desenvolver um sistema de educação para *Recovery*, pela metodologia WRAP, fornecendo apoio ao governo brasileiro em suas políticas, estratégias e ações nas esferas de saúde mental e bem-estar. O trabalho escrito em inglês contém os tópicos: Resumo, Introdução, Problema, Proposta sugerida, Organização de implementação e membros da equipe, Objetivos do Programa/Projeto (longo prazo), Método, Avaliação de resultados, Previsão de despesas.

Uma das primeiras relevâncias do meio da divulgação técnico-científica do WRAP no Brasil ocorreu em 2016 com a participação do evento *1° Colóquio Internacional em “Recovery (Restabelecimento): Vivências e Práticas”*, em São Paulo-SP, organizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e com parceiros internacionais da perspectiva *Recovery* (<https://site.cfp.org.br/cfp-promove-evento-sobre-recovery>). Nesta oportunidade apresentou-se como marco histórico nas intervenções em psicologia e estágios acadêmicos o *Recovery* enquanto prática em saúde mental no Brasil. Na ocasião analisava-se os resultados do projeto piloto “WRAP Brasil 1” e a discussão das necessidades de adaptação cultural, limitações do instrumento norte-americano diante da população brasileira atendida. Neste evento participaram além de parte das participantes pioneiras na implementação do grupo de estudos e projetos pilotos do WRAP, a presidente na época da Associação Alegrementemente e do consultor norte-americano, Richard Weingarten. Estes participantes de Florianópolis se juntaram às

discussões com pesquisadores, professores, *peers*, profissionais de Yale (USA), Itália, Finlândia e outros diversos estados brasileiros.

6.1.3 Projeto “WRAP Brasil 2” – Ano 2016

O avanço do projeto de implementação do WRAP no Brasil, em sua segunda versão, se deu no segundo semestre de 2016, o “WRAP Brasil 2”. Esse estudo piloto ocorreu no Instituto Arco-Íris de Florianópolis, com carga horária de quatro horas semanais, no período de setembro a novembro de 2016.

O público-alvo deste projeto piloto foram usuários da RAPS e da Associação Alegrementemente, familiares de usuários, sendo que alguns integrantes já haviam participado da primeira versão do WRAP; também participaram pessoas ligadas ao Instituto Arco-Íris e uma psicóloga que era a coordenadora local da época. Ao total foram aproximadamente 15 (quinze) integrantes.

Após avaliação do primeiro estudo piloto, optou-se por ampliar a atuação do programa, daí a escolha pelo Instituto Arco-Íris que se concretizou pelas visitas feitas pelas implementadoras, que fizeram observação participativa nas oficinas e atividades do local.

Destaca-se que o Instituto Arco-Íris de Florianópolis foi um ponto de apoio importante nos estudos pilotos do programa WRAP, dado pelo potencial político em direitos humanos que o espaço desempenha na sociedade. Trata-se de uma entidade do terceiro setor, que tem sua atuação com populações vulneráveis, conhecida por atender em projetos e acolhimento de população em situação de vulnerabilidade psicossocial, pessoas em situação de rua, populações privadas de liberdade, usuários dos CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial) e CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas), profissionais do sexo, e população em geral que tenha interesse.

Em reuniões com o grupo de estudos de *Recovery*, na faculdade, ao considerar seus pressupostos de diversidade na aplicabilidade horizontalizada, definiu-se que, partiria-se para essa experiência de intervenção institucional nesse novo local, com profissionais que dialogassem diretamente com os anseios dos usuários na perspectiva coletiva em saúde mental e atenção psicossocial, e que tivesse um perfil para projetos de inclusão social. Portanto, com a parceria com o Instituto Arco-Íris de Florianópolis, almejou-se um potencial de ação no alcance de público mais diversificado e, com isso, ampliar as possibilidades e os conhecimentos do programa WRAP e contribuir com as adaptações culturais.

Em observação, as implementadoras desta etapa seguiram no planejamento do WRAP 2, o roteiro e princípios do material desenvolvido pela *Copeland Center*. No entanto, diante da necessidade de fazer adaptações de linguagem e cultura, diferentemente do primeiro estudo piloto, não se trabalhou com o manual impresso.

Em sua implementação, o “WRAP Brasil 2” foi conduzido pelas participantes identificadas neste estudo como P1, P2 e P3. Foi proposto como estágio em psicologia e formalizado em relatório específico que abordou os seguintes tópicos: 1) Identificação; 2) Introdução; 3) Marco teórico; 3.1) O movimento *Recovery*; 3.2) A ferramenta WRAP; 4) Caracterização do estágio; 4.1) Histórico da instituição e contexto do estágio; 4.2) Público-alvo; 4.3) Serviços oferecidos; 4.4) Caracterização do espaço físico; 4.5) Caracterização da equipe e profissionais da instituição; 5) Atividades realizadas; 5.1) Justificativa e objetivos; 5.2) Métodos e procedimentos; 5.3) Cronograma e relato de atividades; 6) Localização e retificação da problemática; 6.1) Propostas interventivas; 6.2) Plano de ação; 7) Considerações finais; 8) Referências.

O projeto piloto WRAP 2 foi realizado em sete módulos, que as implementadoras denominaram como oficinas, conforme apresentado no quadro a seguir:

Quadro 5. - Cronograma de atividades “WRAP Brasil 2”

| Data | Tema trabalhado |
|-------------|---|
| 18/11/2016 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentações e expectativas ▪ O que é e para que serve o WRAP |
| 01/11/2016 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Os 5 princípios de (<i>Recovery</i>) |
| 08/11/2016 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Caixa de Ferramentas ▪ Lista de Manutenção Diária |
| 17/11/2016 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ”Gatilhos / Disparadores” ▪ Sinais de Alerta |
| 22/11/2016 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisão |
| 29/11/2016 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colapso e Plano de Crise |

| | |
|------------|---|
| 06/12/2016 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plano de crise (continuação/fechamento) ▪ Encerramento |
|------------|---|

Fonte: Relatório das participantes - adaptado pelo autor.

Constata-se, a partir dos dados, que no ano de 2016 foram realizados dois grupos de implementação do WRAP, sendo a primeira e segunda versão brasileira, (WRAP 1 e WRAP 2), com a participação de aproximadamente 30 pessoas, entre usuários da RAPS, pertencentes à Associação Alegrementemente e estudantes de psicologia da Faculdade CESUSC, profissionais de saúde mental e implementadoras.

6.1.4 Projeto WRAP Brasil 3” – Ano 2017

No ano de 2017, no primeiro semestre, em tratativas com o grupo de estudo em *Recovery*, estabeleceu-se a necessidade de uma ampliação para tornar o WRAP um projeto de extensão e dentro desse projeto abrir campo de estágio em psicologia, das participantes pioneiras nas implementações dos projetos pilotos do WRAP, que na época eram estudantes universitárias. O documento chamado de “*Projeto de implementação de curso de Extensão e campo de Estágio em Psicologia - WRAP no CESUSC*”, previa, também, um apoio financeiro para a concretização do WRAP 3 no primeiro semestre e WRAP 4 no segundo semestre de 2017. Neste projeto constava cronograma e orçamento e a parceria com o Instituto Arco-Íris de Florianópolis.

As práticas das intervenções em grupo do “WRAP Brasil 3” ocorreram semanalmente durante o período de abril a junho de 2017, em parceria com o Instituto Arco-Íris de Florianópolis. Foram oito encontros no total, que foram chamados de Oficinas, com carga horária de três horas semanais, com intervalo para lanche, no período da tarde. Contou com a participação de aproximadamente 15 (quinze) pessoas, entre usuários da RAPS e da Associação Alegrementemente e envolvidos nas atividades socioculturais do Instituto Arco-Íris. A implementação deste projeto piloto foi conduzida pelas participantes identificadas como P1, P2, P3, P5.

O WRAP 3 integrou como estágio em psicologia de parte das implementadoras, contando com relatório que apresentou os seguintes tópicos: 1) Identificação; 2) Introdução; 3) Marco teórico; 3.1) O movimento *Recovery*; 3.2) A ferramenta WRAP; 4) Caracterização do estágio; 4.1) Histórico da instituição e contexto do estágio; 4.2) Público-alvo; 4.3) Serviços

oferecidos; 4.4) Caracterização do espaço físico; 4.5) Caracterização da equipe e profissionais da instituição; 5) Atividades realizadas; 5.1) Justificativa e objetivos; 5.2) Métodos e procedimentos; 5.3) Cronograma e relato de atividades; 6) Localização e retificação da problemática; 6.1) Propostas interventivas; 6.2) Plano de ação; 7) Considerações finais; 8) Referências.

O projeto piloto WRAP 3 foi realizado em oito módulos, com o cronograma estabelecido no quadro a seguir.

Quadro 6. - Cronograma de atividades “WRAP Brasil 3”

| Data | Tema trabalhado |
|-------------|---|
| 20/04/2017 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Encontro de apresentação da proposta de WRAP com participação de Tjade (<i>Pameijer</i>- Holanda) |
| 27/04/2017 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentações e expectativas ▪ O que é e para que serve o WRAP ▪ Os 5 princípios de (<i>Recovery</i>) |
| 04/05/2017 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acordos de suporte de grupo ▪ Caixa de Ferramentas |
| 11/05/2017 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Caixa de Ferramentas |
| 18/05/2017 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lista de Manutenção Diária |
| 25/05/2017 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gatilhos |
| 01/06/2017 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sinais de alerta ▪ Discussão sobre grupo de <i>WhatsApp</i> |
| 08/06/2017 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisão ▪ “Coisas positivas sobre mim” |
| 22/06/2017 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colapso ▪ Plano de Crise e Pós-crise ▪ Encerramento |

Fonte: Relatório das participantes - adaptado pelo autor.

Nessa versão piloto, WRAP 3, ocorreu a inserção módulo “Plano de pós-crise”, seguindo orientações do material fornecido pela *Pameijer* (Holanda), que contou com a co-supervisão da Clarissa Silva, usuária e facilitadora do WRAP na Instituição *Pameijer*, na Holanda.

Pameijer é uma instituição localizada em *Rotterdam*, na Holanda, que tem por objetivo dar suporte para pessoas com vulnerabilidades psicossociais e psiquiátricas de todas as idades. Na sua metodologia de trabalho ensina as pessoas sobre autoconfiança e autonomia, lidando com obstáculos, fortalecendo suas próprias forças e talentos de forma inventiva. Acredita que envolvendo outras pessoas de forma criativa e em rede, como amigos, familiares, vizinhos e os voluntários na instituição, as pessoas chegam em seus objetivos de vida. (<https://zakelijk.pameijer.nl/>).

Destaca-se que um dos diferenciais da versão 3 do WRAP, foi uma saída do espaço de atividades do Instituto Arco-Íris, no módulo quatro (Manutenção Diária), que ocorreu no parque Horto-Florestal de Florianópolis. Esse encontro foi em conjunto com a comissão organizadora da Semana de Luta Antimanicomial, que reuniu profissionais, estudantes e usuários dos serviços da rede de assistência psicossocial para confraternizar e compartilhar experiências. Entre as temáticas do encontro planejado do WRAP ficou marcado por evidenciar a Reforma Psiquiátrica no Brasil e em Santa Catarina, por profissionais e pessoas que protagonizaram, de forma direta e indireta, as histórias e avanços com a luta antimanicomial.

Outro ponto de análise do WRAP 3 ocorreu no módulo seis, que se tratou da necessidade de contato fora do estabelecido como encontros presenciais, vindo por uma demanda dos usuários do CAPS que lançaram a ideia de um grupo de *WhatsApp*. A partir deste combinado ocorreu um avanço tanto nesta versão, quanto para os demais projetos posteriores que ocorreram. Com o aplicativo de mensagens, tornou-se mais eficiente a comunicação entre implementadoras e participantes, visto que sua importância tinha algumas finalidades, entre elas: momento de extensão pós-encontros que reforçava combinados, avisos pontuais e sobretudo, entre os participantes era uma ferramenta de apoio mútuo, de suporte grupal, de melhorar vínculos. Também, foi importante estabelecer limites participando com todos os envolvidos, diante do quanto a tecnologia da rede social também afetava sobre expectativas, linguagens, informações diversas, privacidades, disponibilidades, etc.

6.1.5 Projeto “WRAP Brasil 4” – Ano 2017

O quarto projeto piloto do WRAP Brasil ocorreu nas dependências da Faculdade Cesusc, no período de agosto a novembro de 2017. Com carga horária de quatro horas semanais, aos sábados, no período matutino.

Para esse estudo piloto contou-se com o apoio da coordenação de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, com participação da Associação Alegrementemente e dos CAPS Ad e CAPS II. O público do projeto piloto “WRAP Brasil 4” manteve-se heterogêneo, agregando usuários da RAPS, familiares de usuários, técnicos da assistência psicossocial e saúde e alunos do curso de psicologia. Assim como na versão anterior, no WRAP 4 fortaleceu-se o vínculo com o apoio da instituição *Pameijer* da Holanda.

Destaque observado no WRAP 4 com a visita dos CAPS da região de abrangência, é que houve um aumento da receptividade e do interesse na proposta de convite de participação, um melhor entendimento sobre *Recovery* e do programa WRAP. O maior esclarecimento foi atribuído aos resultados apresentados pelos projetos pilotos anteriores. Assim, obteve-se um número de inscrições maior do que previsto, o que tornou esse grupo ainda mais heterogêneo que o anterior.

O WRAP 4 foi composto por 21 participantes: Quatro facilitadoras (implementadoras P1, P2, P3 e P5), duas psiquiatras, uma psicóloga, quatro alunos do curso de psicologia da Faculdade Cesusc e 10 pessoas usuárias dos CAPS Ad (Florianópolis e Continente) e CAPS II de Florianópolis.

Foi apresentado como relatório de estágio em psicologia o planejamento e descrição do WRAP 4, que no documento consta: 1) Identificação; 2) Introdução; 3) Marco teórico; 3.1) O movimento *Recovery*; 3.2) A ferramenta WRAP; 4) Caracterização do estágio; 4.1) Histórico da instituição e contexto do estágio; 4.2) Público-alvo; 4.3) Serviços oferecidos; 4.4) Caracterização do espaço físico; 4.5) Caracterização da equipe e profissionais da instituição; 5) Atividades realizadas; 5.1) Justificativa e objetivos; 5.2) Métodos e procedimentos; 5.3) Cronograma e relato de atividades; 6) Localização e retificação da problemática; 6.1) Propostas interventivas para 2018-1; 6.2) Plano de ação para 2018-1; 7) Considerações finais; 8) Referências.

Na condução do planejamento do WRAP 4 ocorrem seis módulos, conforme descrito no quadro a seguir:

Quadro 7. - Cronograma de atividades “WRAP Brasil 4”

| Data | Tema trabalhado |
|------------|--|
| 07/10/2017 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acolhimento/Apresentação/Organização do espaço ▪ Pré-teste ▪ Apresentação ▪ Dinâmica: Meu desenho coletivo ▪ Co-produção colaborativa do “Acordo de Suporte do Grupo” para manutenção do bem estar no grupo |
| 21/10/2017 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acolhimento/Novos participantes/Apresentação/Organização ▪ Retorno do acordo de suporte de grupo ▪ Dinâmica colagem: trabalhando os princípios do <i>Recovery</i> ▪ Partilha verbal da dinâmica em pequenos grupos |
| 28/10/2017 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Caixa de Ferramentas do Bem-estar ▪ Dinâmica com imagens/objetos (materiais no centro da roda) ▪ Roda de partilha verbal dos sentidos da escolha ▪ Explanação verbal da lista manutenção diária ▪ Partilha e criação da lista pessoal em duplas ▪ Roda de partilha verbal |
| 11/11/2017 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gatilhos e Sinais de Alerta <p data-bbox="518 1182 1410 1326"><i>Dinâmica com sons variados: escuta e percepções de sons que possam causar sensações desagradáveis e agradáveis. Diferenciação entre gatilhos (ou disparadores desagradáveis) e sinais de alerta.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Construção coletiva e Plano de ação individual ▪ Dinâmica de fechamento |
| 18/11/2017 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colapso e Plano de Crise <p data-bbox="518 1568 1410 1646"><i>Dinâmica: Conte Comigo. Trabalho de suporte de pares. Entrega do plano de crise de bolso. Início do preenchimento do plano de crise</i></p> |
| 25/11/2017 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plano Pós-crise ▪ Fechamento/Revisão/Avaliação <p data-bbox="518 1742 1410 1809">Crise - retornar ao manual de bolso. Pós-crise: construção coletiva sobre como ficar bem após um período de crise</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionário de Satisfação e Pós-teste ▪ Dinâmica do certificado afetivo - Roda de partilha |

Fonte: Relatório das participantes - adaptado pelo autor.

Na versão do WRAP 4, nas reuniões de planejamento considerou-se as avaliações das experiências anteriores pelas implementadoras, proporcionando uma adaptação da metodologia no processo de adaptação cultural. Desse modo, nesta versão, optou-se pelo “Acolhimento” estabelecendo para cada módulo/encontro um tempo para este momento. Também, de reformular na prática, o termo “Gatilhos” para “Sensações disparadoras desagradáveis”. Outra adaptação realizada foi quanto a “Lista de Coisas Positivas sobre Mim”, experimentada na versão piloto três, que neste módulo aconteceu durante uma sensibilização vivencial, que teve como função fortalecer, gerar reflexões quanto à autoestima e valorização pessoal e integração entre os participantes do grupo.

Em 2017, com a submissão de trabalho no “5º Congresso Brasileiro de Saúde Mental” que ocorreu em São Paulo, as participantes puderam apresentar o trabalho intitulado: *“Aproximações brasileiras com a proposta internacional de recovery em saúde mental: a experiência do CESUSC, Florianópolis”*.

Um dos resultados de maior importância do grupo de estudos em *Recovery* foi a publicação de artigo científico na revista *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. Com o título: “Plano Pessoal de Ação para Bem-Estar e *Recovery*: Experimentando o “WRAP” no Brasil” (Grigolo et al, 2017). Neste trabalho apresenta-se a contextualização do *Recovery* e do WRAP com os resultados preliminares do projeto piloto que buscou implementar a metodologia do WRAP no Brasil.

Em abril de 2017, foi organizado na Faculdade CESUSC a aula inaugural do curso de psicologia com o “Colóquio Internacional *Recovery* e Cidadania: Sofrimento Psíquico e Emancipação”. Foi realizado em um dia de atividades, com palestras, oficinas e mesas redondas. No projeto submetido à faculdade, constou como objetivos: a) Promover o avanço no conhecimento teórico e prático da abordagem *Recovery*; b) Fortalecer a participação, colaboração e diálogo com profissionais, usuários, familiares, serviços e acadêmicos que se dedicam à saúde mental e ao tema do *Recovery*; c) Incentivar a produção científica e disseminar as boas práticas de *Recovery* em desenvolvimento no mundo, no Brasil e, particularmente em Santa Catarina; d) Compartilhar estudos e práticas do Grupo de Estudos do CESUSC: Experiências com o Sofrimento Psíquico: o processo de restabelecimento (*Recovery*), emancipação e cidadania. Especificamente a mesa redonda foi apresentado o WRAP, com o título: *“Plano de Ação para o Bem-estar e Recovery: Experimentando o WRAP no Brasil”*.

Ao final do semestre de 2017 foi submetido, como finalização do semestre acadêmico de estágio obrigatório, o Relatório de Estágio em Psicologia – WRAP 3. O projeto piloto em formato de estágio acadêmico foi realizado no Instituto Arco-Íris. Ainda no

fechamento deste semestre ocorreu a submissão de trabalho e apresentação oral na “2ª Jornada de Iniciação e Integração Científica da Faculdade Cesusc”. Resultado deste encontro foi a publicação de um resumo na revista “Cadernos de Iniciação Científica” (ISSN 2526-0537), com o título: “*Plano Pessoal de Ação para Bem-Estar e Recovery: Experimentando o "WRAP" no Brasil*”. O trabalho apresentou os resultados preliminares do projeto piloto que buscou implementar e avaliar a metodologia do WRAP no Brasil.

Na conclusão dos dois semestres do ano de 2017 foram realizados dois grupos de implementação do WRAP, (WRAP 3 e WRAP 4), com a participação de aproximadamente 40 pessoas, entre os usuários da RAPS, em vínculo com à Associação Alegrementemente do CAPS de Florianópolis, estudantes de psicologia da Faculdade CESUSC, profissionais de saúde mental da RAPS e das próprias implementadoras, que ao se tornarem facilitadoras dos projetos também se apresentavam como participantes do processo de *Recovery* na produção do WRAP. Resgata-se que entre os materiais físicos disponibilizados estão as listas de presenças dos WRAP 2 e 3 que são produzidas nos anos de 2016-2 a 2017-1.

6.1.6 Projeto “WRAP Brasil 5” – Ano 2018

No segundo semestre de 2018, de outubro a dezembro, ocorreu o projeto piloto “WRAP Brasil 5”, na Associação Comunitária do Morro das Pedras (ACMP). Esse estudo piloto, de forma inovadora, contou especificamente com a participação das(os) Agentes de Saúde do território que abrange a área de acolhimento do NASF do Distrito Sanitário Sul de Florianópolis e as UBS a ele vinculadas. Foram oito encontros em módulos semanais, com duração de 2h 30 min. cada, com participação de 11 (onze) pessoas.

A ACMP é uma entidade sem fins lucrativos, atuando como um órgão representativo da comunidade, localizada no bairro Morro das Pedras e sua área de abrangência, no município de Florianópolis. Entre suas atividades desenvolvidas está a concessão do espaço físico, interno e externo por meio de atividades voluntárias de educação, esporte, cultura, cidadania, assistência social, saúde, entre outras atividades. (<http://acmpblog.blogspot.com/>).

Nesta quinta versão do WRAP, optou-se em tornar sua abordagem específica, após a identificação de carência de suporte em saúde mental, na capacitação e fortalecimento dos profissionais das UBS que atuam como agentes de saúde no território, frente às demandas de suas atuações profissionais com a diversidade de usuários que são atendidos pelos centros de saúdes do SUS naquela região.

Foi produzido um projeto para aprovação da área de extensão da Faculdade Cesusc sobre o estudo piloto “WRAP Brasil 5”. O estudo contém: 1) Apresentação; 2) Definição de território; 3) Tema; 4) Problema; 5) Público-alvo; 6) Objetivo geral; 7) Objetivos específicos; 8) Metodologia; 9) Planejamento/Cronograma; 10) Referências.

O WRAP 5 foi desenvolvido conforme descrito no quadro a seguir:

Quadro 8. - Cronograma de atividades “WRAP Brasil 5”

| Data | Tema trabalhado |
|-------------|--|
| 31/10/2018 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acolhimento/Apresentação/Expectativas ▪ Pré-teste ▪ O que é e para que serve o WRAP? |
| 07/11/2018 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contrato de convivência grupal ▪ Os princípios do <i>Recovery</i> |
| 14/11/2018 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Caixa de Ferramentas do Bem-estar |
| 21/11/2018 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lista de Manutenção Diária |
| 28/11/2018 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gatilhos/Disparadores |
| 05/12/2018 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sinais de Alerta |
| 12/12/2018 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisão ▪ Lista de Qualidades Pessoais |
| 19/12/2018 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colapso ▪ Plano de crise ▪ Plano de Pós-crise ▪ Cerimônia de Encerramento |

Fonte: Relatório das participantes - adaptado pelo autor.

Em 2018, no segundo semestre, em continuidade com as ações de divulgação científica do grupo de estudos em *Recovery* e do WRAP, ocorreu a submissão de trabalho e apresentação oral na “4ª Jornada de Iniciação e Integração Científica da Faculdade Cesusc”. Resultado deste encontro foi a publicação de um resumo na revista “Cadernos de Iniciação

Científica” (ISSN 2526-0537), com o título: “*WRAP – Plano de Ação para o Bem-Estar e Recovery em Saúde Mental - Avaliação da aplicação de uma ferramenta*”.

O estudo se referiu a realização da adaptação cultural que previu a aplicação, a avaliação e a discussão de resultados, em seguida comparando com as experiências internacionais e a reorientação e ajustes da ferramenta para o contexto brasileiro. É exposto que a partir dos resultados da primeira oficina-piloto foram realizadas retrotradução e redução dos textos, além da primeira mudança na estrutura da oficina para o segundo grupo, que foram ajustados às características cognitivas e estilo de aprendizagem dos participantes. Também, a permanente revisão nos textos e didática das oficinas, valorização da contribuição dos usuários do sistema de saúde mental de Florianópolis e a experimentação cuidadosa de novas técnicas lúdicas que foram sendo implantadas na terceira e na quarta oficinas, sendo também devidamente examinadas e avaliadas. É expresso no trabalho que o processo se encontrava em fase de análise de dados quanti e qualitativos, para prosseguir com as conclusões sobre o processo de adaptação.

No ano de 2018 foi realizado um projeto piloto do WRAP (WRAP 5), com a participação de 13 pessoas, sendo conduzido pelas participantes P1 e P5, além dos integrantes que eram Agentes de Saúde.

6.1.7 Projeto “WRAP Brasil 6” – Ano 2019

No primeiro semestre de 2019, foi submetido à Faculdade CESUSC um projeto para o grupo de estudos em *Recovery* tornar-se um programa de extensão, que após aprovação ficou denominado “Programa de Extensão e Pesquisa em Sofrimento Psíquico, *Recovery* e Cidadania”. No projeto apresentado ao setor de extensão da faculdade continha: a) Apresentação; b) Definição de Território; c) Tema; d) Problema; e) Público-alvo; f) Objetivo Geral; g) Objetivos Específicos; h) Metodologia; i) Planejamento/Cronograma; j) Referências. No que se refere aos objetivos específicos apresentados no projeto de programa de extensão foram descritos:

1. Estudar as multidimensões da noção de *Recovery*, seus enlances, perspectivas e complexidades;
2. Promover a autonomia dos sujeitos envolvidos nas intervenções que compõe o projeto;

3. Finalizar a adaptação cultural do WRAP como ferramenta de autocuidado e autonomia;
4. Adquirir a autorização internacional com os desenvolvedores do WRAP para seu estudo e aplicação no Brasil;
5. Estudar e incentivar a aplicação das diversas ferramentas de cuidado e emancipação desenvolvidas internacionalmente sob a perspectiva *Recovery*.

Dentre as ações previstas para o programa de extensão, apresentou-se a proposta do projeto piloto WRAP 6, com o cronograma de ações. Com esta submissão à instituição, solicitou-se apoio financeiro para os materiais, café e lanche e emissão de certificados.

A execução do projeto piloto “WRAP Brasil 6” ocorreu no segundo semestre de 2019, nas dependências da Faculdade CESUSC, no período de setembro a novembro, com sete encontros/módulos, semanalmente. Finalizaram essa versão, oito participantes.

Uma característica desta versão foi que concomitantemente ocorriam os encontros do grupo de estudos em *Recovery*, sendo que alguns integrantes do WRAP eram os mesmos do grupo de estudos, que foi um projeto iniciado no primeiro semestre de 2019.

No estudo piloto “WRAP Brasil 6”, a condução dos encontros como facilitador foi do pesquisador deste estudo, juntamente com a integrante desta pesquisa, P1 e P5.

Ao final do semestre de 2019 é apresentado o relatório de estágio em psicologia, do projeto piloto WRAP 6. O estudo contém os itens: 1) Introdução; 2) Fundamentação teórica; 3) Atividades realizadas; 4) Justificativa; 5) Objetivos; 6) Métodos e Procedimentos; 7) Relato e discussão das atividades; 8) Cronograma; 9) Considerações finais; 10) Referências; 11) Anexos.

No quadro a seguir apresenta-se o cronograma de atividades realizadas na sexta versão do WRAP.

Quadro 9. - Cronograma de atividades “WRAP Brasil 6”

| Data | Tema trabalhado |
|------------|--|
| 12/09/2019 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acolhimento/Apresentação/Expectativas ▪ Pré-teste ▪ O que é e para que serve o WRAP? ▪ Lanche |

| | |
|------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dinâmica ▪ Contrato de convivência grupal |
| 26/09/2019 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acolhimento ▪ Contrato de convivência grupal ▪ Os princípios do <i>Recovery</i> ▪ Lanche ▪ Dinâmica |
| 03/10/2019 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acolhimento ▪ Caixa de Ferramentas do Bem-estar ▪ Lanche ▪ Entrega do WRAP de Bolso ▪ Dinâmica |
| 10/10/2019 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acolhimento ▪ Lista de Manutenção Diária ▪ Lanche ▪ Dinâmica |
| 24/10/2019 | <ul style="list-style-type: none"> ● Acolhimento ● Gatilhos/Disparadores ● Lanche ● Dinâmica |
| 31/10/2019 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acolhimento ▪ Sinais de Alerta ▪ Lanche ▪ Dinâmica |
| 07/11/2019 | <ul style="list-style-type: none"> ● Revisão ● Lista de Qualidades Pessoais ● Colapso ● Lanche ● Plano de crise e Pós-crise ● Pós-teste ● Cerimônia de Encerramento |

Fonte: Relatório do participante adaptado pelo autor.

Até este presente estudo, o projeto piloto “WRAP Brasil 6” foi a última versão implementada, no ano de 2019.

Verificou-se que há uma relação de documentos comuns a todos os projetos de estudos pilotos do WRAP Brasil (1 a 6), que são descritos como planejamento dos encontros

com cronograma de atividades. Para todas as versões dos projetos pilotos do WRAP estabeleceu-se materiais físicos e digitais contendo: a) Cronograma com datas dos encontros, horários, atividades a serem realizadas, recursos a serem utilizados e pessoas responsáveis; b) Ficha de inscrição (preenchida, assinada e retida); c) Autorização do uso de imagem (para fins de divulgação institucional, preenchida, assinada e retida); d) Lista de presença/frequência (a cada encontro preenchida, assinada e retida); e) Pré-teste, que era um questionário para análise posterior de aspectos de bem-estar em *Recovery* e saúde mental (preenchido no primeiro encontro, de forma anônima e retido); f) Pasta dos participantes, contendo: Cartas de Boas-vindas (entregue no primeiro dia), Apresentação (O que é WRAP?), os princípios fundamentais do *Recovery*, além de blocos, folhas, pastas e canetas para anotações; g) Pós-teste, mesmo modelo de questionário pré-teste, porém preenchido no último encontro, de forma anônima e retido; h) Questionário de satisfação em grupo focal; i) Certificado de participação, que era emitido com antecedência em parceria com a instituição, de acordo com a frequência (era entregue em encontro de fechamento com confraternização).

Apresenta-se em Anexo D o modelo do Questionário de Avaliação, Pré-teste e Pós-teste, da última versão adaptada ao WRAP Brasil 6.

Registra-se que nenhum dos instrumentos Pré-testes e Pós-testes ao longo do período dos projetos pilotos do WRAP Brasil sofreram apuração dos dados obtidos, ou análises preliminares de forma escrita e divulgada.

6.2. A percepção das implementadoras do projeto de adaptação cultural do WRAP

6.2.1 O *Recovery* e a chegada do WRAP no Brasil – Categoria 1

A chegada do WRAP no Brasil ocorreu especificamente em 2015, porém, sua preparação foi no ano anterior, a partir do convite do Conselho Federal de Psicologia (CFP) a uma das participantes desta pesquisa, que era professora do Curso de Psicologia da Faculdade CESUSC e psicóloga na rede de saúde de Florianópolis. O convite foi para participar do Evento: *The 2015 International Recovery and Citizenship Conference: Achieving Equity and Justice in Recovery* versidade de Yale, em Connecticut, cidade de New Haven (EUA), com o intuito de conhecer e dialogar com as iniciativas da abordagem *Recovery*, sendo que, este país é berço de desenvolvimento dessa lógica de cuidado em saúde mental.

Nessa época, a participante convidada, neste estudo denominada como P1, foi representando o CFP, pela sua experiência de atuar no campo da Reforma Psiquiátrica e da

política de saúde mental no SUS. Junto, foi convidada outra docente, da Universidade de Campinas (Unicamp), que já trabalhava com novas abordagens em saúde mental, sendo referência em grupos de *peer support*, na adaptação do Método GAM - Gestão Autônoma da Medicação para o Brasil e pesquisadora em saúde mental (Onocko-Campos et-al., 2013). Deste evento participaram dois profissionais brasileiros que moram nos Estados Unidos, atuantes em *Recovery*, a psicóloga Graziela Reis e o psiquiatra Mark Napoli, que fazem parte do IRCC (*International Recovery and Citizenship Council*). Entre os objetivos do CFP, nesta imersão internacional de aproximadamente uma semana, era de estreitar relações para o intercâmbio da perspectiva *Recovery* em diálogo com a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Nesse momento eles queriam estreitar os laços, o intercâmbio da perspectiva Recovery com a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Eles me convidaram para ir também por essas discussões que a gente fazia dentro do movimento, que a Reforma precisava avançar mais, principalmente na relação de poder entre usuários e profissionais, que a gente tinha que mexer nisso, a gente tinha mudado bastante o lugar de atenção, a rede, mas as relações clínicas e também técnicas elas eram ainda muito verticalizadas, em relação ao poder que os usuários tinham sobre o seu próprio tratamento, sobre si mesmos e o quanto eles precisavam de mais lugar social, valor social. (P1)

Baseado na experiência da viagem aos EUA observou-se na prática o que a metodologia *Recovery* representava sobre autonomia, emancipação, empoderamento e protagonismo dos sujeitos; logo, tratava-se de usuários participantes ativamente ao longo do evento, discutindo pesquisa, participando dos grupos, oficinas, debates, dentro da própria Universidade de Yale e em uma lógica de parceria com o hospital da cidade.

O evento na universidade estava acontecendo em parceria com o hospital local, com a saúde local e foi maravilhoso ver uma população norte-americana que também era vulnerável, mas muito empoderada da sua perspectiva, dos seus direitos, da participação deles. Eles estavam o tempo todo juntos. Então, era um evento com usuários o tempo todo, quem falava nas mesas muito eram os usuários. (P1)

Ao retornar para o Brasil, a participante estava convencida que precisava multiplicar este conhecimento e aplicar esta metodologia nos lugares de cuidado em que ela tinha como rede profissional. Havia o anseio de aprofundar os estudos para a realidade brasileira e apresentar aos alunos do curso de psicologia esta perspectiva, até então, inovadora, baseada em evidências científicas, com metodologia própria, instrumentos para prática em abordagem psicossocial e trazia inúmeros resultados pelo mundo.

Essa viagem foi realmente a minha entrada nessa abordagem, a experiência de conhecer lá diversas modalidades de grupos, de tecnologias de cuidado, de trabalho na perspectiva Recovery. (P1)

No retorno da viagem, em 2015, inicia-se uma aproximação com outra pioneira, participante do estudo, identificada nesta análise como P2. Na época, aluna, que tinha conhecimento em *Recovery* e a vivência sobre treinamentos, instituições voltadas a esta abordagem fora do Brasil. Por essa conexão inicial de trocas de experiências entre professora e aluna é que foi possível uma porta de entrada ao projeto WRAP no Brasil e o desenvolvimento dos seis estudos pilotos ao longo dos anos. Inicia-se propondo um projeto na Faculdade CESUSC para um grupo de estudos baseado em *Recovery*.

Ela sabia o que eu estava falando. Ninguém nunca sabia e ela sabia! Então estava se formando ali um grupo de pessoas que se atraíram por esse mesmo objetivo em comum. Ai ela falou: vamos então fazer o grupo de estudos e eu falei, pode deixar que eu escrevo! (P2)

Movidas por esta afinidade de experiências e encantamento das possibilidades com a perspectiva *Recovery*, de ampliar as abordagens da saúde mental brasileira é que se começa a introduzir a teoria e a prática nos espaços entre, alunos, usuários e familiares do sistema de saúde mental de Florianópolis e de alguns profissionais de áreas afins à psicologia.

Um dos maiores motivos que me fizeram querer estar no Recovery foi a prática com a questão: “Nada sobre mim, sem mim” que de fato pode proporcionar autonomia sobre a própria existência do sujeito, para mim isso ecoou no coração. (P5)

No segundo semestre de 2015 é lançado o grupo de estudos, inicia com o nome de “Grupo de Estudos em *Recovery*, Emancipação e Cidadania”, que objetivava estudos mais aprofundados da teoria, tradução de textos para o português para facilitar o acompanhamento dos integrantes e maior interação com a cultura brasileira. Destaca-se que desde o início buscou-se aplicar a metodologia *Recovery* convidando usuários e alunos a participarem das discussões em grupo, privilegiando suas experiências de vida.

Desde nosso início do Recovery aqui, era de que precisávamos construir junto e com os usuários. Eles precisam ter lugares também reconhecidos, de falar da sua experiência, do seu lugar. Aprender a perspectiva Recovery tinha que ter eles juntos, não fazia sentido estudar sobre Recovery sem eles. Então, já convidamos a Associação, desde o início, tivemos apoio e parceria com a participação dos conhecidos do movimento da luta antimanicomial daqui que a gente já tinha. (P1)

Um grupo como atividade de extensão para estudar e ampliar o conhecimento sobre o que era o *Recovery*, sua aplicabilidade e suas aproximações no Brasil, organizado como um grupo heterogêneo, em que haviam muitos alunos de psicologia interessados, a presença dos usuários de CAPS II e CAPS ad e a professora. Desde sua proposta inicial de grupo de estudos, era uma maneira da professora ampliar os estudos, de forma interdisciplinar de disciplinas do curso de psicologia, como por exemplo, em psicopatologia, rompendo a lógica apenas biologicista, com a vivência dos fenômenos, dado a fala de sofrimentos psíquicos, medicalização, superações, etc.

A participação de pessoas com experiência em sofrimento psíquico, usuários de CAPS junto aos estudantes de várias fases do curso de psicologia foi um marco importante, que ilustra bem o que se espera da metodologia do *Recovery*. Inicialmente, de todos os lados haviam inseguranças, paradigmas a serem quebrados e superados.

Então, eu achei que foi ótimo o primeiro grupo de estudos, foi um começo, uma semente plantada. Os participantes do primeiro WRAP foram as pessoas que já estavam no grupo de estudos, os usuários que vieram foram aderindo ao grupo. (P2)

A medida que o grupo foi tomando um formato maior e mais seguro aos seus participantes, foi ocupando os interesses em comum e afinidades. Notou-se o engajamento, o vínculo, a psicologia de grupos operando uma extensão da atenção psicossocial pelo meio acadêmico.

No início, as pessoas vieram muito receosas do que era e tal, uma atividade que era fora dos muros do CAPS, uma coisa diferente, em uma faculdade privada. Então, no primeiro grupo de estudos começaram a vir pessoas aos poucos, muito assim, um pouco desconfiadas, curiosas, inseguras com o que era a proposta. (P2)

A intenção, de início, não era ser grupo terapêutico, mas, ainda sim, amparados pela experiência da professora e capacidade das alunas e alunos, haviam situações em que o grupo precisava de acolhimento ao sofrimento, as emoções de choro, angústias, reivindicações, algumas vezes em tom de raiva, com lutos, ou seja, era permitido se expor e então perceber os significados das histórias, humanizando-as ao relacionar com as teorias e estudos em *Recovery*.

Nesta formação inicial do grupo de estudos, além das duas pioneiras, professora e aluna, houve a aproximação de outra aluna do curso de psicologia, que passou a ser integrante, já com experiência em grupos psicossociais de cuidados maternos, identificada no estudo como P3. Além disso, foi convidada uma profissional psicóloga que tinha aproximações teóricas do

Recovery, devido sua vivência em pesquisa de mestrado e doutorado fora do país, com *peer support* e grupos com oficinas de geração de renda, nomeada na pesquisa como P4.

Entre os objetivos deste grupo, ancorado nas experiências e dos contatos das alunas e professora, foi de planejar um projeto paralelo, iniciar o programa WRAP, ou seja, iniciava-se o planejamento do primeiro grupo piloto, que veio a se chamar WRAP 1, no ano de 2016, na Faculdade Cesusc de Florianópolis.

Tivemos contato com o WRAP e a gente ficou encantadas pela simplicidade da abordagem, por parecer algo que seria muito factível dentro do que a gente conhecia dentro do trabalho com usuários de saúde mental no Brasil. Um instrumento simples, útil, uma proposta nova e que nos parecia bem interessante de experimentar. (P4)

Após a realização do primeiro projeto piloto, o grupo crescia e ocupava frentes, tempo e responsabilidades, ao longo da formação em psicologia das alunas e do fazer docente da professora. Diante disso, havia um desejo de ser um formato de grupo de extensão da faculdade, que visava ampliar os estudos das disciplinas do curso já como uma forma de prática de intervenção em estágios.

Em 2016 ocorreu a aproximação de uma outra aluna de psicologia, com a experiência em grupos terapêuticos e dialogando diretamente com arte, corpo e biodança, que no estudo foi identificada como P5. Parte-se para novas mentalidades, com planos para os próximos projetos pilotos, agregando e permitindo mais avanços na metodologia de adaptação cultural brasileira.

6.2.2 Estudos de Implementação do WRAP no Brasil – Categoria 2

Após o início do grupo de estudos em *Recovery*, segundo semestre de 2015, em paralelo, como uma das atividades do grupo, acontecia o planejamento do primeiro estudo piloto do WRAP. Importante destaque, em tópicos, é o percurso até o início do primeiro estudo piloto do WRAP Brasil.

Até o primeiro semestre de 2016 ocorreram as seguintes etapas, que foram introdutórias e contribuem significativamente ao processo de adaptação cultural: a) Viagem da professora aos EUA para conhecer sobre a abordagem *Recovery*; b) Aproximação de professora e aluna com experiências trocadas sobre *Recovery* nos EUA e expectativas para o Brasil; c) Apoio institucional da faculdade, com a autorização via projeto de extensão e investimento de materiais de apoio para realização de grupo de estudos em *Recovery*; d) Aproximação de outras

alunas e profissionais, em tempos diferentes, que foram pioneiras no grupo de estudos e implementação do programa WRAP Brasil; e) Estudo aprofundado do *Recovery* no grupo de estudos, com a tradução de materiais para português sobre a fundamentação teórica, método, com estudos de casos, em que participaram alunos, professora e usuários da rede de saúde mental de Florianópolis; f) Atividade do grupo de estudos de proposta de projeto piloto do WRAP paralelo a tradução de materiais originais do programa (manual de aplicação e artigos); g) Captação de recursos para viabilizar o estudo piloto do WRAP, com apoio do multiplicador e supervisor norte-americano, autorizado pela *Copeland*; h) Articulação da professora e implementadoras com as rede de saúde mental de Florianópolis e com a Associação Alegrementemente de usuários do CAPS; i) Articulação com o curso de psicologia e demais cursos que tivessem interesse em conhecer o programa WRAP participando do primeiro estudo piloto.

A partir do primeiro projeto piloto do WRAP, passa-se a ter dois encontros semanais na faculdade. Um para o grupo de estudos, que também servia como supervisão do WRAP e outro, para os encontros do programa. Esta organização de encontros se estendeu entre os demais estudos pilotos, que foram seis em seu total.

Não ser um grupo só com usuários, foi bem importante para poder começar a realmente adaptar. A primeira vez fizemos muito mais fiel ao que era o original, mas fomos vendo que algumas coisas não davam certo aqui. (P1)

No ano de 2016 o CFP promoveu um encontro em São Paulo muito importante, que abordava o *Recovery*: O 1º Colóquio Internacional em “Recovery (Restabelecimento): Vivências e Práticas”, dentro das temáticas da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Foi um momento que serviu como estímulo para os projetos futuros com o WRAP, pois foi o primeiro encontro sobre *Recovery* no Brasil, que reunia pessoas de diversos locais e países. As implementadoras apresentaram resultados do que havia sido feito até aquele momento.

Fizemos esse primeiro trabalho, foi bem interessante, legal, mas identificamos algumas coisas aqui que precisariam talvez ser repensadas. Tivemos um encontro lá em São Paulo que também foi um marco. E aí esse encontro foi meio que o divisor de águas na minha visão. (P4)

Uma importante passagem que se ampliou com resultado do encontro de São Paulo, foi que não seria viável ao grupo, permanecer utilizando o WRAP apenas traduzido, em sua versão original norte-americana, afinal, vinha sendo pensado e aplicado em uma população distinta de valores, cultura, instrução sobre educação, renda e economia. A decisão de agregar outros elementos que incluíssem os usuários locais e pensando nas diversas populações

brasileiras, foi um importante passo para um avanço ainda maior na proposta de adaptação cultural do WRAP no Brasil. Consideração importante ao que é possível com o *Recovery* na atuação brasileira, principalmente quando se tratava da aproximação das características dos usuários do sistema de saúde mental do Brasil no SUS.

Na primeira versão do WRAP encontrou-se dificuldades locais com a forma de linguagem ser apenas escrita em sua produção. Foi uma época em que se contava com a supervisão do facilitador norte-americano, que além de ser um usuário da saúde mental dos Estados Unidos, dominava o instrumento original. Entretanto, nessa relação, supervisor e implementadoras, houveram objeções sobre a proposta de adaptar a forma de comunicação do programa com os usuários brasileiros. Enfatiza-se que o programa original estabelecia que os registros e produção do WRAP com os participantes/usuários fosse predominantemente através da escrita formal.

Teve um momento que a gente teve uma cisão dentro do grupo em relação ao trabalho norte-americano, devido a essas visões diferentes do que seria Recovery dentro do Brasil. Foi um enfrentamento, de uma certa discrepância cultural, em relação à cultura brasileira, a questão da afetividade, das trocas de saberes, de questões mais coletivas e menos verticalizadas. (P4)

Para resolver a problemática cultural para a seguir com os estudos do *Recovery* e do WRAP brasileiro foi necessário um afastamento do perfil norte-americano por um período, para novas opiniões e orientações sobre o WRAP no mundo, que pudessem dar condições de adaptação à realidade brasileira. Ainda que mantivesse a parceria com o usuário norte-americano, validando sua importância na implementação inicial, foi possível uma aproximação dos trabalhos da Holanda. Com essa nova abertura, holandesa, apresentada às necessidades e dificuldades do grupo de implementadoras sobre os aspectos culturais brasileiros, foi possível encontrar compreensão e proximidades para então, propor mudanças e avanços aos interesses da aplicabilidade à população brasileira.

Ficou evidente com o primeiro grupo, ao seguir exatamente o modelo americano, que a discussão do WRAP e da abordagem *Recovery* em outros países é substancialmente individualizada e, na realidade da aplicação dos estudos pilotos no Brasil percebia-se sentimentos coletivos, de comunidade, grupo como instituição, às vezes, comparados à famílias e com necessidade diversas de outras redes de apoio. Essas diferenças esbarraram no método de se aplicar o programa.

A escrita foi um dos problemas para nós no Brasil, é diferente dos Estados Unidos onde a facilidade de escrever, se expressar na linguagem é maior ou é mais comum e a gente tem uma tradição de muito mais se expressar verbalmente, falando, fazendo grupos, se expressando dessa forma. Mas a escrita é um problema. Então era um problema por causa do letramento mesmo, da capacidade dos usuários de escrever, da condição de estar medicado, de todos os efeitos da medicalização, do próprio sofrimento psíquico ou transtorno e do acesso aos recursos cognitivos muito diferentes. Então, a gente precisava e foi adaptando isso para outras linguagens também. (P1)

Entendeu-se pelas implementadoras do WRAP Brasil que se não houvesse uma adaptação no método original, das formas de registro, não seria possível continuar. Era necessário dialogar com o público local e considerar os estudos de perfil da população brasileira que é atendida nos equipamentos e dispositivos da RAPS e reforçar o que vinha sendo construído a partir da Reforma psiquiátrica e dentro da psicologia e da saúde mental de matrizes não deterministas.

A proposta de uma mudança no método tornando-o localizado nas necessidades da população seguiu do WRAP 2 até o WRAP 6.

A partir das experiências com os grupos pilotos, fala-se sobre afetividade, sentimentos diversos, já que era possível trabalhar as emoções nos encontros e as pessoas esperavam por acolhimento. O grupo além de sua função em cumprir as etapas do programa era movido por abraços, choros, risadas, o momento do café era de integração, descontração, confraternização, sendo assim, terapêutico. Chega-se nas reflexões das implementadoras de que não faria sentido apenas reproduzir uma técnica em seu pragmatismo sobre bem-estar, sem preocupar-se com o que se via no momento sobre o estado psicossocial dos participantes; precisava que fosse adaptada culturalmente na prática, e durante os estudos pilotos havia flexibilidade com organização.

O acolhimento que esse grupo fez também, não era só cumprir a metodologia, era o encontro das pessoas também. Tivemos que olhar para isso, de que, estar acolhendo, de ver as singularidades naquele momento. Às vezes o usuário não chegava bem e precisava falar disso, precisava ser acolhido e não simplesmente aplicar a técnica. (P1)

Houveram momentos das chegadas nos grupos pilotos em que era possível mediar pequenos conflitos entre os participantes, visto que eles já se relacionavam em outras atividades em grupo que o CAPS promovia.

Então eles já tinham às vezes umas picuinhas, umas questões atravessadas. Então chegava ali, a gente meio que abraçava esse lugar de assumir, esse lugar de dar um contorno para aquelas relações para melhorar o ambiente de trabalho para atividade que iria acontecer. (P3)

Inovar o acolhimento era uma das atividades constantes do grupo ao longo dos estudos pilotos. Iniciar as oficinas com música, permitia sentir como estava o clima de cada participante que chegava.

Sentar em roda, fazer apresentações pessoais dinâmicas, trocar abraços. Tínhamos uma compreensão de que a vinculação entre nós e o grupo era necessária para ter um espaço onde a confiança e a participação são pilares. (P5)

Uma das iniciativas que marcam este avanço do WRAP é a iniciativa do grupo de estudos em organizar um colóquio na Faculdade Cesusc, em 2017, sobre o *Recovery*. No evento, Colóquio Internacional *Recovery* e Cidadania, foi convidado um representante da instituição holandesa, usuário, que também tinha autorização de ser multiplicador do WRAP. Foi uma parceria entre o Conselho Regional de Psicologia de Santa Catarina (CRP-12), a Faculdade Cesusc e a Associação Alegremente de Usuários do CAPS de Florianópolis, sendo que foi organizado e conduzido pelas implementadoras do WRAP.

*Começamos a ter a nossa identidade, de criar a nossa forma de fazer o WRAP, de adaptá-lo, de outros interlocutores, de ver que a perspectiva *Recovery* é bastante ampla e cabe várias tecnologias com base nesses princípios. Foi um encontro muito bom, principalmente para os alunos também verem que os usuários podem falar de si, podem falar das suas experiências. (P1)*

A partir do terceiro estudo piloto, entendeu-se que era possível abrir mais as possibilidades de alcance do WRAP. Havia interesse no público do AD (álcool e outras drogas) e outros campos de saúde mental. As implementadoras fizeram visitas de campo em CAPS da região da grande Florianópolis, para conversar com os profissionais, a fim de sensibilizá-los para se aproximarem e fazerem um encaminhamento das pessoas possivelmente interessadas em participar do programa.

Um campo de atuação que o WRAP oportunizou foi através do Instituto Arco-Íris de Florianópolis, abrindo para as pessoas que já frequentavam o espaço, entre elas, algumas do movimento POP (população em situação de rua). Em 2017, os estudos pilotos ficaram marcados pela sua variedade de perfis.

Na quinta versão do estudo piloto do WRAP, foi aberto para agentes de saúde em Florianópolis, um grupo de profissionais, em que o cerne da questão não era suas condições de saúde mental, como diagnósticos, mas que se atravessavam suas experiências de sofrimento psíquico e bem-estar, afinal, em seus trabalhos lidavam com comunidades, em sua variedade de vulnerabilidades assistenciais e de saúde.

Tinha tantos perfis diferentes e não ser focal fazia com que a dinâmica fosse muito mais dialógica. Realmente rompemos com a questão do ser individualizante no processo dentro de um grupo heterogêneo. Foi um processo muito de grupo, muito, era muito grupal e considerando que o grupo não nega subjetividade individual. (P5)

6.2.3 Processo de adaptação cultural – Categoria 3

Dentro das expectativas com o projeto WRAP no Brasil, desde o seu início havia a proposta de ser ligado à área da pesquisa científica e ser considerado um processo de adaptação cultural, ainda que se tenha percebido a ausência do rigor metodológico da avaliação de processos junto aos grupos pilotos. De início a configuração do projeto WRAP junto à Faculdade Cesusc era de um grupo de estudos que, em 2019, passa a ser grupo de pesquisa e extensão.

Tínhamos uma perspectiva de pesquisa, estando na academia a gente sempre tem esse olhar pensando também no que isso está tendo de resultado. Tínhamos a ideia de adaptar para o Brasil e de avaliar esse instrumento. (P1)

Deu-se importância na seleção de materiais que continham o conceito da abordagem *Recovery* e sua aplicabilidade. Uma série de textos e artigos científicos que passaram por tradução, para que fossem utilizados no grupo de estudos em que participavam usuários do sistema de saúde mental, alunos e a professora.

Fomos fazer uma revisão bibliográfica, assim, muito junto com um grupo de estudos, a gente levantava esses textos sobre Recovery; fizemos um repositório, lemos, discutimos, trazíamos para contextualizar com as histórias de quem participava. (P4)

A intenção de seguir a sistematização para um projeto de pesquisa de adaptação cultural e avaliação do programa era previsto, porém, as condições reais de como foi seguindo as etapas de aplicação dos estudos pilotos foram tomando mais espaço entre o planejamento dos estudos pilotos e as práticas de intervenções.

Em relação a organização eu acho que não fomos tão precisas em estabelecer objetivos. Fomos fazendo e no fazer a gente foi adaptando (P5)

O início do grupo de estudos traz como primeira ação uma revisão de literatura sobre o conceito de *Recovery*, sua aplicabilidade, países, resultados, sendo um passo importante para seguir posteriormente para a aplicação do programa WRAP.

A tradução do manual de aplicação do WRAP, de inglês para português, feita em conjunto com as primeiras participantes do grupo de estudos e com o supervisor técnico norte-americano pode ser considerada uma das primeiras etapas da adaptação.

Após a tradução do manual de aplicação, criou-se um material específico, uma espécie de um guia resumido, que os participantes dos grupos usavam durante os encontros e iam de forma dinâmica preenchendo. Sua funcionalidade era de elencar tópicos com palavras ou frases curtas sobre a temática principal daquele encontro; marcava-se o que era importante se ter sobre o encontro do WRAP no dia a dia do participante do grupo.

Para todos os grupos pilotos utilizou-se esta ferramenta, fruto de uma adaptação, chamado de WRAP de Bolso, apresentado em Apêndice X. Considerando o material original, posteriormente, optou-se em separar um segundo material físico, chamado de “Plano de crises”, que também seguia o mesmo formato do WRAP de Bolso, porém com funcionalidade e em cores diferentes. Esta ferramenta adaptada encontra-se neste estudo em Apêndice X.

Como centralidade, nas ações do projeto WRAP, preservou-se os elementos centrais do instrumento original. Foram elencados como elementos centrais: os princípios do *Recovery* e as temáticas que orientavam os encontros, que são compreendidas nos itens: Caixa de ferramentas, manutenção diária, gatilhos disparadores, sinais de alerta e crises. Foi fundamental neste aspecto, manter sua versão original de aplicação com base nestes elementos centrais.

Tinha a parte da explanação teórica. A teoria não foi abortada, mas tinha uma outra parte muito importante, porque assim, quando você não tem a mesma habilidade, o que a gente sentiu em relação ao modelo anterior, era difícil de ter reflexão diante de algo tão seco. A imagem, a cor, o afeto, o movimento ajuda na reflexão, elaboração e compreensão do que queríamos passar. (P5)

O que ganhou flexibilidade na adaptação dos projetos pilotos do WRAP pode-se dizer que foi a produção de uma linguagem mais inclusiva, considerando que nas populações em que se aplicou haviam pessoas vulneráveis, não apenas em suas questões psicológicas, mas

também sociais, algumas sem instrução acadêmica e até mesmo casos de pessoas analfabetas funcionais.

A essência do WRAP eu acho que até o sexto grupo não mudou. Continuou sendo com foco em bem-estar, em Recovery. O que eu senti que a gente se desenvolveu, evoluiu dentro do processo foi no método, no como alcançar. Não foi o objetivo, esse não mudou, o desenho do programa não mudou. Então, os módulos, as divisões tudo do próprio caderno do WRAP a gente se manteve. As questões, as perguntas do WRAP também não mudaram, são as mesmas. É um esqueleto central que se manteve e que eu acho que ele se adapta a qualquer país, qualquer cultura. (P2)

O WRAP tinha em sua matriz original um modelo mais rígido e considerou-se importante ser seguido. Em nenhum momento questionou-se suas evidências já testadas mundo afora, de que fazia sentido ao bem-estar das pessoas que passavam pelo programa, mas, no Brasil, considerando as características socioculturais e observando os contextos psicossociais de aplicação, precisava ir adiante, tornando-o um programa mais acessível à realidade que se alcançava.

Na metodologia do WRAP Brasil, ainda que se mantivesse assegurado os elementos centrais, haviam outras variadas técnicas e procedimentos, entre estas, as manifestações de arte, a abertura para que os participantes protagonizassem suas manifestações, suas ideias, sentimentos e também suas contribuições. Reitera-se que o campo dos afetos nas relações em grupo dos estudos pilotos era permeado pelos vínculos com o grupo, considerando uma horizontalidade de método nas intervenções.

Não era só a questão da arte em si, mas a expressão gráfica da própria emoção. Quando se trabalha com colagens, cores, desenho, poesia, por exemplo, não é só criar, mas através destes recursos expressar algo da subjetividade. (P5).

Era sabido que nas oficinas norte-americanas e em demais culturas afora, como a holandesa, a postura dos facilitadores era mais formal. Os participantes chegavam em um ambiente, cada um com seu material de anotação, faziam seus relatos na roda de conversa, registravam e iam embora. Nas adaptações dos estudos pilotos do Brasil quebrou-se bastante dessa formalidade.

Às vezes, pegar a dinâmica de alguém, a fala de alguém pode trazer uma ideia nova para o processo. eu acho que essa é uma das defesas importantes, que às vezes o próprio usuário trazia informações importantes, que poderiam fazer a gente remodelar, adaptar ali no contexto que trazia. (P5)

A gente quebrou essa formalidade, a gente dançou junto, chorou junto, explorou outros materiais, sabendo que não fazia parte do universo de intervenções lá de fora. Então, a gente explorou desenho, a gente explorou recorte, figuras, sons, dança e outras ferramentas. Que ao meu ver é abraçar o WRAP. Em várias oficinas, algumas das participantes faziam questão de trazerem algum lanchinho feito por elas e falarem sobre suas receitas e com isso, fazíamos questão de potencializar a saúde mental envolvida naquela ação, não apenas elogiar, mas incentivar e trocar receitas no grupo. Outra ação foi na estrutura de comunicação dos grupos e dos encontros, com a criação do grupo de WhatsApp, um desafio para nós. (P3)

A partir do segundo estudo piloto até o sexto, as adaptações se davam na prática, as reuniões de planejamento vinham carregadas de ideias de inovação, diante das possibilidades que o WRAP possibilitava às pessoas envolvidas. Inclui-se dinâmicas que permitiram os participantes serem acessados de outras formas, como por exemplo, pelas suas qualidades, emoções positivas e talentos. Inseriu-se gravuras, figuras, desenhos, música, movimento para então, outras linguagens, não necessariamente apenas a escrita formal.

Um exemplo da adaptação na forma como expressava-se os elementos centrais, foi o de ter uma caixa de ferramentas, com objetos variados e cada participante poder manusear o que mais se identificava, considerando experiências sensoriais. Assim como elementos visuais e sonoros para identificar sinais de alerta, gatilhos. Também, de forma coletiva, levantar como estratégia de bem-estar recursos como montar listas de filmes, lugares, livros, receitas, etc. Considerava-se a flexibilidade de algumas técnicas e procedimentos à medida que os próprios participantes dos estudos pilotos, os usuários junto aos alunos, davam ideias, e desta forma privilegiava-se a autonomia destes sujeitos.

Falava-se a todo instante em desenvolvimento autonomia, da responsabilidade e a gente podia fazer a diferença sendo ser mais assertivo, ao ser mais sensorial, mais visual mais humano no processo e ao mesmo tempo eu acho que precisa de uma forma educativa, uma assertividade educativa lógica, pois seguimos um roteiro pronto do WRAP original. (P2).

Um dos aspectos adaptados foi de apresentar a introdução do *Recovery* com seus princípios, para além de conceitos teóricos. Eram organizados subgrupos por cada princípio e como atividade, a busca por imagens/gravuras ou desenhos, palavras sinônimas, que pudessem sintetizar o que havia sido compreendido, dar sentido, que durante todo o projeto piloto serviria de apoio.

Àquelas dinâmicas funcionaram muito bem e sempre tinha coisas diferentes, porque nunca era igual cada grupo que fez, fizeram de um jeito, trouxeram elementos diferentes, mas de alguma forma mantinham o espírito original de trabalhar teoricamente os conceitos do WRAP. (P5)

Um ponto a se considerar na divulgação científica do WRAP no Brasil, foi em 2017, a elaboração e publicação de um artigo, na revista, Caderno Brasileiro de Saúde Mental, que reuniu a experiência dos grupos em projetos pilotos no Brasil (Grigolo et-al, 2017).

É muito interessante isso da divulgação científica, porque, elas contam um pouco a história do investimento nesse grupo, nesse projeto (P1)

A preocupação em divulgar os resultados do WRAP e pela responsabilidade social com a instituição de ensino, a formação das estudantes e com a associação de usuários tornaram o grupo ativo na participação de eventos científicos e acadêmicos. Entre o período de estudos pilotos foram apresentados diversos trabalhos acadêmicos em jornadas de iniciação científica da Faculdade Cesusc, além de participação em eventos, como os organizados pela Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), entre eles o Congresso Brasileiro de Saúde Mental (CBSM) e o Encontro Catarinense de Saúde Mental (ECSM).

O encontro na Faculdade CESUSC com a participação da instituição holandesa, foi uma importante contribuição do Recovery e do WRAP. Também, no Encontro Catarinense de Saúde Mental da ABRASME em São Paulo e o do CFP, além da revista da UFSC e teve também um material na plataforma de formação do SUS, que era mais voltado para álcool e drogas, que citamos o Recovery como possibilidade. (P3)

6.2.4 Percepção dos resultados obtidos e de viabilidade do WRAP na realidade brasileira – Categoria 4

Do ponto de vista das implementadoras, uma das maiores relevâncias do processo dos estudos pilotos do WRAP foi o de “romper os muros” da faculdade para a entrada de pessoas que não estavam ali para um curso superior, mas sim, para atividades de extensão, como usuários de RAPS. Foi desafiador tanto para a faculdade, quanto para os usuários e os grupos aceitaram a proposta de aplicar o *Recovery* na prática.

Depois dessa experiência dos EUA, lá que eu vi os usuários dentro da Universidade de Yale, discutindo pesquisa e participando dos grupos, eu falei precisamos disso, vamos fazer! Então para mim isso foi uma coisa muito importante e inovadora, levar os usuários para dentro da faculdade. (P1)

Percebe-se ao longo do estudo o encantamento que o programa WRAP proporcionou neste período de projetos pilotos. É possível compreender devido o programa ter

se tornado acessível na perspectiva de uma saúde mental compreensiva. O WRAP era simples em sua abordagem e na sua aplicação rompia os determinismos quando comparado com outros programas e instrumentos na área de psicologia, da saúde mental, uma vez que, muitas destas pessoas eram veteranas de avaliações, consultas psiquiátricas, e até mesmo de intervenções em grupos focais pelos seus diagnósticos.

Recovery é amor! Poder ser reconhecido como se é, poder ter afeto, poder ter relações saudáveis. O usuário às vezes ficava muito isolado, em solidão, não era compreendido, isso era importante para as pessoas. Enfim, essa frase marcou porque eu acho que foi meio que um cerne da diferença do WRAP e Recovery nas vidas dessas pessoas. (P4)

Muitas conquistas! Acho que foi muito interessante, gratificante, poder pegar uma discussão que era muito nova aqui e trazer de fora pra cá e não só trazer e importar, mas estar sempre pensando e construindo juntos com os usuários, algo próprio. (P4)

Percebe-se a partir dos relatos que a aplicação dos projetos pilotos do WRAP foi significativa na vida das pessoas que por ele passaram. Para alguns o significado de ser uma “turma”, não era pelo simples motivo de ser um grupo de pessoas, mas, de estarem envolvidos com um processo de aprendizagem e construção de uma proposta de novas alternativas em saúde mental, de terem um projeto em comum e serem mediados pelo afeto. Isto fazia com que os participantes fossem assíduos, desejassem estar naquele processo.

É muito bom saber que até hoje os usuários e os profissionais, também os alunos, agora ex-alunos já formados, que participaram do WRAP falando bem, dos seus benefícios, se referindo a esse tempo, como um tempo tão rico de troca na faculdade. (P1)

Os participantes tinham que ter confiança e segurança em nós, sem receios, eles precisavam se sentir seguros. E quando você vincula afetivamente faz uma diferença enorme, sentimos reciprocidade. Não é só eles, era em relação a nós e nós em relação a eles também. (P5)

Um aspecto marcante da vivência dos usuários é que vários deles desenvolviam um sentimento de estudantes e relatavam nas rodas de conversa, ao final das avaliações, que gerava, de fato, esperança na vida ao ressignificarem sofrimentos psíquicos e compreenderem o seu bem-estar.

Estar no ambiente da universidade para eles era encantador, no final do grupo organizamos uma cerimônia de formatura onde entregamos diplomas e para eles foi uma realização, pois praticaram terapia fora do espaço do CAPS. (P4)

É sobre transpor aquilo que aparentemente é dito intransponível. Aquele primeiro grupo entrando, eu lembro, lembro dos olhares, entrando na faculdade, em uma sala de aula. A sensação de importância daquelas pessoas para mim ali já era tudo. (P3)

Observava-se a credibilidade e apego das pessoas que finalizavam os grupos pilotos, pelos relatos do dia a dia. Tanto que alguns usuários fizeram questão de repetir as oficinas, participaram de mais de um estudo piloto e reconheceram a importância do WRAP em suas vidas, falavam para os que não conheciam, eram grandes divulgadores do projeto.

O WRAP é uma ferramenta muito, muito potente! Ela tem um efeito prático que a gente sentia das pessoas trazendo, porque tiveram pessoas que fizeram mais de uma vez o mesmo processo e de perceber: Ah! Isso eu uso, isso eu estou fazendo, isso eu consegui estabelecer na minha rotina. (P5)

As versões do WRAP foram se tornando referência em abordagem de saúde mental tanto na faculdade, quanto para os usuários que participavam e levavam informações para a Associação de Usuários Alegremente e para os CAPS, trazendo um novo modo de produzir cuidado em saúde mental, baseada no protagonismo e autonomia do usuário, em uma rede ampliada.

Foi também útil ao cotidiano de bem-estar, também, pelo engajamento e habilidade que as organizadoras tiveram como facilitadoras do projeto, construindo vínculos na relação entre usuários, instituição de ensino, estudantes e rede de cuidado em saúde mental. (P4)

Havia usuárias que preparavam pastinha com os textos, colocava os textos do grupo de estudos dentro da pasta e tinham o sentimento de estudante dentro daquele campus. Com isso, a gente conseguiu que eles pudessem acessar a biblioteca, o refeitório, as cantinas, o acesso à estrutura de conviver junto com a vida acadêmica, sem que tivessem a preocupação de ter que se identificar que eram usuários da saúde mental do município. (P1)

O próprio fato deles pegarem ônibus e irem para um lugar desconhecido, eles conquistarem isso que poderia parecer banal, mas não foi. Então eu acho que isso foi uma grande conquista é efeito do Recovery, de emancipação, de valorização do seu lugar de sujeito, de você poder se apropriar de novos territórios. (P5)

Passa-se a uma rotina semanal os usuários de saúde mental estarem nas dependências de uma instituição de ensino, junto a alunos, sem relação de poder estabelecida como regra. Por isso, demonstraram de modo geral estarem motivados a “aprender” a compartilhar aprendizados, pois havia respeito mútuo.

Com isso, a proposta era de ser um dos dispositivos possíveis, participar da rede, não deixar de realizar mais os grupos de *Recovery*, para que as pessoas pudessem ocupar seus

espaços, aprendessem e ensinassem se expondo, com experiências do sofrimento psíquico e de bem-estar.

Com as tentativas de adaptação do WRAP, foi-se criando dinâmicas que envolviam também a necessidade de vínculo. Melhorou muito a forma como eles participavam, de escutarem, de absorverem a fala que um colega trazia e processarem, contextualizando para si, utilizando. Isso é o que pode proporcionar, a potência do trabalho de grupo no geral. (P5)

Em alguns aspectos, pelo convívio entre alunos, gerava-se uma relação de confiança, quebravam-se relações de poder do saber profissional que alguns estavam ajustados há anos, com importantes adaptações para os valores culturais e o modo de viver relações interpessoais no Brasil.

Porque era muito bom estar lá, era muito bom estar naquele espaço, era muito bom trabalhar com o WRAP, era muito ver os efeitos e de perceber que tinha algo vivo ali, que não era tão enrijecido como era o projeto original, modelo americano, e de perceber que a gente poderia ir otimizando, porque algumas coisas poderiam funcionar e outras não. (P5)

Em contrapartida, os participantes foram se permitindo expor suas questões de sofrimento psíquico, ou seja, foi na horizontalidade que se percebia o grupo WRAP crescendo, enquanto grupo de *Recovery*.

Eles davam um retorno muito positivo sobre como tinha sido o processo para eles, eles falavam de WRAP tempo inteiro, então eu acho que eles incorporaram muito essa ideia de um planejamento mínimo em relação ao bem estar, de ter que pensar sobre isso, de ter que incluir algumas coisas no seu dia a dia, de pensar um pouco na crise, em como perceber esses sinais e evitar o agravamento. (P4)

Com os estudos pilotos do WRAP foi possível seguir os passos da metodologia da abordagem *Recovery* e com os eixos da Reforma Psiquiátrica, em uma construção conjunta com os usuários da saúde mental do SUS.

Algumas pessoas aproveitaram muito o processo coletivo dos encontros, por exemplo, no início estavam indo muito fechados, de não conseguirem falar, não conseguirem estar ali no momento mais depressivo dos seus casos e depois, ao longo daquele período conseguiram falar de si, conseguiram trazer suas questões, mesmo com sofrimento e isso ter sido terapêutico na vida deles. (P4)

Eu acho que o WRAP é uma ferramenta humanizante. Coloca você num lugar possível e positivado, não nega sua subjetividade, mas coloca você num espaço de humanidade. Não importa a categorização que você recebe, aluno, usuário. Isso é só uma faceta do que você é. E aí para essa compreensão o WRAP é legal, pois você consegue olhar o outro desse lugar, que é um lugar de horizontalidade. (P5)

A abordagem *Recovery* desde o grupo de estudos e com as aplicações dos projetos pilotos do WRAP tiveram papel importante nesta jornada, porque proporcionaram outros olhares em saúde e saúde mental. Visto que alguns que se aproximavam precisavam desconstruir saberes prontos, para então, construir a sensibilidade com a voz da experiência de quem comunica, a ponto de construir novos saberes.

Foi muito trabalho de amor, de paixão, de gostar da proposta, de se interessar e ter curiosidade por esse encontro e ver o que poderia sair dali. Porque ficava muito claro para gente que era algo novo estava surgindo, não era uma importação, mas de realmente esse encontro de perceber que poderia ser muito potente da ideia da Recovery com Reforma Psiquiátrica e o que poderia surgir dali. (P4)

A instituição que era uma faculdade apoiou dentro de algumas condições, era ligado ao curso de psicologia, entre vários interesses era um intuito de ser um projeto de extensão. Havia reuniões para apresentar os projetos, se falava dos resultados, tinha-se a ideia de convencer para ampliar o projeto, os investimentos, etc.

Queríamos fazer na faculdade realmente uma escola de Recovery. A gente queria fazer formação de peer support, (o suporte de pares), que é a segunda parte depois do WRAP. Esses usuários, essas pessoas que participaram do WRAP poderiam fazer daí o curso, a formação de peer support, se tornarem capacitados nessa metodologia. Só que daí, realmente, não foi possível. Chegamos a fazer o WRAP, mas depois não foi possível ir adiante, devido a mudança de gestão e questões econômicas. (P1)

A importância de um grupo forte e que visava resultados pessoais e coletivos com a psicologia, com suas formações e com a saúde mental pelo bem-estar das pessoas, refletia em dialética, por alguns momentos de angústias, tanto dos participantes, quanto das implementadoras. Ocorre que durante o processo de aplicação das oficinas também se encontrou dificuldades, de tempo, logística, de relações institucionais e os desgastes emocionais, que proporcionaram em algumas medidas. Houveram dias em que os desgastes criavam questionamentos sobre a dificuldade de seguir em frente no projeto. Era um sentimento comum entre os participantes e os facilitadores.

Perguntar como você está? “Ah! Hoje eu não estou bem, eu não queria ter vindo, quase desisti, eu só vim porque a minha colega de CAPS me puxou”. E com isso, colocamo-nos muito nesse lugar também, de vários momentos repensar, mas estávamos ali um pelos outros, pois era um desafio ser estudantes com tantas responsabilidades. (P3)

A partir de alguns relatos, notam-se as barreiras com o fato do WRAP ser um programa novo, desconhecido no Brasil e, em alguns casos, esbarrar com a quebra de paradigmas na saúde mental, contrapondo-se com o modo tradicional de fazer saúde, mesmo dentro de algumas intervenções vistas na RAPS, dentro de equipamentos como CAPS. Dificuldades com o acesso às políticas públicas, de acessar profissionais como psiquiatras da rede de saúde de Florianópolis, de acesso às equipes, de resistências em apoiar o projeto e se dispor a participar.

Esbarramos muito com falas do tipo: “Não, mas aqui a gente já tem os nossos grupos, já é difícil vir nos nossos grupos, imagina se a gente vai convidar para outro grupo. (P3)

O grupo tomou proporções à medida que os estudos pilotos ocorriam, que levam a compreensão que não convergiam com o tamanho apropriado que era ofertado pela instituição de ensino. Era um grupo para além de uma atividade extracurricular da faculdade, em que os alunos poderiam optar em complementar horas de estudo. Em uma análise destes resultados de vivência e pesquisa havia uma responsabilidade ética, política, social e terapêutica com a psicologia e com a saúde mental dos envolvidos, que demandava um apoio e organização institucional maior.

Era uma vontade nossa de nos desafiar em sistematizar mais e melhor, de ter as histórias narradas, avaliar as práticas que desenvolvemos e fazemos ao longo do período, mas não tínhamos tempo, fôlego, ou até mesmo um incentivo maior como é o caso de uma pesquisa acadêmica. (P1)

Durante o percurso de implementações do WRAP houve mudanças administrativas na faculdade, que era sede do projeto de grupo de estudos em *Recovery* e dos pilotos do WRAP. Entre as mudanças organizacionais, estavam os objetivos de fomentar dentro da instituição os campos de extensão e pesquisa, que até então, eram mais almejados. A partir destas mudanças percebeu-se um enfraquecimento das ações, visto que, as alunas implementadoras se formaram ao longo deste período, seria interessante que elas pudessem manter vínculo com o projeto e que se aproximassem outros acadêmicos para assumir funções e levar adiante o projeto.

Com as mudanças na gestão da faculdade parceira, pouco a pouco a manutenção do projeto foi finalizando. Na sexta versão do WRAP foi a etapa mais difícil em termos de estrutura, ainda que tenha obtido resultados importantes. Não havia mais como continuar, pois não havia mais previsto dentro da instituição, um grupo de estudos e de extensão e pesquisa, não havia carga horária prevista, pagamento de horas docente, apoio logístico, de infraestrutura

como alimentação, café, etc. Os impasses contribuíram para inviabilizar parte do trabalho, caso não fosse uma atividade voluntária e em alguns aspectos com investimentos próprios dos participantes.

Éramos poucas pessoas para fazer e sem grandes apoios, sem grandes suportes institucionais, um suporte institucional muito frágil, mas construindo uma rede forte, conseguimos conversando boca a boca com as pessoas e teve muitas conquistas. (P4)

Mas de maneira geral, em termos do processo de adaptação cultural de uma nova metodologia de saúde mental para o Brasil, destaca-se que as implementações piloto do WRAP abriram outras perspectivas de projetos de cuidado, de profissionalização, de tornar-se um programa consolidado para a RAPS, com etapas da avaliação de validação no Brasil.

Chegou-se a estreitar vínculos importantes com a Holanda, a fim de ter um intercâmbio sobre o *Recovery*, o WRAP e demais intervenções nesta área. Também com outras instituições brasileiras, que manifestaram interesse de implementar a metodologia, como foi o caso na cidade de Juiz de Fora, MG, que chegou a solicitar apoio para implementação e aplicação do WRAP.

Sinto tanto orgulho de perceber que deu certo! No início era pra ser um projeto despretenso, ficar ali, eu ter sido apenas uma facilitadora como parte do meu período de graduanda e sentir a honra em ver esse trabalho como projeto de um mestrado, que pode fazer com que o WRAP cresça mais ainda, que seja aplicado em diversas outras áreas, que mais profissionais possam facilitar a ferramenta, que crianças, adolescentes, idosos possam ter acesso para além de psicólogos, através de professores em escolas, terapeutas ocupacionais. (P3)

Uma análise de proporções interessantes é o fato desse estudo acadêmico ser uma percepção positiva sobre a aposta também dos resultados alcançados, diante do que se foi feito em *Recovery* e WRAP nesse período no Brasil, abrindo-se futuramente para outro campo de possibilidades.

6.3 *Checklist* da Adaptação Cultural das implementações piloto do WRAP para o Brasil

Para que haja a análise seguida da discussão desta etapa, que é uma avaliação de processos, é importante resgatar as concepções do instrumento denominado de *Checklist* sobre adaptação cultural, que foi escolhido como um guia para a produção do roteiro de entrevistas e foi um instrumento de avaliação das ações deste estudo, aplicado de forma integral nas participantes. A apresentação na íntegra do instrumento, encontra-se na seção Anexo E.

Conforme explica D'Tôlis (2018, p. 80), “o *Checklist* pode ser utilizado para duas funções: a primeira é servir como um guia para quem quiser realizar um processo de adaptação cultural de algum programa de saúde baseado em evidência (...) A segunda função é disponibilizar critérios objetivos para a avaliação de adaptações culturais de programas de saúde baseados em evidência já realizadas”. Para este estudo, o *Checklist* serve como um instrumento que possibilita classificar a qualidade da adaptação realizada, através de uma tabela de pontuação. A partir da contribuição deste autor e, considerando que o programa WRAP foi realizado no Brasil, como um projeto de adaptação cultural, por implementação de estudos pilotos, estabelece-se como critério de utilização deste instrumento, a sua segunda função, a partir da sua aplicação com as implementadoras, que possibilitou analisar e verificar o nível que se encontra o processo de adaptação, durante o período de estudos pilotos, do WRAP 1 ao 6 (2015-2019).

Reitera-se que a operacionalização deste instrumento foi conduzida, também, na análise das duas etapas anteriores deste estudo, considerando, portanto, as entrevistas semidirigidas e a análise documental.

O instrumento foi aplicado nas participantes em momentos distintos e, por isso, devido ao contexto de ano de aplicação, que foi no percurso de 2022, demandou graus diferentes de dificuldades às integrantes. Compreende-se também, que a temporalidade vivida por cada participante na relação com o projeto WRAP Brasil foi diferente.

Para uma melhor compreensão dos objetivos do instrumento, na avaliação das respostas do *Checklist*, foi proposto que sua leitura avaliativa ocorresse por etapas, fragmentando, assim, o instrumento em sua discussão por: a) Categorias; b) Subcategorias; c) Indicadores operacionais. Ao final, sua avaliação geral é o compilado destas etapas que constituem o instrumento. Considerar as particularidades na discussão sobre as subcategorias com seus indicadores operacionais, trarão um aprofundamento do projeto que se deu na prática do processo de adaptação cultural do WRAP.

Destaca-se as quatro Categorias do *Checklist* no quadro a seguir.

Quadro 10. – Categorias do instrumento *Checklist*

| CATEGORIAS DO CHECKLIST |
|--|
| 1. Planejamento de Implementação |
| 2. Sensibilidade Cultural |
| 3. Fidelidade à versão original do Programa |
| 4. Processos de Refinamento da versão adaptada do Programa |

Fonte: Desenvolvido pelo autor

Para atribuir os resultados da avaliação, no quadro a seguir, D'Tôlis (2018) apresenta a orientação da classificação avaliativa, pelos indicadores, nomeando a qualificação que será atribuída a cada subcategoria em análise, que permitirá condições de, posteriormente, fazer a avaliação por categoria e, por fim, a avaliação geral em que se encontra a adaptação cultural do programa WRAP.

Quadro 11. - Classificação avaliativa do *Checklist* sobre adaptação cultural, conforme quantidade de indicadores cumpridos

| PERCENTUAL DE CUMPRIMENTO DOS INDICADORES | QUALIDADE DA SUBCATEGORIA | PONTUAÇÃO |
|--|----------------------------------|------------------|
| 00 ou 01 indicador cumprido | Insatisfatório | 1 |
| 02 indicadores cumpridos | Pouco Satisfatório | 2 |
| 03 indicadores cumpridos | Satisfatório | 3 |
| 04 indicadores cumpridos | Muito Satisfatório | 4 |

| | | |
|--------------------------|-----------|---|
| 05 indicadores cumpridos | Excelente | 5 |
|--------------------------|-----------|---|

Fonte: (D'Tôlis, 2018, p. 6)

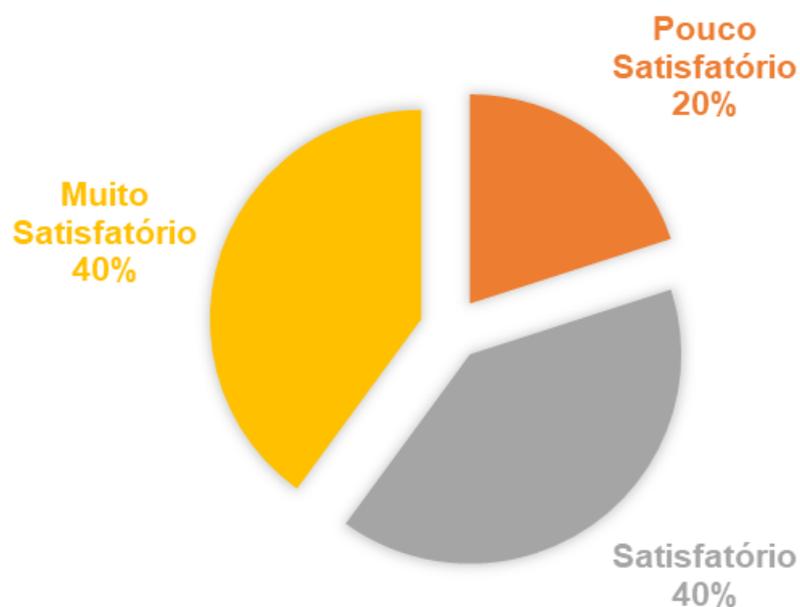
Considerando que as etapas da adaptação cultural do WRAP para o Brasil foram feitas, de forma geral, através das ações do grupo de estudos e das implementações dos estudos pilotos, já descritos nas etapas anteriores, o *Checklist* serviu como um complemento à compreensão da análise documental e das entrevistas realizadas por esta pesquisa.

6.3.1 Categoria 1 - Planejamento de Implementação

Os índices gerais da “Categoria 1 - Planejamento de Implementação”, estão dispostos conforme ilustra o gráfico 1, no qual percebe-se que 20% da amostra geral pontuou como “Pouco Satisfatório”, 40% considerou-se como “Satisfatório” e os demais 40% consideraram “Muito Satisfatório”. Na média geral das pontuações, estabelece-se o entendimento de que nesta categoria atribuiu-se a qualificação como “Satisfatória”, que ao final desta sessão será ampliado no seu resultado parcial e final.

Gráfico 1 – Percentual de qualificação entre as subcategorias da “Categoria 1 - Planejamento de Implementação”

PLANEJAMENTO DE IMPLEMENTAÇÃO



Fonte: Desenvolvido pelo autor

Conforme anunciado anteriormente, como forma de melhor compreensão, pretende-se dar ênfase às subcategorias de análise, que se desdobram em indicadores operacionais específicos à cada subcategoria. A partir de uma análise de alguns indicadores em específico, é possível fazer considerações nesta etapa da pesquisa.

Quadro 12 – Subcategorias da “Categoria 1 - Planejamento de Implementação”

| | |
|------------------|---|
| Subcategoria 1 - | Levantamento de Informações Preliminares |
| Subcategoria 2 - | Tradução dos Materiais |
| Subcategoria 3 - | Sistematização do Processo de Implementação |
| Subcategoria 4 - | Desenho da Avaliação da Implementação |
| Subcategoria 5 - | Recrutamento e Treinamento da Equipe de Implementação |

Fonte: Desenvolvido pelo próprio autor

Na avaliação da subcategoria “Levantamento de Informações Preliminares”, expressaram-se consensos entre as participantes que corroboram a análise documental e entrevistas, sobre os indicadores que questionam sobre revisão bibliográfica, dos aspectos teóricos e metodológicos do programa e no que se refere à caracterização da infraestrutura do local de implementação do programa.

Outro ponto, no cerne da discussão entre a interface de entrevistas e instrumento *Checklist* por indicador específico, chega-se ao entendimento da ausência de caracterização sociodemográfica da comunidade local que tem por função verificar quais adaptações poderiam vir a ocorrer, devido uma pontuação zero dos participantes nestes critérios. No entanto, as implementadoras concebem em suas análises que, após a primeira versão de aplicação do WRAP (WRAP 1), que foi na íntegra o original, na época com supervisão norte-americana, já no ano de 2016 em planejamento da segunda versão, realizou-se em reuniões no grupo de estudos, para uma análise mais aprofundada das demandas da população do CAPS Ponta Coral, que visavam atender com o projeto. Baseado nesta vivência, incluía as perspectivas sociodemográficas daquela população, identificando inclusive as inconsistências existentes entre os elementos técnicos do programa a serem adaptados e a identidade sociodemográfica da comunidade, porém não se formalizou em estudo específico.

Na subcategoria “Tradução dos Materiais”, destaca-se que, além da primeira tradução ter ocorrido como introdução aos estudos pilotos, nesse critério, reformulou-se termos para utilizar uma linguagem adequada tanto aos profissionais que conduziam os processos, quanto aos participantes dos projetos pilotos. Além disso, a importância da pré-testagem dessas traduções que ocorreu entre a equipe de implementadoras. No entanto, as diferentes constatações sobre a revisão por juízes da tradução, bem como o *backtranslation* da revisão dos materiais, foram indicadores que conflitaram na visão das participantes.

Nos critérios de subcategoria “Sistematização do Processo de Implementação” compreendeu-se que, de forma geral, houve o entendimento sobre esta tarefa do processo de implementação do WRAP Brasil, porém, existe a necessidade de seguir um modelo específico.

Ainda, através da avaliação, percebe-se que não tenha sido realizada a caracterização do projeto institucional para nortear as ações da instituição local, conforme questiona um dos indicadores, algumas participantes implementadoras atrelam que o programa vem de um modelo empírico, da experiência do participante/usuário. A partir disso, respeitou-se as etapas de implementação com a lógica científica, ainda que precise de um aprofundamento da ciência de avaliação de processos de adaptação cultural.

Na subcategoria “Desenho da Avaliação da Implementação”, ficou evidente o estabelecimento de decisões claras sobre 'para quem' ou 'para quais desfechos' o programa WRAP seria aplicado enquanto intervenção, visto a sua pluralidade de públicos e de ser um instrumento de bem-estar e saúde mental com foco interventivo em prevenção e promoção de saúde.

Nesta mesma etapa, ainda que tenham sido planejadas pesquisas para avaliar os resultados das implementações pilotos que atendessem requisitos de eficácia, efetividade e eficiência, estas não foram integralmente realizadas com rigor técnico-científico exigido. Quanto ao indicador operacional que se refere às pesquisas, para avaliar o processo de implementação, ressalta-se que no período dos estudos pilotos houveram avaliações de satisfação, porém, não foram aplicados em todas as versões.

A última subcategoria desta primeira etapa avaliativa é denominada “Recrutamento e Treinamento da Equipe de Implementação”. Para este universo, compreendeu-se que mesmo que não tenha havido um consenso geral, na concordância entre todos os indicadores e suas respondentes, foi uma etapa bastante significativa no processo de adaptação cultural do WRAP”. Para a composição da nota desta subcategoria, 60% dos participantes da pesquisa entendem como “Excelente” esse critério de análise. No entanto, obteve como escore final da subcategoria, a pontuação de 4,4 sendo considerada, “Muito Satisfatória”.

Para fechamento das subcategorias da “Categoria 1 - Planejamento de Implementação”, apresenta-se o quadro a seguir, com as médias alcançadas por cada subcategoria, seguido de qualificações de pontuações.

Quadro 13. – Resultados da avaliação por Subcategorias da Categoria 1 - Planejamento de Implementação

| Subcategorias da Categoria 1 - Planejamento de Implementação | Média das Subcategorias: (Categoria 1) | Qualificação da Pontuação |
|---|---|----------------------------------|
| Subcategoria 1 – Levantamento de Informações Preliminares | 3,00 | Satisfatório |
| Subcategoria 2 - Tradução dos Materiais | 3,80 | Muito Satisfatório |

| | | |
|--|------|--------------------|
| Subcategoria 3 - Sistematização do Processo de Implementação | 3,40 | Satisfatório |
| Subcategoria 4 - Desenho da Avaliação da Implementação | 2,40 | Pouco Satisfatório |
| Subcategoria 5 - Recrutamento e Treinamento da Equipe de Implementação | 4,40 | Muito Satisfatório |

Fonte: Desenvolvido pelo próprio autor

Ao final desta primeira categoria, que relaciona a organização do processo de implementação dos estudos pilotos, obteve-se como média final, a nota de 3,4 reiterando que, qualifica-se o “Planejamento de Implementação” como “Satisfatório” dentro do cumprimento de etapas parciais do estudo de adaptação cultural do WRAP.

Quadro 14. – Média Final da “Categoria 1 - Planejamento de Implementação”

| Categoria 1 | Média Final | Qualificação |
|-------------------------------|--------------------|---------------------|
| Planejamento de Implementação | 3,40 | Satisfatório |

Fonte: Desenvolvido pelo próprio autor

6.3.2 Categoria 2 – Sensibilidade Cultural

Na segunda categoria de avaliação do *Checklist*, “Sensibilidade Cultural”, espera-se que sejam qualificados os procedimentos adotados pelas participantes implementadoras, com a finalidade de serem sensíveis à cultura local do programa WRAP. Para esta etapa foram elencadas três subcategorias de análise, descritas no quadro a seguir.

Quadro 15. – Subcategorias da “Categoria 2 - Sensibilidade Cultural”

| | |
|----------------|---|
| Subcategoria 1 | Levantamento de necessidades e preferências com a comunidade e instituição local |
| Subcategoria 2 | Parceria com a comunidade local (população-alvo, residentes locais, familiares, profissionais de outras instituições) |
| Subcategoria 3 | Parceria com a instituição local na qual ocorrerá o programa |

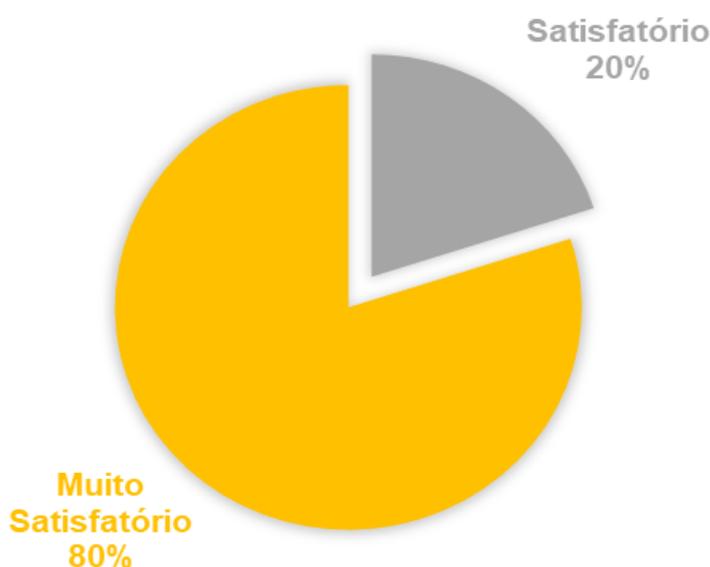
Fonte: Desenvolvido pelo próprio autor

Nesta categoria, as pontuações altas da maioria dos indicadores operacionais entre as subcategorias revelam que a sensibilidade cultural é um dos critérios com maior evidência de evolução no processo de adaptação cultural do WRAP. Em uma análise geral das respostas, 80% resultou na qualificação “Muito Satisfatório” e restando 20% para “Satisfatório”, conforme gráfico a seguir.

Na média geral da categoria 2, obteve-se o critério de “Muito Satisfatório”, resultando na pontuação geral entre as subcategorias, a nota 3,98.

Gráfico 2. – Percentual de qualificação entre as subcategorias da “Categoria 2 – Sensibilidade Cultural”

SENSIBILIDADE CULTURAL



Fonte: Desenvolvido pelo próprio autor

Na subcategoria “Levantamento de necessidades e preferências com a comunidade e instituição local” o item foi bastante explorado ao longo do planejamento de implementação do projeto WRAP. Antes dos estudos pilotos já havia a formação do grupo de estudos em *Recovery* que, desde seu princípio, promoveu diálogo com a comunidade e profissionais, como por exemplo, com a Associação dos usuários do CAPS, Instituto Arco-Íris, Faculdade CESUSC.

Outro fator de análise foram as conformidades encontradas no decorrer de sua implementação, que incorporou as necessidades solicitadas pelos envolvidos nos estudos pilotos, faceta que se torna robusta ao interagir com o tratamento dos dados secundários pela análise documental e enfatizado ao longo das entrevistas com as participantes.

No entanto, carece de aprofundamento no estudo da adaptação cultural do WRAP os indicadores referentes ao modelo lógico e sua metodologia, visto que, segundo a avaliação, nem comunidade, nem instituição local tiveram acesso a este critério da categoria.

Nas duas seguintes subcategorias do critério de avaliação sensibilidade cultural, que são: “Parceria com a comunidade local (população-alvo, residentes locais, familiares, profissionais de outras instituições)” e “Parceria com a instituição local na qual ocorrerá o programa”, ambas trazem resultados semelhantes, contribuindo para elevar o nível de pontuação geral da categoria. Os resultados positivos destes indicadores operacionais ocorreram porque ao longo dos estudos pilotos do WRAP os membros da comunidade e da instituição local participaram assiduamente no planejamento, na co-construção da adaptação do WRAP Brasil, havendo comunicação direta entre comunidade local, profissionais, equipe de coordenação e implementação.

Apresenta-se no quadro a seguir, como resultado de avaliação, as médias e suas qualificações de pontuação das subcategorias da “Categoria 2 – Sensibilidade Cultural”.

Quadro 16. – Avaliação das Subcategorias da “Categoria 2 - Sensibilidade Cultural”

| Subcategorias da Categoria 2 - Sensibilidade Cultural | Média das Subcategorias (Categoria 2) | Qualificação da Pontuação |
|---|--|----------------------------------|
| Subcategoria 1 – Levantamento de necessidades e preferências com a comunidade e instituição local | 3,20 | Satisfatório |

| | | |
|---|------|--------------------|
| Subcategoria 2 - Parceria com a comunidade local (população-alvo, residentes locais, familiares, profissionais de outras instituições) | 4,60 | Excelente |
| Subcategoria 3 - Parceria com a instituição local na qual ocorrerá o programa | 4,20 | Muito Satisfatório |

Fonte: Desenvolvido pelo próprio autor

Como fechamento avaliativo da segunda categoria de análise do *Checklist*, segue o quadro demonstrativo com a média final obtida de 3,98. Qualificando a “Categoria 2 - Sensibilidade Cultural”, dentro do processo de adaptação cultural do WRAP como “Muito Satisfatório”.

Quadro 17. – Média Final da “Categoria 2 – Sensibilidade Cultural”

| Categoria 2 | Média Final | Qualificação |
|------------------------|--------------------|---------------------|
| Sensibilidade Cultural | 3,98 | Muito Satisfatório |

Fonte: Desenvolvido pelo próprio autor

6.3.3 Categoria 3 - Fidelidade à versão original do Programa

Nesta categoria o instrumento *Checklist* visou avaliar junto às implementadoras, participantes do estudo, a sintetização das operações executadas quanto aos elementos centrais do WRAP (*core-elements*) e suas consistências internas, ainda que, considerem-se as mudanças necessárias dentro do processo de uma adaptação cultural.

A organização desta categoria se deu por três subcategorias de análise, apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 18. – Subcategorias da “Categoria 3 - Fidelidade à versão original do Programa”

| | |
|----------------|---|
| Subcategoria 1 | Domínio técnico dos coordenadores em relação aos elementos nucleares do programa |
| Subcategoria 2 | Preservação da versão original do programa |
| Subcategoria 3 | Treinamento da equipe de implementação em relação aos elementos nucleares do programa |

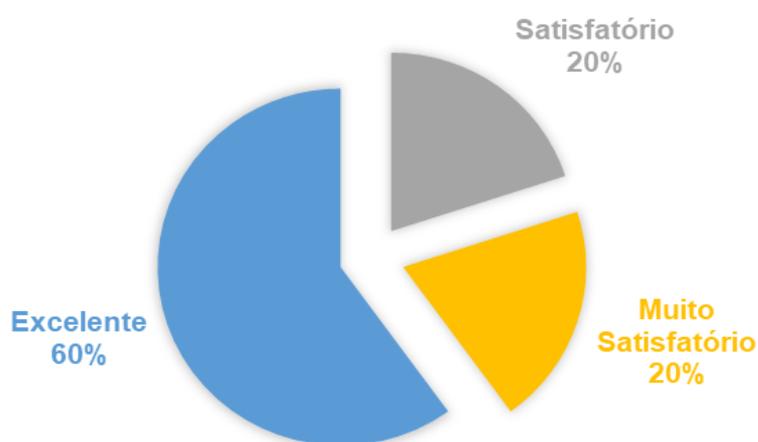
Fonte: Desenvolvido pelo próprio autor

A análise da terceira categoria, de forma isolada, demonstra que em geral no processo de adaptação cultural do WRAP os elementos nucleares ou centrais, do programa original, foram preservados. Visto, inclusive, como uma confirmação, ao resgatar os demais elementos de pesquisa já apresentados sobre este critério.

Em demonstração estatística sobre o resultado final, do total das participantes, entre elas, atingiu-se 60% como qualificação “Excelente” nas subcategorias. Acompanhado de 20% como “Muito Satisfatório” e 20% como “Satisfatório”, que de acordo com a ilustração do gráfico é uma categoria que também eleva o nível do processo de adaptação cultural do WRAP.

Gráfico 3. – Percentual de qualificação entre as subcategorias da “Categoria 3 – Fidelidade à versão original do Programa”

FIDELIDADE À VERSÃO ORIGINAL DO PROGRAMA



Fonte: Desenvolvido pelo próprio autor

A primeira subcategoria, “Domínio técnico dos coordenadores em relação aos elementos nucleares do programa”, se confirma ao resgatar que no início do trabalho com o programa WRAP evidenciou-se pelo conhecimento vivencial entre as primeiras implementadoras, que haviam participado de experiências com a abordagem *Recovery* e na prática com o WRAP. Ao estudarem as bases do WRAP, as participantes foram explorar os princípios do *Recovery*, sua fundamentação epistemológica e metodológica e compreender a estrutura de abordagem de intervenção do programa, que justificou a identificação dos elementos centrais do programa.

A imersão das implementadoras nos EUA e Holanda junto às parcerias realizadas, durante o período dos estudos pilotos, permitiram compreensão sobre o refinamento de técnica e dos aspectos possíveis à adaptação cultural brasileira do WRAP. Ainda que nenhuma das participantes tenha formação como especialista em adaptação cultural de programas ou instrumentos na área do cuidado em saúde, houve aproximações aos estudos dessa área, que permitiram, de forma introdutória, o conhecimento sobre quais eram os elementos centrais e suas preocupações ao adaptar culturalmente o programa WRAP.

Nas subcategorias 2 e 3, que são descritas como: “Preservação da versão original do programa” e “Treinamento da equipe de implementação em relação aos elementos nucleares

do programa”, observou-se uma performance positiva no processo de avaliação do *Checklist*. Especificamente a segunda subcategoria, que foi a de maior pontuação do universo desta categoria; com 80% de avaliação qualitativa vista como “Excelente”, seguido de 20% como “Satisfatório”.

Os indicadores sobre as adaptações necessárias das etapas dos estudos pilotos, suas discussões em equipe de desenvolvedores e no que se refere à treinamento, são justificados pela avaliação positiva ao considerar que, ao longo do grupo de estudos e a aplicação dos estudos pilotos foram realizadas reuniões de *feedback*, questionários de satisfação e pós-testes nos últimos encontros. Além da coerência epistemológica convergente ao modelo teórico do programa original. Estes itens foram avaliados e considerados atendidos ao longo do processo de adaptação cultural do WRAP.

No encadeamento da categoria “Fidelidade à versão original do Programa”, apresenta-se no quadro a seguir as médias apuradas dos indicadores operacionais e suas respectivas qualificações que permitiram a avaliação geral desta categoria.

Quadro 19. – Resultados da avaliação por Subcategorias da “Categoria 3 - Fidelidade à versão original do Programa”

| Subcategorias da Categoria 3 – Fidelidade à versão original do Programa | Média das Subcategorias (Categoria 3) | Qualificação da Pontuação |
|--|--|----------------------------------|
| Subcategoria 1 – Domínio técnico dos coordenadores em relação aos elementos nucleares do programa | 4,20 | Muito Satisfatório |
| Subcategoria 2 – Preservação da versão original do programa | 4,60 | Excelente |
| Subcategoria 3 – Treinamento da equipe de implementação em relação aos elementos nucleares do programa | 4,60 | Excelente |

Fonte: Desenvolvido pelo próprio autor

A partir das notas das três subcategorias apresentadas no quadro é que se compõe a média final para a terceira categoria de análise do *Checklist*. Obtendo para o critério de “Fidelidade à versão original do Programa”, a nota de 4,46 que em sua classificação de avaliação é “Muito Satisfatório”.

Quadro 20. – Média final da “Categoria 3 – Fidelidade à versão original do Programa”

| Categoria 3 | Média Final | Qualificação |
|--|--------------------|---------------------|
| Fidelidade à versão original do Programa | 4,46 | Muito Satisfatório |

Fonte: Desenvolvido pelo próprio autor

6.3.4 Categoria 4 - Processos de Refinamento da versão adaptada do Programa

A última categoria do instrumento *Checklist* buscou avaliar se houve e como ocorreram os processos avaliativos do programa WRAP em sua adaptação cultural. A seguir no quadro, apresenta-se o conjunto de subcategorias que nomeiam uma série de indicadores que foram avaliados neste estudo.

Quadro 21. – Subcategorias da “Categoria 4 - Processos de Refinamento da versão adaptada do Programa”

| | |
|------------------|--|
| Subcategoria 1 - | Pesquisas para avaliar o processo de implementação do programa |
| Subcategoria 2 - | Pesquisas para avaliar os resultados do programa |
| Subcategoria 3 - | Realização de novas adaptações |
| Subcategoria 4 - | Fidelidade das novas adaptações |

Fonte: Desenvolvido pelo próprio autor

Para essa seção, quando apresentado em percentuais o panorama geral, observou-se que, 60% das participantes avaliaram como “Satisfatório” e 40% como “Pouco Satisfatório”, conforme expresso no gráfico a seguir. Ao final desta categoria será apresentado em números de pontuação sua avaliação, com sua respectiva qualificação final. Trata-se, portanto, de uma categoria que precisará ser mais estudada em sua condução e aproveitamento dentro do processo de adaptação cultural do WRAP Brasil.

Gráfico 4. - Percentual de qualificação entre as subcategorias da “Categoria 4 - Processos de Refinamento da versão adaptada do Programa”



Fonte: Desenvolvido pelo próprio autor

A primeira subcategoria que se denomina “Pesquisas para avaliar o processo de implementação do programa”, compreendida como “Pouco Satisfatória”, visto que o campo da avaliação sobre adesão, engajamento, completude e fidelidade do WRAP, ficou aquém do esperado nas reuniões iniciais de grupo de estudo, não havendo formalizações necessárias para integrar essa etapa. No entanto, de acordo com o consenso das participantes, os indicadores como de avaliação de satisfação, levantamento sobre as dificuldades e facilidades da implementação com os profissionais envolvidos na realização do programa, são itens que foram tratados ao longo dos estudos pilotos.

Revela-se mais fragilidade nesta etapa de avaliação da adaptação cultural do WRAP ao se analisar a segunda subcategoria deste critério, que é a “Pesquisas para avaliar os

resultados do programa”. Obteve-se em sua nota final a pontuação de 0,8 sendo considerada “Insuficiente” em sua qualificação. Diante desta análise avaliativa, ainda que houvesse a intenção de que o projeto WRAP Brasil avançasse para o campo da pesquisa avaliativa, de acordo com as entrevistas, ficou claro que as impossibilidades daquele momento junto ao apoio institucional levaram a paralisação do processo.

Na subcategoria em análise, itens não atendidos no processo, como levantamento de informações sobre influência de variáveis contextuais nos resultados do programa, testagem sobre os desfechos esperados durante os estudos pilotos, grupo controle para comparar os resultados e randomização da amostra. Recupera-se que houve poucos incentivos à pesquisa científica no percurso de implementação dos estudos pilotos do WRAP, visto que, o programa fez parte mais de um projeto de extensão do que de pesquisa, em que a abordagem da pesquisa acadêmica era atendida em partes, mas não com o rigor que a área de avaliação de processos e de adaptação cultural exige.

Entretanto, foi importante compreender que neste aspecto da avaliação foi considerado que os estudos pilotos em si testaram o programa como um todo, a ponto que as versões implementadas iam se aprimorando em sua adaptação.

O desempenho da subcategoria 3, nomeada de “Realização de novas adaptações”, abarca o entendimento de que no processo com a adaptação cultural do WRAP atendeu-se de forma “Satisfatória” sua performance. Em síntese, essa subcategoria abrangeu o processo de novas adaptações ao longo das versões dos estudos pilotos do WRAP, incluindo a participação com sugestões dos membros da comunidade local, das instituições, da equipe de implementação e o diálogo entre os desenvolvedores.

Na subcategoria 4, que é a última da categoria, constituída como “Fidelidade das novas adaptações”, o conceito ao final foi como “Satisfatório”. A dificuldade de formalização e dados registrados no processo de adaptação do programa WRAP reflete na avaliação deste conjunto de indicadores. Um dos itens não realizados foi a verificação mais precisa se as adaptações realizadas foram convergentes às características sociodemográficas das populações aplicadas. Contudo, a compreensão pela maioria das implementadoras que nesta etapa, as novas adaptações são coerentes em relação com os objetivos originais do programa, assim como as adaptações desenvolvidas foram em conjunto com a equipe de implementação e comunidade local e que, por fim, é compreensível ao processo que foi realizado uma análise da infraestrutura local que suportava novas adaptações culturais.

Através do quadro compila-se os resultados parciais da categoria ao considerar as notas médias das subcategorias e suas classificações.

Quadro 22. – Resultados da avaliação por Subcategorias da “Categoria 4 - Processos de Refinamento da versão adaptada do Programa”

| Subcategorias da Categoria 4 – Processos de Refinamento da versão adaptada do Programa | Média das Subcategorias (Categoria 4) | Qualificação da Pontuação |
|---|--|----------------------------------|
| Subcategoria 1 – Pesquisas para avaliar o processo de implementação do programa | 2,80 | Pouco Satisfatório |
| Subcategoria 2 – Pesquisas para avaliar os resultados do programa | 0,80 | Insatisfatório |
| Subcategoria 3 – Realização de novas adaptações | 3,80 | Satisfatório |
| Subcategoria 4 – Fidelidade das novas adaptações | 3,00 | Satisfatório |

Fonte: Desenvolvido pelo próprio autor

Em seu fechamento, o quadro a seguir sintetiza a produção de uma nota final entre as médias das subcategorias, que foram o produto da “Categoria 4 - Processos de Refinamento da versão adaptada do Programa”, avaliada como “Pouco Satisfatória”, pontuando 2,60.

Quadro 23. – Média Final da “Categoria 4 – Processos de Refinamento da versão adaptada do Programa”

| Categoria 4 | Média Final | Qualificação |
|---|--------------------|---------------------|
| Processos de Refinamento da versão adaptada do Programa | 2,60 | Pouco Satisfatório |

Fonte: Desenvolvido pelo próprio autor

6.3.5 Avaliação final do Checklist sobre Adaptação Cultural

Ao longo desta análise foi proposto a fragmentação por categorias e suas subcategorias, que permitiram maior profundidade na discussão do processo de adaptação cultural do WRAP. Discorrer sobre indicadores operacionais permitiu um melhoramento no tratamento dos dados de pesquisa quando, em conjunto com as etapas anteriores neste estudo apresentadas, proporcionaram elucidar o processo de adaptação cultural do WRAP para o Brasil.

Ao final da análise das quatro categorias do instrumento *Checklist*, utilizou-se as médias por categorias, para que seja possível chegar na pontuação final e, conseqüentemente atribuir um conceito que demonstre o estado avaliativo atual do processo de adaptação cultural do WRAP para o Brasil.

No quadro a seguir, encontram-se as notas de fechamento por categorias que darão condições de chegar na média final do instrumento.

Quadro 24. – Média final e qualificação por Categoria

| CATEGORIAS | MÉDIA DA CATEGORIA | QUALIFICAÇÃO DA CATEGORIA |
|--|---------------------------|----------------------------------|
| Categoria 1 – Planejamento de Implementação | 3,40 | Satisfatório |
| Categoria 2 – Sensibilidade Cultural | 3,98 | Satisfatório |
| Categoria 3 – Fidelidade à versão original do Programa | 4,46 | Muito Satisfatório |
| Categoria 4 – Processos de Refinamento da versão adaptada do Programa | 2,60 | Pouco Satisfatório |

Fonte: Desenvolvido pelo próprio autor

Ao aplicar o cálculo por média aritmética, considerando as quatro notas de categorias é que se obteve a nota final deste processo, igual a 3,61. Assim, foi possível aplicar o parecer qualitativo como “Satisfatório” do estado da adaptação cultural do programa WRAP,

durante seu período de análise do grupo de estudos e dos estudos pilotos implementados, conforme se demonstra no quadro a seguir.

Quadro 25. – Média final e qualificação do *Checklist* de Adaptação Cultural do WRAP

| Checklist – WRAP Brasil | Média Final | Qualificação |
|---|--------------------|---------------------|
| 05 participantes implementadoras respondentes | 3,61 | Satisfatório |

Fonte: Desenvolvido pelo próprio autor

Ao final desta etapa, considerando que o maior índice de avaliação do instrumento *Checklist* é nota 5,00 para a média final entre as categorias e, que neste processo avaliativo, atingiu-se a pontuação de 3,61. Desse modo, compreende-se que o processo de adaptação cultural do WRAP Brasil, atinge como conceito satisfatório e representa 72% de etapas realizadas de um processo de adaptação cultural. A seguir o gráfico que ilustra o fechamento das etapas realizadas.

Gráfico 5. - Percentual alcançado das etapas de adaptação cultural do WRAP Brasil



Fonte: Desenvolvido pelo próprio autor

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o fechamento deste estudo, se requer inicialmente uma síntese conceitual do percurso epistemológico e metodológico, para posteriormente uma síntese material, considerando as necessidades levantadas, as indagações e os objetivos desta pesquisa, que se dedicou a analisar o processo de adaptação cultural do WRAP (*Wellness Recovery Action Plan*), no período de 2015 a 2019, ao contexto brasileiro.

A partir de diferentes delineamentos metodológicos junto a estratégia analítica de triangulação de métodos, foi possível identificar pontos sensíveis na pesquisa, que demarcam a coerência, o alcance e suas limitações, diante do que se propôs no estudo de adaptação cultural do programa WRAP no Brasil. As ações de organizar, descrever, caracterizar, avaliar e analisar os avanços na área da avaliação dos processos da adaptação cultural do WRAP, inferem-se que foram plenamente atendidas neste estudo.

Entre os desafios desta pesquisa está a variedade de métodos, na relação entre os dados primários e secundários e ainda, ao utilizar uma ferramenta de avaliação de processos. Cumriu-se, com a coleta de dados feita por etapas, um encadeamento lógico, entre a análise documental da história e percurso metodológico do WRAP no Brasil, a análise de conteúdo de entrevistas semidirigidas com as implementadoras do programa feito a partir da criação de categorias de análise e, na avaliação de processos com as implementadoras, pela análise do instrumento *Checklist* para adaptação cultural.

Pretende-se com estas considerações chegar a possíveis conclusões e implicações da pesquisa, levantando os principais resultados e contribuições, inclusive as limitações. Para então, sugerir ações sobre os desdobramentos, que visem o aprimoramento do processo de adaptação cultural do WRAP ao contexto brasileiro.

7.1 Considerações epistemológicas da pesquisa

Esta pesquisa tem a pretensão de se incluir nas mudanças no campo do cuidado em saúde mental e na atenção psicossocial. E, ao tratar de mudanças de concepções e de práticas, parte-se epistemologicamente de uma lógica política, da diferença ou da antítese, de aproximações e distanciamentos, ao dialogar e contribuir com avanços no campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB).

Ao finalizar este estudo, suas implicações teóricas e práticas estão na compreensão do campo, do estudo do programa WRAP e sua avaliação do processo de adaptação cultural,

entendendo que, WRAP é uma tecnologia do *Recovery* importada ao Brasil junto as novas abordagens em saúde mental, que não se limita apenas à uma área do cuidado, mas, que contribui na prevenção e promoção de saúde e de sentidos à psicologia como ciência e profissão.

Sobre as aproximações que o WRAP e o *Recovery* permitem ao campo de transformações sociais na área do cuidado, reflete-se, para além de comunicar que foi alcançado o que se propôs pesquisar. Denota-se conceituações a partir de um conjunto epistemológico, que implica na sua aplicabilidade ‘de, da ou para’: a) psicologia do cuidado (independentemente de sua área de atuação); b) Reforma Psiquiátrica Brasileira; d) programa e instrumento no cuidado em saúde mental (clínico-social); e) prevenção e promoção em saúde mental; f) Atenção psicossocial, Rede de Atenção Psicossocial e SUS; g) princípios e ferramentas de bem-estar (educação, autonomia, protagonismo, esperança, empoderamento pessoal, responsabilidade pessoal, suporte, advogar ao seu favor; h) pessoas em sofrimento psíquico; i) ciência baseada em evidências.

Distancia-se com criticidade das ideias deterministas de “tratamento psicológico”, que categorizam “transtornos mentais” e dos dispositivos de isolamento e controle para pessoas com problemas psicossociais e os chamados transtornos psíquicos. Partir destas elaborações, analisando os resultados da produção do *Recovery* e do WRAP com e para as pessoas envolvidas, é que se possibilita romper com ideologias, ainda que científicas, fundamentadas em descritivos imperativos e psiquiatrizantes e matrizes biologicistas, na função de “tratar a doença”. Parte-se do rompimento do modelo que resume o sujeito à doença, ou seja, pauta-se na resistência, luta e na abertura de outras possibilidades concretas de ser sujeito, que necessita de boas condições de saúde mental, não negligenciando suas necessidades e sofrimentos, mas também, não limitando as pessoas nas suas potencialidades e subjetividades.

Com este estudo, ao acompanhar inicialmente a epistemologia do WRAP e promover avanços nesta teoria, faz-se força para tensionar a estagnação dos modelos tradicionais. Ainda que estes sejam vistos pela ciência “pós-moderna” possuem em seus arcabouços o pragmatismo da visão hospitalocêntrica, fundamentados em sua epistemologia de enquadramento moral, limitando e estereotipando socialmente corpos e sujeitos pela via dos estudos de corte comportamentais, que muitas vezes geram e contribuem ainda mais com a cronificação dos sujeitos e seus sofrimentos psíquicos.

Elencar os tópicos citados sobre aproximações e distanciamentos é envolvê-los, de forma que eles se interrelacionem, em dialética. Ainda que aqui no estudo foram organizados de forma didática.

A síntese conceitual torna-se inteligível ao perceber que, além do fenômeno e seu objeto apresentado na pesquisa, há uma tentativa de corroborar nas transformações sociais da saúde mental no Brasil, que se tornam viáveis a partir da aproximação da abordagem *Recovery* e como produto, o programa WRAP Brasil, dialogando nas práxis da Reforma Psiquiátrica Brasileira e Atenção Psicossocial.

7.2 Considerações sobre o percurso histórico e metodológico do WRAP no Brasil

A primeira etapa do método da pesquisa passou pelo registro do percurso histórico e metodológico do processo de adaptação cultural do WRAP, ao longo de um grupo de estudos que implementou seis estudos pilotos, entre os anos de 2015 a 2019, em Florianópolis, Santa Catarina.

A imersão através de documentos, físicos e digitalizados, bem como, o acesso à plataforma de armazenamento e sincronização de arquivos no *Google drive*, permitiram inicialmente, diferentes interações com a história do WRAP brasileiro.

Em concordância com Junior et-al. (2021), sobre a análise documental que foi uma etapa inicial, obteve-se a profundidade na trajetória metodológica de uma pesquisa qualitativa, pela compreensão detalhada dos fatos narrados por cada documento acessado. Com isso, é importante localizar que por ser a primeira etapa metodológica, por mais que o objeto central fosse uma análise do processo de adaptação cultural do programa WRAP, foi necessário um descolamento do objetivo de descrever na íntegra a história, para que então, pudesse interpretar de forma ampla do que se tratavam os primeiros registros e o que de interessante cada documento revelaria à pesquisa, como um todo. Foi um momento que não se centralizou em analisar estritamente o que fazia parte do processo de avaliação da adaptação cultural.

Com o trabalho de descrever o percurso histórico e metodológico do processo de adaptação cultural do WRAP foi importante considerar que houveram diferenças no modo de registrar e armazenar dados documentais, ao longo do período pesquisado. Assim, foi necessário considerar dois aspectos: a) o significado atribuído diante de épocas distintas; b) as características dos atores envolvidos e suas habilidades. Estas duas sentenças, geraram percepções, que demonstraram não apenas diferenças na metodologia deste período de cinco anos, mas também, como um marcador de época, de gerações, de técnica e, conseqüentemente de sujeitos, ainda que, analisados em um mesmo processo de adaptação cultural, ou seja, houve diversidade na produção da história do WRAP no Brasil.

Para ilustrar as diferenças, percebeu-se que alguns sujeitos foram mais preocupados com a prática dos estudos pilotos, ou seja, imersos na técnica, nas intervenções, nos grupos e seus desdobramentos. Com registros em cadernos, diários de campo, arquivamento de desenhos, entre outros. Em outras produções documentais, outros sujeitos com perfil mais sistematizados, são compatíveis pelo viés de ciência de avaliação, com produção de planilhas, instrumentos como questionários, roteiros, etc. Neste ínterim, somando, estavam a ocorrência de alguns dados em registros digitais, como produções acadêmicas da faculdade, dados de relatórios, eventos em congressos, que revelaram neste percurso histórico, que contribuíram na divulgação de resultados provenientes de ações realizadas ao longo do processo de adaptação do WRAP.

É importante considerar que, como resultado apresentado, a descrição histórica e metodológica, obteve-se uma análise mais objetivada do programa WRAP. Ponderando que, ainda não se estava em contato com as participantes da pesquisa e que não havia nesta etapa, a pretensão de analisar discursos, ou ainda, que houvesse outros *à priori*, como de confirmações ou complemento de informações que refletisse direta ou indiretamente nos dados.

Por isso, a partir das diferenças pautadas, seja pelos avanços da época e nas tecnologias da informação e comunicação, seja ao considerar as habilidades técnicas das pessoas que produziram os documentos, é considerar que o processo de adaptação cultural do WRAP, dentro de uma proposta de grupo de extensão acadêmico, foi uma dedicação positiva, pelos seus desafios, em um processo entre gerações, que envolveu diferentes técnicas e saberes.

Diante das implicações da ciência de análise documental, cumpriu-se o papel de investigar dados históricos. Ao tratar, analisar e discutir os documentos acessados, permitiu-se a entrada em um universo interpretativo, que também, permitiu corroborar com a segunda etapa pesquisada, que foram as entrevistas. Logo, foi possível com a junção de dados iniciados pela análise documental, não apenas discorrer sobre uma perspectiva objetiva e descritiva histórica, que narraram os acontecimentos, mas também, de uma perspectiva socio-histórica, de dar sentido aos atores e seus papéis sociais. Chega-se, deste modo, no ponto de compreensão de um conjunto de sentidos que a abordagem *Recovery* e o programa WRAP ofereceram no período, ao implicar sujeitos e instituições.

Entendendo que este modelo de pesquisa qualitativa, privilegiou através de suas ferramentas metodológicas o acesso às pessoas, vistas como sujeitos em relações, que se constituem como produtos e produtores de realidades materializadas, mediados pelo contexto que se encontram. A partir da concepção socio-história, a sistematização da etapa documental proporcionou, também, uma análise funcional e subjetivada dos sujeitos de pesquisa, que

imersos na abordagem *Recovery* e produtores do programa WRAP, foi possível uma leitura também como produto dos seus papéis sociais.

Perceber o desenvolvimento dos contextos dos sujeitos e instituições envolvidas na análise da pesquisa, contribuiu para compreensão do percurso histórico e metodológico dos cinco anos do programa WRAP no Brasil. Evidencia-se o esforço das implementadoras nas atividades descritas, que foi de cumprir etapas de adaptação cultural, que é um processo sistemático, bastante focalizado na relação de um aprofundamento técnico-profissional dos estudos pilotos. Portanto, esta ação da pesquisa, de um primeiro método, no acesso aos documentos, identificando ocorrências e agentes do processo de adaptação cultural, permitiram descrever, identificar e analisar etapas e papéis sociais, gerando a real importância do registro científico da história do WRAP no Brasil a partir dos seus protagonistas.

Ao tratar as limitações neste campo da pesquisa, pauta-se na ausência de uma composição precisa da linha do tempo do programa WRAP no Brasil. Dos registros temporais, de ocasiões e acontecimentos organizados como uma ferramenta em função específica do grupo, que seria de registrar a memória para futuras análises, já que, desde seu início havia entre os seus objetivos, pautar-se em pesquisa para adaptação cultural do programa WRAP.

Entende-se que, a partir de uma organização mais sistematizada e organizada, apurada com maior acesso aos dados por estudo piloto, refletiria em uma análise ainda mais aprofundada e que privilegiaria demais constatações sobre o esforço nas atividades com o programa WRAP. Para um melhor aproveitamento, como referencial, fica a proposta do *Checklist* de adaptação cultural como organização de estudos preliminares e percurso de implementações.

Visto que, ao referenciar somente o que foi acessado como registro, corre-se o risco de que negligencie parte da história do programa no Brasil. Parte desta identificação de ausências de registros ocorre na execução da segunda etapa da pesquisa e mais ainda, na terceira etapa, em que é observado que as participantes implementadoras em variadas vezes recorrem a lembranças vividas, mas que não foram registradas, e que são acontecimentos que poderiam ser sistematizados nesta pesquisa.

Por fim, o percurso histórico e metodológico do WRAP no Brasil demonstrou, de modo geral, um panorama de atividades de toda a memória do WRAP dentro de um grupo de estudos e extensão universitária. Ao descrever sobre os acontecimentos, notou-se o esforço, assertividade e organização de processos. Os passos descritos desde os estudos preliminares para a primeira implementação do programa WRAP em 2015, passando pelos seis projetos pilotos, que perduraram até o ano de 2019, revelam a consistência que foi dada ao projeto maior

em *Recovery*, com os agentes envolvidos e que marca a predominância de um processo positivo em sua organização de dados.

7.3 Considerações da caracterização do processo de adaptação cultural dos estudos pilotos do WRAP no Brasil

A segunda etapa da pesquisa desenvolveu-se nos resultados levantados pelos dados obtidos das entrevistas semidirigidas com as implementadoras dos estudos pilotos do programa WRAP. Considera-se bastante significativa, visto pelo contato realizado com os sujeitos de pesquisa e suas histórias com o processo de adaptação cultural do WRAP.

Foi imprescindível observar esta etapa, pela via metodológica da análise de conteúdo, que promoveu entre outros fatores, uma maior elucidação dos dados da análise documental, que ocorreu anteriormente.

De acordo com as contribuições de Bardin (2011), foi realizado um desvendar crítico com as entrevistas, que demonstraram a percepção das próprias participantes sobre o que elas mesmo produziram e suas relações, no período que estavam ligadas ao WRAP, visto que, atualmente o papel social de todas as participantes não é o mesmo de quando ocorreram o grupo de estudos em *Recovery* e os estudos pilotos do WRAP, dado pelas suas diferentes atuações no campo profissional com a psicologia.

Percebeu-se a sintonia e a coerência entre o que foi analisado nos documentos com as entrevistas. Também, as conquistas e dificuldades encontradas ao longo do período em que se dedicaram ao projeto.

Por meio de um roteiro de entrevistas, com questões abertas, facilitou-se a condução, permitindo que o pesquisador analisasse individualmente seus conteúdos pela espontaneidade de que cada participante que se envolveu no processo de adaptação cultural. Foi possível identificar suas contribuições, seus entendimentos sobre as etapas realizadas diante dos seus pontos de vista, suas compreensões sobre a área de avaliação de processos em adaptação cultural do WRAP, suas funções e expertises.

Ocorreram momentos de descontração e entusiasmo das participantes, ao lembrar de fatos, episódios e outras pessoas e também, houveram angústias em outras lembranças, diante de dificuldades enfrentadas, expectativas sobre o processo e sobre as possibilidades de avanços no projeto que estavam envolvidas. No que se refere aos momentos de angústias, foram acolhidas e respeitadas em seu tempo, considerado a todo momento que o universo da pesquisa e seus interlocutores estão inseridos na perspectiva da psicologia.

É importante considerar que as entrevistas permitiram o compartilhamento de experiências com o processo de adaptação cultural ao longo dos estudos pilotos. Foi relevante analisar as respostas das participantes da pesquisa, que trouxeram a compreensão dada às suas atividades de implementações dos grupos de WRAP. Ficou ainda mais concisa a ideia de que o WRAP no Brasil é um programa de saúde mental que, à partir da noção de *Recovery* e os enlances com o a atenção psicossocial e RPB, visa o ensinar e o aprender, coletivo e individual, sobre habilidades de vida, em um processo de cuidado grupal, diante de singularidades e que promove o apoio coletivo em saúde integral.

Um destaque unânime entre as participantes é considerarem que entre as atividades da adaptação cultural, um dos pontos mais fortes foram os ajustes do material de aplicação do programa WRAP, que se tornou didático a todos que se destinava, mas com um mérito maior no alcance em alguns perfis de pessoas vindas do SUS, que eram usuários da saúde mental da RAPS e do CAPS.

Ao adaptar culturalmente o programa WRAP, não só em seu material físico à realidade das populações atendidas, mas também, sobre sua forma de abordagem, que atingia o nível entre atividades de diálogo, leitura e escrita, para então, além disso, aumentar sua capacidade, inaugurando atividades criativas ao inserir diferentes formas de manifestação de arte (corpo, música, desenho, argila, etc.). E, ainda que mudanças foram necessárias, entre as ações, preocupavam-se em não perder os elementos centrais do programa original. É importante dar ênfase, ao considerar que a partir destas percepções de adaptação, mesmo que, junto aos outros participantes estivessem alunos e profissionais, que a adaptação de linguagem e outras formas de comunicação somam ao projeto como um todo e a todos, gerando sentimento de inclusão para o programa.

Na organização metodológica da análise de conteúdo, propôs-se a criação das categorias de análise, que permitiram organizar os dados obtidos, gerando sentido ao desenvolvimento da pesquisa. As quatro categorias criadas foram: 1) O *Recovery* e a chegada do WRAP no Brasil; 2) Estudos de Implementação do WRAP no Brasil; 3) Processo de adaptação cultural; 4) Percepção dos resultados obtidos e de viabilidade do WRAP na realidade brasileira.

A partir da análise das entrevistas com as participantes, foi possível duas conclusões, que tornam consistente a questão do problema de pesquisa, acerca da percepção de quem trabalhou nas versões do WRAP.

Conclusão 1: Considerou-se o esforço, dedicação e entrega em tornar o programa WRAP um projeto de intervenção de excelência no campo da saúde mental ao adotar princípios

da atenção psicossocial, RPB em conjunto a sua base teórica que é a abordagem *Recovery*. Considerou-se as intervenções do WRAP como uma referência na psicologia de grupos, de clínica ampliada e social.

Conclusão 2: Os estudos pilotos do WRAP dentro de um processo de adaptação cultural, não eram percebidos de forma esclarecida, com a dimensão de considerar a sistematização e o refinamento dos processos que envolvem a ciência de avaliação de processos. Ainda que praticava-se com o grupo de implementadoras, o esforço na fidelidade dos elementos centrais e uma observância, em partes analítica, no entanto, ao considerar os resultados preliminares que iam se obtendo com o passar dos estudos, não se exigia rigor em ações que pudessem somar ao estudo de adaptação do programa. Não eram sistematizadas as ações dentro de critérios de avaliação, validação e eficácia para as atividades de novos planejamentos, apuração de dados anteriores dos pilotos e sobre as adaptações que se iam realizando a cada novo estudo piloto.

7.4 Considerações sobre a avaliação de processos na adaptação cultural do WRAP no Brasil

Avaliou-se o desenvolvimento do processo de adaptação cultural realizado nas seis aplicações pilotos do WRAP no Brasil com o instrumento *Checklist*, de D'Tôlis (2018). Dentre os resultados gerais analisados, uma das principais considerações, partindo da pontuação total do instrumento *Checklist*, é que o processo de adaptação cultural do WRAP apresenta-se como sendo “Satisfatório”. Como referência, resgata-se que na conceituação deste instrumento existem os seguintes os conceitos: “Pouco satisfatório, Satisfatório, Muito satisfatório e Excelente”.

Revela-se com este estado da avaliação de processos, a coerência entre os demais objetivos, dentro das etapas metodológicas a que se dedicou esta pesquisa, considerando a descrição do percurso histórico e metodológico e a caracterização do processo de adaptação cultural.

Ao considerar que o instrumento *Checklist* da adaptação cultural foi estudado para que também servisse como base para a construção do roteiro das entrevistas semidirigidas, adaptado ao contexto das implementadoras dos estudos pilotos do WRAP, percebe-se, de modo geral, um entendimento pleno sobre a importância que foram estas duas etapas distintas.

Ainda assim, considerando que houve a análise de conteúdo referente as entrevistas e a análise da avaliação do instrumento, encontraram-se conflitos entre o levantamento de

dados discordantes, entre o conjunto de respostas livres nas entrevistas e no assinalamento de indicadores do *Checklist*, do qual esperava-se tratamento dos mesmos participantes, conexão, sintonia ou confirmação entre os retornos, ao comparar os instrumentos. Reitera-se que houve apoio de construção entre o que foi perguntado nas entrevistas e o que foi avaliado pelo instrumento de forma objetiva.

Gera-se, a partir desta constatação, uma complexidade sobre algumas características, que levam a uma hipótese persistente na compreensão, de que o projeto do programa WRAP e o entendimento sobre o seu processo de adaptação cultural não foi algo esclarecido a todas as participantes, durante o percurso das implementações dos estudos pilotos.

Em uma análise mais detalhada é que se percebem discordâncias basilares, ao considerar as entrevistas como um instrumento aberto e o questionário fechado, que aponta para possíveis inconsistências no entendimento, da discrepância entre participação ativa no processo.

Em síntese, para elucidar esta questão, selecionou-se itens que foram apresentados como indicadores operacionais, que foram coadunados como conteúdo abordado nas perguntas disparadoras, que giram em torno de entendimento prévio do processo de adaptação cultural do WRAP, sobre: Estabelecimento de objetivos e metas para a implementação do programa; caracterização do projeto institucional para ações do programa na instituição; registro das adaptações; estabelecimento de que o programa é voltado em sua efetividade de intervenção “para quem” ou “para quais desfechos”; espaço de supervisão de equipe no programa; participação ou consulta com outros profissionais de instituição local e parcerias; participação de membros da comunidade; identificação de elementos nucleares ou centrais; levantamento de informações sobre o programa com os desenvolvedores de sua versão original e discussão entre a equipe de desenvolvedores do programa sobre adaptações.

Enfatiza-se que o assinalamento de não cumprimento de etapas nas respostas das participantes, no instrumento *Checklist*, de forma geral, é visto com fidedignidade, reforçando o compromisso com os resultados desta pesquisa. Na análise da avaliação ficou claro que existem etapas a serem cumpridas e que merecem dedicação futura. Contudo, esse ponto explanado condiz com a análise das discordâncias obtidas *in loco*, entre os dois estudos da análise de dados e que, no entanto, não compromete o resultado maior da pesquisa, mas, por função, destacam-se hipóteses para o futuro, se caso houver novas pesquisas, sobre uma maior atenção ao processo de avaliação de processos com o programa WRAP, visto que, de modo geral, pode-se dizer que houve em sua maioria, sincronidade entre as respondentes entrevistadas.

Ao que se refere ao todo, no programa WRAP, nas etapas de uma avaliação de adaptação cultural foi necessário observar a fragmentação do seu processo. E, se analisado por uma perspectiva generalista, pode-se considerar que o WRAP no Brasil, em todos os aspectos, há tarefas a serem aprimoradas, para que possam ser consideradas etapas cumpridas dentro de um processo de adaptação cultural.

Quando se percorre o levantamento dos resultados, ampliando de fora para dentro a leitura do instrumento *Checklist*, que deve ocorrer junto as demais etapas realizadas da pesquisa, é que é possível estabelecer a análise do processo de adaptação cultural do WRAP. Ou seja, foi necessário interagir com as demais etapas da pesquisa (entendimento sobre a análise documental e o tratamento de dados das entrevistas semidirigidas), exigindo que se analisasse por indicadores operacionais, subcategorias e então, categorias.

Para além de considerar pontuações e classificação conceitual, fez-se necessário perceber o percurso realizado na junção destes dados, no esforço que se obteve e como foram realizadas as etapas. Compreender as viabilidades do processo, diante dos fatores positivos à execução e das inviabilidades, também compreendidas e diante dos limites que se colocaram durante o percurso, foi imprescindível para que se chegue as conclusões deste estudo.

Há uma leitura dos resultados do instrumento *Checklist* por categorias de análise, que leva à compreensão que as atividades de adaptação cultural estão involucradas entre si. A seguir é apresentada considerações em tópicos pelas categorias do instrumento. Foi importante considerar essa fragmentação por categorias e a partir disso, observar a pesquisa como um todo, ao levantar outras conclusões, que são fundamentadas entre dados qualitativos e quantitativos. Estas outras considerações podem suggestionar hipóteses para futuras pesquisas e no aprimoramento do processo de adaptação cultural e do processo de implementação do programa WRAP no Brasil.

Categoria 1 do Checklist: Planejamento de implementação

O planejamento de implementação do programa WRAP, que se refere a uma categoria que traz informações de gestão de processos, que são anteriores as implementações dos estudos pilotos, em sua avaliação final, foi uma atividade atendida parcialmente em todos os seus aspectos de análise. Pelo instrumento de avaliação sua nota foi de 3,40/5,00 que desdobra sua classificação em “Satisfatória”.

Ficou perceptível a melhor produção de atividades sobre o levantamento de informações preliminares, na sistematização do processo, com a tradução de materiais e um

destaque maior à equipe e sua qualificação desde os primeiros estudos pilotos. No entanto, além do aprimoramento geral, recomenda-se atenção maior às questões referentes a um desenho de avaliação. Questão que é coerente, ao considerar a partir da análise documental, a ausência de dados sobre a ciência de avaliação, por planejamento de pesquisas que trouxessem dados sobre o projeto, nos resultados em eficácia, efetividade e eficiência, ou o uso de instrumentos de avaliação validados.

Categoria 2 do Checklist: Sensibilidade cultural

A sensibilidade cultural é uma categoria de avaliação do instrumento *Checklist* que avalia os procedimentos adotados que são sensíveis a cultura local. Neste conjunto, entende-se que no programa WRAP houveram muitas ações realizadas, que ainda precisam avanços em seu aperfeiçoamento de atividades, que condizem especificamente em partes dos critérios de análise. É uma etapa compreendida no seu resultado como parcial, que teve uma expressividade maior a etapa anterior, com alcance de nota de 3,98/5,00, que se pode considerar uma classificação como “Muito satisfatória”.

Ao longo da pesquisa ficou perceptível a parceria com a comunidade local e instituições, que é descrita no instrumento como população-alvo, residentes locais, familiares, profissionais de outras instituições. Na prática, com as implementações dos estudos pilotos do WRAP, foram participantes os usuários da RAPS, vindo dos CAPS II e AD de Florianópolis e pela Associação Alegrementemente, estudantes universitários, profissionais e usuários do Instituto Arco-Íris de Florianópolis, além dos profissionais da Faculdade CESUSC.

Há pontos positivos sobre o levantamento de necessidades e preferências com a comunidade e instituição local, já identificados e destacados aqui. Diante disso, foi possível considerar que se incorporou grande parte das necessidades levantadas no decorrer do processo. No entanto, estudos sobre o modelo lógico de uma produção apresentada à comunidade local e as instituições envolvidas não foram realizados, que é uma etapa fundamental nos estudos sobre avaliação de programas, que visa um esquema visual, a fim de definir a apresentação do programa e seus resultados esperados.

Categoria 3 do Checklist: Fidelidade à versão original do programa

No que se refere ao universo da fidelidade à versão original do programa WRAP, é considerada a categoria em análise de maior destaque do processo de adaptação cultural do

WRAP neste período de estudo. Fica entendido, na análise do processo, que foi possível preservar os elementos centrais do programa, com a consistência interna do WRAP, mesmo levantando e executando as necessidades das adaptações. Chegou-se a uma pontuação do instrumento avaliativo *Checklist* de 4,46/5,00, considerando em sua classificação como um índice “Muito satisfatório”.

É possível, ao analisar as demais etapas metodológicas desta pesquisa, que há um nível muito alto de atendimento das atividades que envolvem a fidelidade da versão original do WRAP, respeitando a obra proposta por *Mary Ellen Copeland*, de 1997.

Há, portanto, uma confiança ao aliar indicadores de fidelidade ao estudo do processo de adaptação cultural do WRAP ao Brasil neste período, que se demonstraram pela performance ao domínio técnico dos coordenadores em relação aos elementos nucleares do programa, na preservação da versão original do WRAP e no treinamento da equipe de implementação em relação aos elementos nucleares do WRAP.

Categoria 4 do Checklist: Processo de refinamento da versão adaptada do programa

Considerar os resultados da categoria processos de refinamento da versão adaptada do programa, é observar a necessidade de um trabalho de aprofundamento técnico e científico sobre o processo de avaliação, cujo o programa ainda precisa passar.

Pode-se avaliar que se obteve o menor alcance de etapas realizadas, que resultou em uma pontuação de 2,60/5,00. Essa nota implica na classificação como “Pouco satisfatória”, logo, do pouco que se desenvolveu sobre o campo da pesquisa de avaliação, que visa esse refinamento em resultados, medindo eficiência do programa implementado e que abre para ajustes necessárias, uma vez que, fundamentados pelo campo da avaliação de processos prevê suas ações de adaptação e novas implementações.

Avaliação de fidelidade e de satisfação, ainda que houvesse no planejamento e pudesse ser visível as ações práticas no processo de adaptação ao WRAP, foram itens que se demonstram ausentes sobre a perspectiva dos seus registros científicos. Outros itens sensíveis ao processo foram recorrentes na ausência de pontuação, que geram essa fragilidade no processo pelo não cumprimento das etapas de adaptação cultural do programa WRAP.

Esclarece-se com questões sobre pesquisa de resultados, que não são descritas e pontuadas na avaliação deste processo com o WRAP. Entre o destaque das questões ausentes, que foram unânimes, estão o levantamento de informações das influências de variáveis

contextuais, a testagem dos resultados em seus desfechos das adaptações em momentos distintos da implementação, de que não houve grupo controle para comparar os resultados do programa e também, não ocorreu sobre viés da pesquisa uma randomização da amostra com os participantes do estudo.

7.5 Considerações sobre as contribuições e desdobramentos para a pesquisa de adaptação cultural do WRAP ao Brasil

Foi perceptível, tanto pela análise documental, quanto pelos dados levantados nas entrevistas com as implementadoras, que houve a aceitação do programa WRAP pelos participantes/usuários, ao longo do período implementado de estudos pilotos. Partindo de uma hipótese que há o critério de aceitabilidade do programa, mas que exige que haja uma avaliação específica nos seus processos de validação e de evidências de validade.

Quanto aos aspectos de etapas não realizadas, visualizadas pela aplicação do instrumento *Checklist* da adaptação cultural, é importante ponderar a sua viabilidade para outras contínuas implementações, que apresentem um rigor científico. Para tanto, há três considerações sobre hipóteses, frente às limitações encontradas para as etapas não cumpridas da pesquisa, que ocorrem devido as concepções do resultado geral feito pelo conjunto de análise da dados:

- 1) As participantes, implementadoras dos estudos pilotos, não tinham conhecimento aprofundado sobre um processo de adaptação cultural, nos rigores da ciência da implementação;
- 2) Que as mesmas participantes da pesquisa, que foram as implementadoras, indicaram sobrecarga de atividades e muitas vezes falta de tempo;
- 3) Que havia a falta de incentivo ao campo da pesquisa pelo viés da instituição, sendo que o projeto era alocado dentro de um programa de extensão, ligado ao curso de psicologia de uma instituição de ensino superior privada.

Partindo deste conjunto de considerações é que se parte para possíveis contribuições e desdobramentos:

- Recomenda-se que para haja um próximo estudo, como marcador de um processo de adaptação cultural com eficácia, dentro da ciência da avaliação, seja considerado a primeira funcionalidade do instrumento *Checklist* que é, de

acordo com o seu autor: “(...) servir como um guia para quem quiser realizar um processo de adaptação cultural de algum programa de saúde baseado em evidência” (D’Tôlis, 2018 p. 80).

- Sugere-se que para contínuas pesquisas, este estudo sirva como introdutório ao campo da avaliação de processos na adaptação cultural do WRAP. Que ao desmembrar a avaliação do instrumento *Checklist*, possa ser elencado o conjunto de indicadores atendidos e os não atendidos, servindo como um guia para novas etapas a serem realizadas. Junto à formação de um grupo de trabalho instrumentalizado, dedique-se esforços para tornar o programa WRAP integralmente adaptado à realidade brasileira, com o estabelecimento de critérios diante dos estudos de validação.
- No entanto, para novos alcances, entende-se, como uma estratégia, para aprimorar a qualidade do processo de adaptação cultural do WRAP, que é necessário que haja um treinamento extensivo, materiais e suporte aos envolvidos no trabalho com a adaptação cultural, a fim de desenvolverem habilidades técnico-científicas para adaptação, construção e identificação de evidências de validade de programas, como é o caso do WRAP no campo da saúde mental.
- Ao analisar as implicações de como se deu o processo de adaptação do WRAP no período de 2015 a 2019 é analisado também o contexto que se deu o projeto. A pesquisa científica precisa ser de suporte em sua relevância, portanto, ao notar o potencial que o programa exerce, seja no campo da intervenção em saúde mental e atenção psicossocial, seja na pesquisa acadêmica, nota-se a importância de ser ainda mais incorporado à instituições que já tenham grupos de pesquisas e avanços na área da avaliação de processos e de programas em saúde mental baseado em evidências.

Sobre outras considerações pertinentes ao campo da saúde mental em que o WRAP está inserido:

É notório que o WRAP demonstrou em seu percurso de implementação no Brasil como uma importante contribuição à saúde mental brasileira.

De modo a compreender que através da pesquisa há a importância da elaboração de estratégias de cuidado e atenção direcionadas para pessoas em sofrimento psíquico por meio de programas de saúde baseado em evidências. Pode-se constatar, portanto, que o WRAP atendeu durante seu período de implementação de estudos pilotos uma função social e clínica, com os processos de saúde dos seus participantes e contribuiu significativamente com a formação de profissionais no campo da psicologia.

Tendo em vista que o WRAP já demonstrou ao ser implementado, que é um programa que se torna ferramenta de empoderamento e bem-estar dos usuários que se dedicam a utilizá-lo, pode ser considerado um programa de intervenção em prevenção e promoção de saúde. Foi um estudo importante ao registrar cientificamente o percurso do WRAP no Brasil por meio da pesquisa, que além dos objetivos com o processo de adaptação do programa pode-se promover mais estudos acerca da temática *Recovery* no Brasil.

Assim, sendo uma tecnologia social do cuidado, inovadora em sua abordagem, ao se utilizar da perspectiva *Recovery* e que, importada pelo Brasil, pode futuramente ser considerada como um avanço nas estratégias de saúde mental e atenção psicossocial, dada as suas potencialidade e possibilidades de uso, técnico e clínico para a RAPS e demais possibilidades no SUS.

Por fim, após os resultados que foram analisados e apresentados nesta pesquisa, é possível considerar que a análise do processo de adaptação cultural do WRAP ao contexto brasileiro foi atendida e vista como positiva. Ficou evidente a necessidade de avanços em novas pesquisas de avaliação de processos e em adaptação cultural do programa, buscando o aprimoramento, com foco nas propriedades de estudos de validação e eficácia do programa WRAP ao contexto da população brasileira.

REFERÊNCIAS

- Afzal, T., Ahmed, K. B., & Perveen, A. (2020). Impact of the Wellness Recovery Action Plan (WRAP) on the Psychiatric Patient with Symptoms of Psychosis. *Evaluation Studies in Social Sciences*, 9(2), 25-30. <https://doi.org/10.37134/esss.vol9.2.4.2020>
- Ahern, L., & Fisher, D. (1999). *Personal Assistance in Community Existence: Recovery at Your Own Pace*. National Empowerment Center.
- Aljeesh, Y., & Shawish, M. (2018). The efficacy of Wellness Recovery Action Plan (WRAP) on patients with major depressive disorder in Gaza Strip. *Journal Psychiatry*, 20(7), p.7. <https://doi.org/10.4172/2378-5756-C1-030>.
- Alvim, S. P, Chassot, C, & Grigolo, T. M. Aproximações brasileiras com a proposta internacional de recovery em saúde mental: a experiência do CESUSC. 5º Congresso Brasileiro de Saúde Mental. Universidade Paulista (UNIP). <https://www.congresso2016.abrasme.org.br/site/anaiscomplementares2?AREA=48>
- Amarante, P. D. C. (1992). Algumas notas sobre a complexidade da loucura e as transformações na assistência psiquiátrica. *Revista de Terapia Ocupacional*, 3(½), 8-16. <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/357161>
- Amarante, P. (1995). Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em torno da Reforma Psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 491-494. <https://www.scielo.br/pdf/csp/v11n3/v11n3a11.pdf>
- Amarante, P. C. D. (1996). *O Homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. (1ª edição), Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (2003). A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In Amarante, P. (Coord.) *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Editora Nau. p. 45-66.
- Amarante P. C. D. (2011) *Saúde mental e atenção psicossocial*. (3ª edição). Editora Fiocruz.
- Amarante, P. D. C. (2015). (Org.) *Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica*. SDN/ENSP.
- Anastácio, C. C., & Furtado, J. P. (2012). Reabilitação Psicossocial e Recovery: conceitos e influências nos serviços oferecidos pelo Sistema de Saúde Mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4(9),72-83. <https://doi.org/10.5007/68691>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 521-538. <https://doi.org/10.1037/h0095655>

- Ashman, M., Halliday, V., & Cunnane, J. G. (2017). Qualitative Investigation of the Wellness Recovery Action Plan in a UK NHS Crisis Care Setting, *Issues in Mental Health Nursing*, 38(7), 570-577.
<https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1300840>.
- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo*. Edições 70; 176 p. (Obra original publicada em 1977).
- Barrera, M., & Castro, F. G. (2006). A heuristic framework for the cultural adaptation of interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(4), 311-316.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00043.x>
- Barrera, M., Castro, F. G., Strycker, L. A., & Toobert, D. J. (2013). Cultural Adaptations of Behavioral Health Interventions: A Progress Report. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(2), 196-205.
<https://doi.org/10.1037/a0027085>
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., Gottlieb, N. H., & Fernández, M. E. (2011). *Planning health promotion programs: An intervention mapping approach*. Jossey-Bass.
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Editora Graal. (Trabalho original publicado em 1968).
- Basaglia, F., Ongaro, F. B., Casagrande, D., Jervis, G., Comba, L. J., Pirella, A., Schittar, L., & Slavich, A. (1994). Considerações sobre uma experiência comunitária. In: Amarante, P. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Editora Fiocruz.
- Beaton, D. E.; Bombardier, C.; Guillemin, F.; & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of crosscultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191. <https://journals.lww.com/spinejournal/toc/2000/12150>
- Bellamy, C. D., Flanagan, E. H., Costa, M., O'Connell-Bonarrigo, M., Le, T.T., Guy, K., et al. (2016). Barriers and Facilitators of Healthcare for People with Mental Illness: Why Integrated Patient Centered Healthcare Is Necessary. *Issues Ment Health Nurs.*, 37(6), 421–8. <https://doi.org/10.3109/01612840.2016.1162882>
- Berkel, C., Mauricio, A. M., Schoenfelder, E., & Sandler, I. N. (2011). Putting the pieces together: An integrated model of program implementation. *Prevention Science*, 12(1), 23-33. <https://doi.org/10.1007/s11121-010-0186-1>
- Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I., & Rodríguez, M. M. D. (2009). Cultural adaptation of treatments: a resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 361-368.
<https://doi.org/10.1037/a0016401>
- Bezerra-Jr., B. (2007). Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(2), 243-250, <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000200002>

- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil, Ministério da Saúde. (1988). I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: *Coletânea de textos da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relat_final.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde. (1990). *Lei n. 8.080, Sistema Único de Saúde (SUS)*.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
- Brasil, Ministério da Saúde. (1990). *Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Seção 1, p. 18055.
<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=209729>
- Brasil, Ministério da Saúde. (1990). *Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Seção 1, p. 25694. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. (1994). *Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde. (2001). Secretaria de Atenção à Saúde. *Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2004). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
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 – OPAS. (2005). *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.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Clinica ampliada e compartilhada*, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada

- Brasil. (2012). *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. <http://bit.ly/1mTMIS3>
- Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. (2016). *Resolução nº 510/2016 – Dispõe sobre a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
- Brasil, Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2018). II Congresso Internacional de Prevenção dos Problemas Relacionados ao Uso de Drogas, PREVINE 2017. *Anais PREVINE 2017*, “Plano de Ação para o Bem-estar e *Recovery*: Experimentando o WRAP no Brasil”, SEAD/UFSC, <http://www.previne2017.ufsc.br/principal/wp-content/uploads/2018/04/ANAIS-PREVINE-2017.pdf>
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia*, 22(53), 423-432. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272253201314>
- Bouffard, J. A., Taxman, F. S., & Silverman, R. (2003). Improving process evaluations of correctional programs by using a comprehensive evaluation methodology. *Evaluation and Program Planning*, 26(2), 149-161. [https://doi.org/10.1016/S0149-7189\(03\)00010-7](https://doi.org/10.1016/S0149-7189(03)00010-7)
- Burlew, A. K., Copeland, V. C., Ahuama-Jonas, C., & Caslyn, D. A. (2013). Does cultural adaptation have a role in substance abuse treatment? *Social Work in Public Health*, 28(3-4), 440-460. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.774811>
- Campos, G. W. S. (1994). Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: Cecílio, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. Hucitec, p. 29-87.
- Campos, G. W. S. (1997). Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em saúde. In: Merhy, E. E., & Onocko, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. Hucitec, p. 197-228.
- Campos, G. W. S. (1997). Uma clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada; mimeo. <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf>
- Campos. L. F. L. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa em psicologia*. Alínea.
- Canacott, L., Tickle, A., & Moghaddam, N. (2020), "Perceptions of wellness recovery action plan (WRAP) training: a systematic review and metasynthesis", *Mental Health Review Journal*, 25(4), 345-366. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-10-2019-0037>.
- Cantele, J. (2013). *Novos olhares em torno da prática psicológica: o ponto de vista de profissionais que compõem as equipes multiprofissionais dos Centros de Atenção Psicossocial*. (Dissertação de Mestrado). Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Maria-UFSM.

- Castro, F. G.; Barrera, M.; & Martinez, C. R. (2004). The cultural adaptation of prevention interventions: Resolving tensions between fidelity and fit. *Prevention Science*, 5(1), 41–45. <https://doi.org/10.1023/B:PREV.0000013980.12412.cd>
- Castro, F. G.; Barrera Jr. M.; & Steiker, L. K. H. (2010). Issues and challenges in the design of culturally adapted evidence-based interventions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 213-239. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-033109-132032>
- Chamberlin, J. (1978). *On Our Own: Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System*. McGraw-Hill.
- Chamberlin, J. (2006). *Confessions of a Non-Compliant Patient*. <http://www.power2u.org>.
- Conselho Federal de Psicologia, CFP. (2005). *Resolução CFP nº 010/05*. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo_etica.pdf
- Conselho Federal de Psicologia, CFP. (2016). *1º Colóquio Internacional em "Recovery (Restabelecimento): Vivências e Práticas"*. <https://site.cfp.org.br/cfp-promove-evento-sobre-recovery/>
- Contandriopoulos, A. P. (2006) Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência, & Saúde Coletiva*, 11(3), 705-712. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300017>.
- Cook, J. A., Copeland, M. E., Hamilton, M. M., Jonikas, J. A., Razzano, L. A., Floyd, C. B., Hudson, W. B., Macfarlane, R. T., & Gray, D. D. (2009). Initial outcomes of a mental illness self-management program based on Wellness Recovery Action Planning. *Psychiatric Services*, 60(2), 246-249. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.2.246>
- Cook, J. A., Copeland, M. E., Floyd, C. B., Jonikas, J. A., Hamilton, M. M., Razzano, L., Carter, T. M., Hudson, W. B., Gray, D. D., & Boyd, S. (2012). A Randomized Controlled Trial of Effects of Wellness Recovery Action Planning on Depression, Anxiety, and Recovery. *Psychiatric Services*, 63(6), 541-547, <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100125>
- Cook, J. A., Copeland, M. E., Jonikas, J. A., Hamilton, M. M., Razzano, L., Gray, D. D., Floyd, C. B., Hudson, W. B., Macfarlane, R. T., Carter, T. M., & Boyd, S. (2012). Results of a Randomized Controlled Trial of Mental Illness Self-Management Using Wellness Recovery Action Planning, *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 881-891, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr012>
- Cook, J. A., Jonikas, J. A., Hamilton, M. M., Goldrick, V., Steigman, P. J., Grey, D. D., Burke, L., Carter, T. M., Razzano, L. A., & Copeland, M. E. (2013). Impact of Wellness Recovery Action Planning on service utilization and need in a randomized controlled trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(4), 250–257. <https://doi.org/10.1037/prj0000028>

- Copeland, M. E. (2002). Wellness Recovery Action Plan. *Occupational Therapy in Mental Health*, 17(3)4, 127-150, https://doi.org/10.1300/J004v17n03_09
- Copeland, M. E., & Mead, S. (2004). *Wellness Recovery Action Plan and peer support: Personal, group, and program development*. Peach Press.
- Copeland, M. E. (2006). *Wellness Recovery Action Planning (WRAP) project: WRAP group facilitator's kit*. Peach Press.
- Copeland, M. E. (2009). *Facilitator training manual: Mental health recovery including Wellness Recovery Action Plan curriculum*. Peach Press.
- Copeland, M. E. (2010). *WRAP facilitator manual*. Peach Press.
- Côrtes, S. V. (2009). *Participação e saúde no Brasil*. Editora Fiocruz.
- Costa, J. F. (2006) *História da Psiquiatria no Brasil*. (5ª edição). Editora Documentário.
- Costa, I. I. (2010). (Org.). Crises psíquicas do tipo psicótico: diferenciando e distanciando sofrimento psíquico grave de “psicose” In: _____. *Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: caminhos para uma abordagem complexa*. (pp. 57-63). Kaco Editora.
- Costa, M. N. (2017). Recovery como estratégia para avançar a Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9(21), 1-16. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v9i21.69532>
- Costa-Rosa, A. (2000) O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar. In: Amarante, P. (Org.), *Ensaio- subjetividade, saúde mental e sociedade*, Editora Fiocruz, p. 141-168.
- Costa-Rosa, A.; Luzio, C. A.; & Yasui, S. (2003). Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: Amarante, P. (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Nau Editora, (1), p. 13-44.
- Costa-Rosa, A. (2013). *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*, Editora Unesp.
- Creswell, J. W. (2014). *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens*. (3ª edição). (pp.48-66). Penso
- Crossley, N. (2006). *Contesting Psychiatry*. Routledge.
- Cruz, R. M. (2019). (no prelo) *Apostila do curso de escalas psicológicas*. UNIFESP.
- Dahl, C. M. (2012). *Experiência, narrativa e intersubjetividade: o processo de restabelecimento ("recovery") na perspectiva de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia em tratamento nos centros de atenção psicossocial*. (Dissertação de mestrado), Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/309193>

- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, A. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(50), p. 1-15. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Davidson, L., Lawless, M. S., & Leary, F. (2005). Concepts of recovery: competing or complementary? *Current Opinion in Psychiatry*, 18(6), 664-7. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000184418.29082.0e>
- Davidson, L. (2005). Recovery, self-management and the expert patient – changing the culture of mental health from a UK perspective. *Journal of Mental Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1080/09638230500047968>
- Davidson, L., & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16, 459-470. <https://doi.org/10.1080/09638230701482394>
- Deegan P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 9(4), 11-19. <https://doi.org/10.1037/h0099565>
- Deegan P. E. (1999). Recovery, uma viagem do coração. In: J. Ornelas (Coord.), *Actas da Conferência Internacional – Novos Desafios na Reabilitação de Pessoas com Doença Mental*. AEIPS Edições, 63-81.
- Domenech Rodriguez, M., & Weiling, E. (2004). Developing culturally appropriate evidence-based treatments for interventions with ethnic minority populations. In M. Rastogin, & E. Weiling (Eds.), *Voices of color: First person accounts of ethnic minority therapists* (pp. 313–333). Sage.
- D'Tôlis, P. O. A. O. (2018). *Avaliação da Adaptação Cultural do Programa Elos – Construindo Coletivos*. (Dissertação de Mestrado). Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC.
- Doughty, C., Tse, S., Duncan, N., & McIntyre, L. (2008). The Wellness Recovery Action Plan (WRAP): workshop evaluation. *Australas Psychiatry*, 16(6):450-456. <https://doi.org/10.1080/10398560802043705>
- Duarte, L. F. D. (1994). A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In: Alves, P. C. & Minayo, M. C. de S. (Orgs.) *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Editora Fiocruz.
- Duarte, T. (2007). Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica*, 25(1), 127-133. <https://doi.org/10.14417/ap.434>
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 327-350. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>

- Emmanuel-Tauro, D. V., & Foschaches, D. A. L. (2018). As atuais políticas de saúde mental no Brasil: reflexões à luz da obra de Cornelius Castoriadis. *Mental*, 12(22), 90-112. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v12n22/v12n22a07.pdf>
- Espinheira, G. (2008). *Sociedade do medo: teoria e método da análise sociológica em bairros populares de Salvador: juventude, pobreza e violência*. Ed. EDUFBA.
- Epstein, J., Santo, R.M., & Guillemin, F. (2015). A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68(4), 435-41. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.11.021>
- Federici, M. R. (2013). The importance of fidelity in peer-based programs: The case of the Wellness Recovery Action Plan. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(4), 314–318. <https://doi.org/10.1037/prj0000029>
- Figueiredo, L. C. M. (2000). *Matrizes do pensamento psicológico*, (Capítulo II), Vozes.
- Fisher, D. (2006). *A New Vision of Recovery: People canfully recover from mental illness*. <http://www.power2u.org>.
- Flick, U. (2004). *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Editora Bookman.
- Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa*. Editora Artmed.
- Foucault, M. (1978). *História da Loucura na Idade Clássica*. (Cap. II). A Grande Interação. (Trad. José Teixeira Coelho Netto). Editora Perspectiva.
- Foucault, M. (1984). *Doença mental e psicologia*. (Cap. V). A Constituição Histórica da Doença Mental. (Trad. Lilian Rose Shalders). Coleção Biblioteca Tempo Universitário, 11, (2). Editora Tempo Brasileiro.
- Foucault, M. (2011). *O Nascimento da Clínica*. (7ª edição). Editora Forense Universitária.
- Fukui, S., Starnino, V. R, Susana, M., Davidson, L. J, Cook, K., Rapp, C.A, & Gowdy, E. A. (2011). Effect of Wellness Recovery Action Plan (WRAP) participation on psychiatric symptoms, sense of hope, and recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(3), 214-222. <https://doi.org/10.2975/34.3.2011.214.222>
- Gairén-Sallán J. (1993). La autoevaluación adridcional como vía para mejorar los centros educativos. *Sociedad Española de Pedagogía*, 45(3), 331-350. http://www.terras.edu.ar/biblioteca/17/17GSTN_Gairin_1_Unidad_6.pdf
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. Atlas Editora.
- Gil, A. C. (2002). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. (4ª edição). Atlas Editora.
- Gjersing, L., Caplehorn, J. R., & Clausen, T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC*

- Medical Research Methodology*, 10(10), 13. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-13>.
- Godoy, M. G. (2015). *Atenção psicossocial: conceitos, diretrizes e dispositivos clínicos*. UNA-SUS. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1838>
- Goffman, E. (2008). *Manicômios, prisões e conventos*. Editora Perspectiva.
- Góis, C. W. (s/a). Psicologia comunitária. *Universitas Ciências da Saúde*, 1(2), 277-297,
- Gonçalves, R. W., Vieira, F. S., & Delgado, P. G. (2012). Mental health policy in Brazil: Federal expenditure Evolution between 2001 and 2009. *Revista de Saúde Pública*; 46(1), 51-58. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000085>.
- González-Rey, F. L. (2011). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. Cengage Learning.
- Gorenstein, C., Wang, Y-P., & Hungerbühler, I. (2015). *Instrumentos de avaliação em saúde mental*. Artmed Editora.
- Gottfredson, D. C., Cook, T. D., Gardner, F. E. M., Gordan-Smith, D., How, G. W., Sandler, I. N., & Zafft, K. M. (2015). Standards of evidence for efficacy, effectiveness and scale-up research in prevention science: next generation. *Prevention Science*, 16, p. 893-926. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0555-x>
- Grigolo, T. M. (2010). O Caps me deu voz, me deu escuta: um estudo das dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial na perspectiva de trabalhadores e usuários. *Universidade de Brasília-UnB*. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/7193>
- Grigolo, T. M. (2010). O sofrimento psíquico grave e os princípios para uma nova clínica no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: Costa, I. I. (Org.) *Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: caminhos para uma abordagem complexa*. (pp. 220-230). Kaco Editora.
- Grigolo, T. M., Garcia-Jr, C. A. S., Peres, G. M., & Rodrigues, J. (2015). O projeto terapêutico singular na clínica da atenção psicossocial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 7(15),53-73. <https://doi.org/10.5007/68912>
- Grigolo, T. M., Alvim, S., Chassot, C. S., & Silva, V. V. S. (2017). Plano pessoal de ação para bem-estar e recovery: experimentando o "WRAP" no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9(21), 300-320. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v9i21.69552>
- Hambleton, R. K. (2005). Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. In: R. K. Hambleton, P. F. Merenda, & C. D. Spielberger (Eds.). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment* (pp. 3-38). Lawrence Erlbaum.

- Higgins, A., Callaghan, P., Devries, J., Keogh, B., Morrissey, J., Nash, M., Ryan, D., Gijbels, H., & Carter, T. (2012). Evaluation of mental health recovery and Wellness Recovery Action Planning education in Ireland: a mixed methods pre-postevaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 68(11), 2418-2428.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05937.x>
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1):297-305. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>
- Hungerbühler, I., & Wang, Y-P. (2015). Aspectos transculturais na adaptação de instrumentos. In: Gorenstein, C., Wang, Y-P., & Hungerbühler, I. *Instrumentos de avaliação em saúde mental*. Artmed Editora, p. 12-17.
- Jorge, M. R. (1998). Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa em saúde mental. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 233-9.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-228049>
- Junior, E. B.; Oliveira, G. S.; Santos, A. C. O; & Schnekenberg, G. F. (2021). Análise documental como percurso metodológico. *Cadernos da Fucamp*, 20(44), 36-51.
<https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2356/1451>
- Kraus, S. W., & Stein, C. H. (2013). Recovery-Oriented Services for Individuals with Mental Illness and Case Managers' Experience of Professional Burnout. *Community Mental Health Journal - Springer Journal Health*, 49(1), 7-13.
<https://doi.org/10.1007/s10597-012-9505-2>
- Kripka, R. M. L., Scheller, M., & Bonotto, D. L. (2015). Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. *Revista de investigaciones UNAD*, 14(2), 55-73.
<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/252>
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., Smith, P., & Bellamy, N. (2002). Cultural sensitivity in universal familybased prevention interventions. *Prevention Science*, 3(3), 241-244. <https://doi.org/10.1023/A:1019902902119>
- Kumpfer, K. L., Pinyuchon, M., Teixeira de Melo, A., & Whiteside, H. O. (2008). Cultural adaptation process for international dissemination of the Strengthening Families Program. *Evaluation & The Health Professions*, 31, 226-239.
<https://doi.org/10.1177/0163278708315926>
- Lancetti, A. (2015). *Contrafissura e Plasticidade Psíquica*. Saúde e Loucura/Políticas do Desejo. (1ª edição). Editora Hucitec.
- Lancetti, A. (2016). *Clínica Peripatética*. Saúde e Loucura/Políticas do Desejo. (10ª edição). Editora Hucitec.
- Lane, S. (2008). Histórico e Fundamentos da Psicologia Comunitária no Brasil. In: Campos, R. H. F. (Org.). *Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia*. (14ª edição). Editora Vozes.
- Gordon, J., & Cassidy, J. (2009). Wellness Recovery Action Plan (WRAP) Training for BME women: an evaluation of process, cultural appropriateness and

- effectiveness. *Scottish Recovery Network*, <https://scottishrecovery.net/wp-content/uploads/2009/04/BME-WRAP-Full-report.pdf>
- Laville C. & Dionne J. (1999). *A construção do saber – manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Editora UFMG, 340 p.
- Leal, E. M.; M., Serpa-Jr., O. D., Muñoz, N. M, Goldenstein, N., & Delgado, P. G. G. (2006). Psicopatologia da autonomia: a importância do conhecimento psicopatológico nos novos dispositivos de assistência psiquiátrica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, IX (3), 433-446. <https://doi.org/10.1590/1415-47142006003005>
- Leal, E. M., Muñoz, N. M., & Serpa-Jr., O. D. (2019). Além da compulsão e da escolha: autonomia, temporalidade e recuperação pessoal. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 22(1), 130-149. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2018v22n1p130.8>
- Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*, 8(1), 605-609. <https://doi.org/10.1093/schbul/15.2.197>
- Lima, E. M. F. A., & Yasui, S. (2014). Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Revista Saúde Debate*, 38(102), 593-606. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140055>.
- Mak, W.WS, Chan, R. CH, Pang, I. HY, Chung, N. YL., Yau, S. SW, & Tang, J. PS. (2016). Effectiveness of Wellness Recovery Action Planning (WRAP) for Chinese in Hong Kong, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 19(3), 235-251, <https://doi.org/10.1080/15487768.2016.1197859>.
- Marsiglia, F., & Booth, J. (2015). Cultural adaptation of interventions in real practice settings. *Research on Social Work Practice*, 25(4), 423-432. <https://doi.org/10.1177/1049731514535989>
- Menezes, J. C. L. & Murta, S. G. (2018). Adaptação Cultural de Intervenções Preventivas. *Psico-USF*, 23(4), 681-691. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712018230408>
- Melo, M. H. S., Rodrigues, D. R. S. R., & Conceição, M. I. G. (2015). Avaliação de programas de promoção e prevenção no âmbito da saúde mental. In: Murta, S. G., Leandro-França, C., Santos, K.B., & Polejack, L. (Orgs.). *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*. Sinopsys Editora. p. 212-219.
- Mead, S., & Copeland, M. H. (2000). What recovery means: Consumers perspectives. *Community Health Journal*, 36(3), 315-328. <https://doi.org/10.1023/a:1001917516869>
- Minayo, M. C. S. (2017). Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Qualitativa*, 5(7), p. 01-12. <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>

- Moré, C. L. O. O. (2015). A “entrevista em profundidade” e “semiestruturada”, no contexto da saúde: Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. *Livro de Resumos de Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*, 3, Quarto Congresso Iberoamericano em Investigação Qualitativa e Sexto Simpósio Internacional de Educação e Comunicação.
- Moreira, S. V. (2005). Análise documental como método e como técnica. In: Duarte, J.; Barros, A. (Org.). *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. Atlas Editora, p. 269-279.
- Mueser, K. T., & Cook, J. A. (2013). Introduction to the special issue on illness self-management [editorial]. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(4), 229–230. <https://doi.org/10.1037/prj0000036>
- Murta, S. G., França, C. L., Santos, K. B., & Polejack, L. (2015). *Prevenção e Promoção em Saúde Mental: Fundamentos, Planejamento e Estratégias de Intervenção*. Editora Sinopsys.
- Oliveira, W. F. (2017). Recovery: O desvelar da práxis e a construção de propostas para aplicação no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9(21), 321-330. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v9i21.69553>
- Olney, M. F., & Emery-Flores, D. S. (2017). “I Get My Therapy from Work”: Wellness Recovery Action Plan Strategies That Support Employment Success. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 60(3), 175-184. <https://doi.org/10.1177/0034355216660059>
- 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*. National Association of State Mental Health Program Directors – National Technical Assistance Center.
- Onocko-Campos, R. (2001). Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde debate*, 25(58), 98-111. <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/rosana2001clinicaapalavranegada.pdf>
- Onocko-Campos, R. (2003). A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Campos, G. W. S. *Saúde Paidéia*. Editora Hucitec.
- Onocko-Campos, R. T., Passos, E., Palombini, A. L., Santos, D. V. D., Stefanello, S., Gonçalves, L. L. M., Andrade, P. M., & Borges, L. R. (2013). A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2889-2898. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000013>
- Onocko-Campos, R. T., Costa, M., Pereira, M. B., Ricci, E. C., Enes, G. S. T., Janeth, L., Chavez, E., Reis, G. & Davidson, L. (2017). Recovery, citizenship, and psychosocial rehabilitation: A dialog between Brazilian and American mental

- health care approaches. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 20(3),311–26. <https://doi.org/10.1080/15487768.2017.1338071>
- Onocko-Campos, R., Furtado, J. P., Trapé, T. L., Emerich, B. F., & Surhus, L. T. L. S. (2017). Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. *Saúde em Debate*, 41,71-83. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s07>
- Osborn, L. A., & Stein, C. H. (2016). Mental Health Care Providers' Views of Their Work with Consumers and Their Reports of Recovery-Orientation, Job Satisfaction, and Personal Growth. *Community Mental Health J. Springer*, 52, 757–66. <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-015-9927-8>
- Pasquali L. (2010). Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. In: Pasquali, L., (Org.). *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*. Artmed, p. 165-98.
- Pasquali L. (2015). Princípios de elaboração de escalas. In: Gorenstein, C., Wang, Y-P., & Hungerbühler, I. (Col). *Instrumentos de avaliação em saúde mental*. Artmed Editora, p. 4-12.
- Petros, R., & Solomon, P. (2020). Examining factors associated with perceived recovery among users of wellness recovery action plan. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 43(2), 132–139. <https://doi.org/10.1037/prj0000389>.
- Pereira, M. B. (2019). *Avaliação de serviços de saúde mental: validação da versão para trabalhadores de instrumento de avaliação de Recovery*. (Tese de doutorado). Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP, Faculdade de Ciências Médicas.
- Portocarrero, V. (2002). *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Loucura & Civilização, 4. Editora Fiocruz. <http://books.scielo.org>.
- Pratt, R., MacGregor, A., Reid, S., & Given, L. (2012). Wellness Recovery Action Planning (WRAP) in self-help and mutual support groups. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(5), 403–405. <https://doi.org/10.1037/h0094501>
- Ralph, R. (2005). Verbal definitions and visual models of recovery: Focus on the recovery model. In R. Ralph, & P. Corrigan (Eds.), *Recovery in Mental Illness Broadening our understanding of wellness*. American Psychological Association.
- Resende, H. (1987). Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In Tundis, S. A. & Costa, N. do R. (Org.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (pp. 15-73). Coleção Saúde e Realidade Brasileira, (1ª edição). Editora Vozes.
- Resnicow, K., Soler, R., Braithwaite, R., Ahulwalia, J., & Butler, J. (2000). Cultural sensitivity in substance use prevention. *Journal of Community Psychology*, 28, 271-290. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(200005\)28:3<271:AID-JCOP4>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(200005)28:3<271:AID-JCOP4>3.0.CO;2-I)

- Rui, T.; Fiore, M.; Tófoli, L. F. (2016). *Pesquisa preliminar de avaliação do Programa 'De Braços Abertos'*. Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD)/ Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM).
- Ruiz-Olabuénaga, J. I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto.
- Samhsa. (2013). National Registry of Evidency-based Programs and Practices. *Wellness Recovery Action Plan (WRAP)*.
<https://nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=208%20on%2010/30/2013>
- Sandoval, C. (2020). *Taking Control: Application of Wellness Recovery Action Plan with Individuals with Chronic Pain in Improvement of Pain Management Skills and Mental Health Symptoms*. Dissertations Publishing, Alliant International University. <https://dl.acm.org/doi/abs/10.5555/AAI27998560>
- Sandoval, L. A. N., Corrêa, A. O., & Abreu, S. (2015). Adaptação cultural de programas de prevenção e promoção em saúde mental baseados em evidências. In: Murta, S. G., Leandro-França, C., dos Santos, K. B., & Polejack, L. *Prevenção e promoção em saúde mental*. (pp. 249-262). Sinopsys editora.
- Santos, J. C. (2013). *Estigma da doença mental compreensão e ação dos trabalhadores CAPS*. (Dissertação de Mestrado), Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- Santos, K. B., & Murta, S. G. (2015). A implementação de programas de promoção e prevenção no âmbito da saúde mental. In: Murta, S. G., Leandro-França, C., dos Santos, K. B., & Polejack, L. *Prevenção e promoção em saúde mental*. (pp. 249-262). Sinopsys editora.
- Schneider, D. R. (2008). O Método Biográfico em Sartre: contribuições do Existencialismo para a Psicologia. *Estudos em Psicologia da UERJ*, 8(2), 289-308. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/10745/8437>
- Schneider, D. R. (2009). Caminhos históricos e epistemológicos da psicopatologia: contribuições da fenomenologia e existencialismo. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 1(2), 62-76. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v1i2.68474>
- Schneider, D. R. (2010). Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), 687-698. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000300011>
- Segrott, J., Holliday, J., Rothwell, H., Foxcroft, D., Murphy, S., Scourfield, J., Hood, K., & Laurence, M. (2013). Cultural adaptation and intervention integrity: A response to Skarstrand, Sundell and Andreasson. *European Journal of Public Health*, 24, 354-55. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku039>
- Serpa-Jr, O. D., Onocko-Campos, R., Malajovich, N., Pitta, A. M., Diaz, A. G., Dahl, C., & Leal, E. (2014). Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 24(4), 1053-1077. <https://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01053.pdf>

- Serpa-Jr., O. D.; et al. (2017). Relatos de experiências em Recovery: Usuários como tutores, familiares como cuidadores/pesquisadores e efeitos destas práticas em docentes e pesquisadores em saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9(21), 250-70. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v9i21.69549>
- Slade, M. (2009). *100 ways to support recovery. A guide for mental health professionals, vol. 1*, Rethink recovery series.
- Silveira, L. C., & Braga, V. A. B. (2005). Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13(4), 591-5. <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a19>.
- Silveira, A., & Braga, V. A. B. (2017). Recovery e experiência brasileira na atenção psicossocial: diálogos e aproximações. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9(21), 17-30. <https://doi.org/10.5007/69533>
- Simpson, A., Hannigan, B., Coffey, M., Barlow, S., Cohen, R., Jones, A., Vřetečková, J., Faulkner, A., Thornton, A., & Cartwright, M. (2016). Recovery-focused care planning and coordination in England and Wales: a cross-national mixed methods comparative case study. *BMC Psychiatry*, 16(147). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0858-x>
- Sireci, S. G., Yang, Y., Harter, J., & Ehrlich, E. J. (2006). Evaluating guidelines for test adaptations: A methodological analysis of translation quality. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 37(5), 557-567. <https://doi.org/10.1177/0022022106290478>
- Spaniol, L. (2008). What Would a Recovery-Oriented Program Look Like? *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 13(1), 57-66. https://www.researchgate.net/publication/286557820_What_would_a_recovery-oriented_program_look_like
- Spohr, B., & Schneider, D. R. (2009) Bases epistemológicas da antipsiquiatria: A influência do Existencialismo de Sartre. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 15(2), 115-125. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672009000200007
- Starnino, V. R., Mariscal, S., Holter, M. C., Davidson, L. J., Cook, K. S., Fukui, S., & Rapp, C. A. (2010). Outcomes of an illness self-management group using Wellness Recovery Action Planning. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(1), 57-60. <https://doi.org/10.2975/34.1.2010.57.60>
- Steckler, A., & Linnan, L. (2002). Process evaluation for public health interventions and research: an overview. In: L. Linnan, & A. Steckler (Eds). *Process evaluation for public health interventions and research* (pp. 1-21), Jossey-Bass Publishers.
- Stirman, S. W., Miller C. J., Toder, K., & Calloway, A. (2013). Development of a framework and coding system for modifications and adaptations of evidence-based interventions. *Implement Science*, 8, 65. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-65>.

- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciência & Saúde*, 9(1), 25-59. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>.
- Tondora, J., Miller, R., Slade, M., & Davidson, L. (2014). *Partnering for recovery in mental health: a practical guide to person-centered planning*. (2ª ed.). John Wiley & Sons Ltda, 204 p.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>
- Vasconcelos, E. M.; (2000) Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento dos usuários. In: Amarante, P. (Org.). *Ensaios: subjetividade, saúde mental e sociedade*, Editora Fiocruz.
- Vasconcelos, E. M. & Weingarten, R. (2006). (Org.). *Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental*. Hucitec.
- Vasconcelos, E. M. (2007). Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. *Vivência*, 32,173-206. <https://antigo.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/68427/41206>
- Vasconcelos, E. M. (2008). (Org.). *Abordagens psicossociais, vol. II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares*. Hucitec.
- Vasconcelos, E. M. (2009). Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1), CD-ROM. <https://doi.org/10.5007/68427>
- Vasconcelos, E. M. (2013). Conceitos básicos para se entender as propostas e estratégias de empoderamento no campo da saúde mental. In: Vasconcelos, E. M. (2013). (Coord.) *Manual [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais da saúde e saúde mental*. (pp. 46-49). Escola de Serviço Social da UFRJ, Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde.
- Vasconcelos, E. M. (2013). Histórico, princípios ético-políticos e processo metodológico de construção do Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental. In: Vasconcelos, E. M. (2013). (Coord.) *Manual [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais da saúde e saúde mental*. (pp. 70-94). Escola de Serviço Social da UFRJ, Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde.
- Vasconcelos, E. M. & Rodrigues, J. (2013). Quadro atual da organização e agenda política dos usuários e familiares em saúde mental no Brasil. In: Vasconcelos, E. M. (2013). (Coord.) *Manual [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais da saúde e saúde mental*. (pp. 85-115). Escola de Serviço Social da UFRJ, Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde.

- Vasconcelos, E. M. (2013). As narrativas pessoais na modernidade e sua importância na saúde mental e na atenção profissional com foco psicossocial. In: Nicacio, E.M. & Bisneto, J.A. (2013) (Org.). *A prática do assistente social na saúde mental*. (pp. 99-122). Editora UFRJ.
- Vasconcelos, E. M. & Desviat, M. (2017). Empowerment and recovery in the mental health field in Brazil: socio-historical context, cross-national aspect, and critical considerations. *American Journal of Phychiatric Rehabilitation*, 20(3), (pp. 282-297). ISSN 1548-7776.
https://www.researchgate.net/publication/318874682_Empowerment_and_recovery_in_the_mental_health_field_in_Brazil_Socio-historical_context_cross-national_aspects_and_critical_considerations
- Vasconcelos, E. M. (2017). As abordagens Anglo-Saxônicas de Empoderamento e Recovery (Recuperação, Restabelecimento) em saúde mental I: uma apresentação histórica e conceitual para o leitor brasileiro. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9(21), pp. 31-47. ISSN 1984-2147
<https://doi.org/10.5007/cbsm.v9i21.69535>
- Vasconcelos, E. M. (2017). As abordagens Anglo-Saxônicas de Empoderamento e Recovery (Recuperação, Restabelecimento) em saúde mental II: uma avaliação crítica para uma apropriação criteriosa no cenário brasileiro. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9(21), pp. 48-65. ISSN 1984-2147.
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69535>
- Wilson, J. M., Hutson, S. P., & Holston, E. C. (2013). Participant Satisfaction with Wellness Recovery Action Plan (WRAP), *Issues in Mental Health Nursing*, 34(12), 846-854, <https://doi.org/10.3109 / 01612840.2013.831505>.
- Weingarten, R. (2001). *O movimento de usuários em saúde mental nos Estados Unidos: história, processos de ajuda e suportes mútuos e militância*. Instituto Franco Basaglia e Projeto Transversões.
- Weingarten, R., Alvim, S. P. (2015). *Fazendo o seu plano pessoal para o reestabelecimento (recovery) e bem-estar*. XI Encontro Catarinense de Saúde Mental, Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC.
- White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of substance abuse treatment*, 33(3), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.04.015>
- World Health Organization, WHO. (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. https://doi.org/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1
- World Health Organization, WHO. (2017). *Realising recovery and the right to mental health and related services, WHO QualityRights training to act, unite and empower for mental health (pilot version)*.
https://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/QRs_flyer_eng_2017

- Yasui, S., & Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental, *Saúde em Debate*, 32(78-79-80), 27-37. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4063/406341773003>
- Yasui S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Loucura e Civilização. Editora Fiocruz.
- Zhang, W., Wong, S., Li, Y., Yeh, H., & Zhao, Y. (2009). The Wellness Recovery Action Plan (WRAP): Effectiveness with Chinese consumers. *Aotearoa New Zealand Social Work*, 21(4), 94-102. <https://doi.org/10.11157/anzswj-vol21iss4id265>.

APÊNDICES

Apêndice A - Síntese dos Materiais e Produções do WRAP Brasil (2015-2019)

| Material / Produção | Ano | Pessoal / Responsável | Descrição | Tipo de Material / Produção |
|--|-------------------|--|---|---|
| Estudos para implementação do projeto do primeiro piloto do WRAP Brasil. | 2015 | Tânia Maris Grigolo Silvana Alvim | Estudos preliminares e reuniões de planejamento para a implementação do Grupo de Estudos em <i>Recovery</i> na Faculdade Cesusc, entre os objetivos a implementação do projeto do primeiro piloto do WRAP Brasil. | Registro de reuniões |
| Primeiro trabalho apresentado sobre o WRAP no Brasil | 2015 | Richard Weingarten (EUA) Silvana Alvim | Weingarten, R., Alvim, S. P. (2015). <i>Fazendo o seu plano pessoal para o reestabelecimento (recovery) e bem-estar</i> . XI Encontro Catarinense de Saúde Mental, Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC. | Anais do evento |
| 1ª TRADUÇÃO para o Brasil – <i>WRAP WORKBOOK – WELLNESS RECOVERY ACTION PLAN</i> De Mary Ellen Copeland WRAP BRASIL: “PLANO DE AÇÃO PARA O BEM-ESTAR E RECUPERAÇÃO EM SAÚDE MENTAL” | 2016 - 2017 | Silvana Alvim (Brasil) Revisão: Richard Weingarten (EUA) Supervisão: Tânia Maris Grigolo | Cartilha como um guia orientador para aplicação do WRAP no Brasil. Traduzido Baseada no trabalho da Mary Ellen Copeland – WRAP - Wellness Recovery Action Plan. | Digital – Word / PDF Impresso A4 encadernado |
| “WRAP DE BOLSO” Plano de Ação Pessoal para o Bem-estar e | 2016 | Silvana Alvim Tânia Maris Grigolo | Produto desenvolvido que passa a ser utilizado ao longo das intervenções dos projetos pilotos do WRAP | Impresso papel couchê dobrável |

| | | | | |
|--|------|--|--|---------------------------------------|
| <p>Recovery em Saúde Mental</p> <p>(impresso com dobras laranja)</p> | | | <p>Brasil.</p> <p>Funcionalidade:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Registrar a “Caixa de Ferramentas do Bem-estar” 2. Registrar a lista de “Manutenção Diária” 3. Registrar quais são os “Gatilhos” e o Plano de Ação 4. Registrar quais são os “Sinais de Alerta” e o Plano de Ação 5. Registrar “Quando as coisas não estão dando certo” e o Plano de Ação 6. Resumo dos Sinais de Crise – Contatos importantes na Crise – Coisas que me ajudam na Crise e coisas que me atrapalham na Crise. | |
| <p>“PLANO DE CRISE DE BOLSO – WRAP”</p> <p>(impresso com dobras verde)</p> | 2016 | <p>Silvana Alvim Tânia Maris Grigolo</p> | <p>Produto desenvolvido que passa a ser utilizado nos últimos encontros, na sessão que trabalhará o tema Crise ou Colapso. É uma síntese do que já foi desenvolvido ao longo das intervenções que passa a ter este registro de forma a ser utilizado quando o participante estiver em Crise.</p> <p>Funcionalidade dos registros:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “Como sou quando estou bem” 2. “Sinais de que as pessoas de apoio precisam intervir” 3. Nome e telefone de quem são os “Suportes e as pessoas de apoio” 4. Nome e telefone de quem são “Meus Profissionais de Referência” 5. Quais são as “Medicações que estou | <p>Impresso papel couchê dobrável</p> |

| | | | | |
|---|------|---|--|-------------------|
| | | | <p>usando” – As medicações aceitáveis quando estiver em crise – As medicações a serem evitadas</p> <p>6. Quais são os “Tratamentos que me fazem bem” – “Tratamentos a serem evitados”</p> <p>7. Em caso de Internações, “Se necessário, eu prefiro ser internado em:” – “Lugares para evitar”</p> <p>8. “Coisas que me ajudam quando estou em crise” – “Coisas que precisam ser feitas por outros até eu me reestabelecer” – “Coisas que não me ajudam quando estou em crise”</p> <p>9. “Como as pessoas de apoio poderão perceber que este plano não é mais necessário”</p> <p>10. “Eu _____, desenvolvi este plano. Qualquer plano mais recente substituirá este. Assinatura, data. Testemunha 1 e 2 e data. Assinatura do Advogado, se houver com telefone.</p> | |
| Planejamento e cronograma de atividades do WRAP 1 | 2016 | Silvana Alvim Carolina Seibel Chassot Virgínia Viana Silveira da Silva Tânia Maris Grigolo. | <p>Cronograma desenvolvido para a primeira versão do projeto piloto que ocorreu de abril a junho de 2016 na Faculdade Cesusc. Contou com nove encontros e foi organizado em Data, Horário, Temas trabalhados e a Equipe responsável.</p> | Digital |
| TCLE – Pesquisa WRAP Brasil | 2016 | Silvana Alvim Carolina Seibel Chassot Virgínia Viana Silveira da Silva Tânia Maris Grigolo | <p>Documento elaborado para avaliar em pesquisa científica o resultado das duas oficinas iniciais, dos pilotos do WRAP BRASIL. A pesquisa apresentará os primeiros resultados das intervenções, analisando a</p> | Digital – em Word |

| | | | | |
|---|------------|---|---|----------------|
| | | | funcionalidade do WRAP no Brasil. Para além de medir se atinge bons resultados, visará compreender se há necessidade de modificações diante da realidade e contexto brasileiro. | |
| Roteiro orientador para realização de Grupo Focal – WRAP Brasil | 2016 | Tânia Maris Grigolo Silvana Alvim Virgínia Vianna Silveira da Silva | Elaboração de um tutorial com palavras-chaves e perguntas que direcionem às questões do “Plano de Ação Pessoal para o Bem-estar e Recovery em Saúde Mental”. São preliminares ao desenvolvimento de questionário pré-teste e pós-teste e escala de satisfação. Baseados na abordagem Recovery e nos estudos sobre sofrimento psíquico, bem-estar e saúde mental. Palavras-Chaves: Autonomia. Protagonismo. Emancipação. Empoderamento. | Digital – Word |
| Projeto WRAP USA_(jan.2016) <i>Pilot Project - WRAP Workshops in Santa Catarina, Brazil.</i> | 2016 -1 | Silvana Alvim Carolina Seibel Chassot | O projeto teve como objetivo geral captar recursos e parcerias para viabilizar financeiramente o projeto. Através desse projeto justificou-se o orçamento da turma piloto e recebimentos de apoio financeiro. O recurso foi utilizado no material didático, <i>coffee-break</i> e ajuda de custo para as facilitadoras. O trabalho estabelece como objetivo a longo prazo, desenvolver um Sistema de Educação para Recovery, pela metodologia WRAP, fornecendo apoio ao Governo brasileiro em suas políticas, estratégias e ações nas esferas de saúde mental e bem-estar. | Digital – Word |

| | | | | |
|--|-------------|---|--|--------------------|
| | | | O trabalho escrito em inglês contém os tópicos: Resumo, Introdução, Problema, Proposta sugerida, Organização de implementação e membros da equipe, Objetivos do Programa/Projeto (longo prazo), Método, Avaliação de resultados, Previsão de despesas. | |
| Lista de Presenças WRAP (2016-2 a 2017-2) | 2016 - 2017 | Tânia Maris Grigolo Silvana Alvim Virgínia Vianna Silveira da Silva | Materiais manuscritos e digitados | Digital – Word |
| Questionário de Satisfação da Aplicação Piloto da Oficina WRAP Brasil | 2016 | Silvana Alvim Virgínia Viana Silveira da Silva Carolina Seibel Chassot Tânia Maris Grigolo | Foi aplicado ao final do último dia do estudo piloto, com todos os participantes presentes. O questionário foi respondido de maneira anônima. 11 questões objetivas 03 questões descritivas/subjetivas | Impressos |
| Tabulação de Questionário de Satisfação da Aplicação Piloto da Oficina WRAP Brasil | 2016 | Silvana Alvim Virgínia Viana Silveira da Silva Carolina Seibel Chassot Tânia Maris Grigolo | Apresentação das respostas em tabela. 11 questões objetivas e 03 questões descritivas/subjetivas. A impressão dos resultados, demonstra a assertividade e eficácia das intervenções da oficina piloto. | Digital – Word |
| Relatório final 2016 Projeto Piloto Oficinas WRAP em Santa Catarina, Brasil | 2016 | Silvana Alvim Carolina Seibel Chassot Virginia Vianna Silveira da Silva Tania Maris Grigolo Consultor: Richard Weingarten (EUA) | Estudo realizado que traz as percepções sobre o projeto e os resultados preliminares da primeira experiência de intervenção no Brasil. | Digital – Word/PDF |
| I Colóquio Internacional de Recovery em São | 2016 | Tania Maris Grigolo Silvana Alvim | Organizado pelo CFP e com parceiros internacionais. Apresentou-se como marco | |

| | | | | |
|--|------|---|--|-----------------|
| Paulo-SP | | | histórico nas intervenções em psicologia e estágios acadêmicos o <i>Recovery</i> enquanto prática em saúde mental. Na ocasião analisava-se os resultados do piloto WRAP e a discussão das necessidades de adaptação cultural. | |
| Projeto para implementação de estudo piloto na área de extensão e como campo de estágio em psicologia - WRAP no CESUSC (solicitação de apoio financeiro) WRAP 3 e WRAP 4 | 2017 | Tânia Maris Grigolo | Apresentação de projeto para a Faculdade Cesusc com solicitação para campo de estágio em saúde mental e como curso de extensão da faculdade. Solicitação de apoio financeiro para viabilização dos dois projetos pilotos WRAP 3 e WRAP 4. 1º semestre de 2017 e no 2º semestre de 2017. Apresentado um cronograma e orçamento e parceria com o Instituto Arco Íris de Florianópolis. | Digital – Word |
| Relato - 3º encontro Oficina WRAP 3 2017 | 2017 | Silvana Alvim Virginia Vianna Silveira da Silva | Diário de campo com observações de facilitadora | Digital – Word |
| Lista de Presença WRAP 3 (abril 2017) | 2017 | Silvana Alvim Virginia Vianna Silveira da Silva | Material manuscrito | Digital – Word |
| 5º Congresso Brasileiro de Saúde Mental. São Paulo | 2017 | Tânia Maris Grigolo Silvana Alvim Carolina Seibel Chassot | Alvim, Silvana P; Chassot, C; Grigolo, T. <i>Aproximações brasileiras com a proposta internacional de recovery em saúde mental: a experiência do CESUSC, Florianópolis. 5º Congresso Brasileiro de Saúde Mental. São Paulo, Brazil 26-28 maio 2017. Universidade Paulista (UNIP).</i> | Anais do evento |
| Publicação de Artigo científico no Cadernos Brasileiros de Saúde Mental | 2017 | Tânia Maris Grigolo Silvana Alvim Carolina Seibel Chassot Virginia Vianna Silveira | O artigo apresenta os resultados preliminares de um dos projetos pilotos que buscou implementar e | Digital - PDF |

| | | | | |
|---|------|---|--|------------------------------------|
| ISSN 1984-2147 v.9, n.21, p.300-320, 2017. PLANO PESSOAL DE AÇÃO PARA BEM-ESTAR E RECOVERY: EXPERIMENTANDO O "WRAP" NO BRASIL | | da Silva | avaliar a metodologia WRAP no Brasil. | |
| I Colóquio Internacional Recovery e Cidadania | 2017 | Silvana Alvim Tatiane Fuggi (Instituto Arco-Íris) Virginia Vianna Silveira da Silva | Organizado na Faculdade Cesusc a aula inaugural do curso de psicologia. Palestras, oficinas e Mesas Redonda: Plano de Ação para o bem-estar e Recovery: experimentando o WRAP no Brasil | Anais do evento |
| Apresentação oral na 2ª Jornada de Iniciação e Integração Científica da Faculdade Cesusc PLANO PESSOAL DE AÇÃO PARA BEM-ESTAR E RECOVERY: EXPERIMENTANDO O "WRAP" NO BRASIL | 2017 | Tânia Maris Grigolo Silvana Alvim Carolina Seibel Chassot Virginia Vianna Silveira da Silva | Trabalho que apresenta o artigo publicado que reúne sobre a metodologia do WRAP no Brasil, com resultados preliminares de um dos projetos pilotos que buscou implementar e avaliar a metodologia WRAP no Brasil. | Digital – power point |
| Publicação de Resumo nos Cadernos de Iniciação Científica da Faculdade Cesusc. ISSN 2526-0537 PLANO PESSOAL DE AÇÃO PARA BEM-ESTAR E RECOVERY: EXPERIMENTANDO O "WRAP" NO BRASIL | 2017 | Tânia Maris Grigolo Silvana Alvim Carolina Seibel Chassot Virginia Vianna Silveira da Silva | Resumo sobre a apresentação na 2ª Jornada de Iniciação e Integração Científica da Faculdade Cesusc | Digital – Revista eletrônica |

| | | | | |
|--|------|--|--|---------------------------|
| Relatório de Estágio em Psicologia – WRAP 3 Instituto Arco Íris | 2017 | Silvana Alvim Virginia Vianna Silveira da Silva Tânia Maris Grigolo | Estágio realizado no Instituto Arco Íris de Florianópolis. | Digital - Word |
| Ficha de Inscrição WRAP 4 (preenchidas) | 2017 | Tânia Maris Grigolo Silvana Alvim Carolina Seibel Chassot Virginia Viana Silveira da Silva Dalila Regina Zotti | Material manuscrito | Impressas |
| Autorização do uso de imagem WRAP 4 (preenchidas) | 2017 | Tânia Maris Grigolo Silvana Alvim Carolina Seibel Chassot Virginia Viana Silveira da Silva Dalila Regina Zotti | Material manuscrito | Impressas |
| Lista de presença/frequência WRAP 4 (preenchidas) | 2017 | Tânia Maris Grigolo Silvana Alvim Carolina Seibel Chassot Virginia Viana Dalila Regina Zotti | Material manuscrito | Impressas |
| Questionário de Avaliação WRAP Brasil (Pré-teste) Experiência piloto grupo 4 (out.2017) | 2017 | Tânia Maris Grigolo Silvana Alvim Carolina Seibel Chassot Virginia Viana Silveira da Silva Dalila Regina Zotti | Material manuscrito | Impressas |
| Atividade – Desenho coletivo/Dinâmica de apresentação WRAP 4 – (Desenho de todos os participantes) | 2017 | Tânia Maris Grigolo Silvana Alvim Carolina Seibel Chassot Virginia Viana Silveira da Silva Dalila Regina Zotti | Desenhos em papel A4 (19) | Desenhos em papel A4 (19) |
| Pós-teste WRAP 4 – Questionário (preenchidas) | 2017 | Tânia Maris Grigolo Silvana Alvim Carolina Seibel Chassot Virginia Viana Silveira da Silva Dalila Regina Zotti | Material manuscrito | Impressas |

| | | | | |
|---|------|--|--|---------------------------------------|
| Questionário de Satisfação do WRAP 4 (preenchidas) | 2017 | Tânia Maris Grigolo Silvana Alvim Carolina Seibel Chassot Virginia Viana Silveira da Silva Dalila Regina Zotti | Material manuscrito | Impressas |
| Certificados para serem entregues WRAP 4 5 certificados não entregues) | 2017 | Tânia Maris Grigolo Silvana Alvim Carolina Seibel Chassot Virginia Viana Silveira da Silva Dalila Regina Zotti | Certificados que não foram entregues | Impressos |
| Apresentação oral na 4ª Jornada de Iniciação e Integração Científica da Faculdade Cesusc “WRAP – PLANO DE AÇÃO PARA O BEM ESTAR E RECOVERY EM SAÚDE MENTAL - AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO DE UMA FERRAMENTA” | 2018 | Silvana Alvim Dalila Regina Zotti Virgínia Vianna Silveira da Silva Tânia Maris Grigolo | Trabalho apresentado que demonstra as iniciativas para a adaptação cultural do WRAP no Brasil | Digital - power point |
| Publicação de Resumo Cadernos de Iniciação Científica da Faculdade CESUSC ISSN 2526-0537 “WRAP – PLANO DE AÇÃO PARA O BEM ESTAR E RECOVERY EM SAÚDE MENTAL - AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO DE UMA FERRAMENTA” | 2018 | Silvana Alvim Dalila Regina Zotti Virgínia Vianna Silveira da Silva Tânia Maris Grigolo | O estudo se refere a realização preliminar da adaptação cultural do WRAP ao Brasil, prevendo a aplicação, a avaliação e a discussão de resultados, em seguida comparando com as experiências internacionais e a reorientação e ajustes da ferramenta para o contexto brasileiro. | Revista Eletrônica Digital – Word/PDF |
| Projeto WRAP 5 – | 2018 | Dalila Regina Zotti | O estudo contém os itens: | Digital – |

| | | | | |
|---|------|---|--|------------------------|
| Associação Comunitária do Morro das Pedras ACMP (Florianópolis) | | Leslie Maria Finger Roman Tânia Maris Grigolo | Apresentação, Definição de Território, Tema, Problema, Público-alvo, Objetivo Geral, Objetivos Específicos, Metodologia, Planejamento/Cronograma, Referências. | Word |
| Planejamento dos encontros do WRAP 5 | 2018 | Tânia Maris Grigolo Dalila Regina Zotti Leslie Maria Finger Roman | Cronograma com a organização das oficinas | Digital |
| Pré-testes - Questionário WRAP 5 (preenchidos) | 2018 | Dalila Regina Zotti Leslie Maria Finger Roman | Instrumento inicial de avaliação pessoal sobre o estado em saúde mental diante dos elementos centrais do WRAP | Impressas |
| Autorização do uso de imagem WRAP 5 (preenchidas) | 2018 | Dalila Regina Zotti Leslie Maria Finger Roman | Documento assinado pelos participantes | Impressas |
| Carta de Boas-vindas do WRAP 5 | 2018 | Tânia Maris Grigolo Dalila Regina Zotti Leslie Maria Finger Roman | Material que compõe a introdução do WRAP e é entregue aos participantes | Impressos |
| Lista de presença/frequência WRAP 5 (preenchidas) | 2018 | Dalila Regina Zotti Leslie Maria Finger Roman | Controle de participação nas oficinas do WRAP | Impressas |
| Atividade de desenho coletivo/Dinâmica de apresentação WRAP 5 (desenho das facilitadoras que aplicaram) | 2018 | Dalila Regina Zotti Leslie Maria Finger Roman | Atividade que é prevista no primeiro encontro do WRAP | 2 desenhos em papel A4 |
| Questionário de Satisfação do WRAP 5 | 2018 | Dalila Regina Zotti Leslie Maria Finger Roman | Instrumento de avaliação das oficinas do WRAP | Impressos |
| Projeto para Programa de Extensão e Pesquisa: Sofrimento | 2019 | Tania Maris Grigolo Carlos Alexandre da Silva Rodrigues | Projeto submetido a Coordenação de Extensão da Faculdade Cesusc, como | Digital – Word/PDF |

| | | | | |
|---|------|---|--|-------------------------|
| Psíquico, Recovery e Cidadania | | Leslie Maria Finger Roman | Projeto de extensão e pesquisa, em que o Grupo de Estudos passa a se configurar como um Programa de Extensão. Apresenta-se no cronograma de ações que a oficina WRAP 6 é uma das ações do programa. Solicita-se apoio financeiro para materiais, café e certificados. | |
| Projeto WRAP 6 | 2019 | Tania Maris Grigolo Carlos Alexandre da Silva Rodrigues Dalila Regina Zotti | O estudo contém os itens: Apresentação, Definição de Território, Tema, Problema, Público-alvo, Objetivo Geral, Objetivos Específicos, Metodologia, Planejamento/Cronograma, Referências. | Digital – Word/PDF |
| Projeto para atividade de extensão do WRAP 6 | 2019 | Tania Maris Grigolo Carlos Alexandre da Silva Rodrigues | Projeto submetido a coordenação de extensão para realização do WRAP 6 | Digital – Word/PDF |
| Planejamento dos encontros WRAP 6 | 2019 | Carlos Alexandre da Silva Rodrigues Tânia Maris Grigolo Dalila Regina Zotti | Cronograma com a organização das oficinas | Digital – Word Impresso |
| Ficha de Inscrição WRAP 6 (preenchidas) | 2019 | Carlos Alexandre da Silva Rodrigues Tânia Maris Grigolo Dalila Regina Zotti | Preenchimento antes do início do estudo piloto. | Digital – Word Impresso |
| Autorização do uso de imagem WRAP 6 (preenchidas) | 2019 | Carlos Alexandre da Silva Rodrigues Tânia Maris Grigolo Dalila Regina Zotti | Documento assinado pelos participantes | Digital – Word |
| Boas-vindas à Oficina WRAP-Brasil 6 | 2019 | Carlos Alexandre da Silva Rodrigues Tânia Maris Grigolo Dalila Regina Zotti | Material que compõe a introdução do WRAP e é entregue aos participantes | Digital – Word |
| | 2019 | | | |

| | | | | |
|---|------|---|---|----------------|
| Certificados participação WRAP 6 | | Carlos Alexandre da Silva Rodrigues Tânia Maris Grigolo Dalila Regina Zotti | Produção de certificados pela Faculdade Cesusc como formalização do estudo piloto | Digital – Word |
| Questionário Pré-teste WRAP 6 (preenchidos) | 2019 | Carlos Alexandre da Silva Rodrigues Tânia Maris Grigolo Dalila Regina Zotti | Instrumento inicial de avaliação pessoal sobre o estado em saúde mental diante dos elementos centrais do WRAP. | Digital – Word |
| Questionário Pós-teste WRAP 6 (preenchidos) | 2019 | Carlos Alexandre da Silva Rodrigues Tânia Maris Grigolo Dalila Regina Zotti | Instrumento final de avaliação pessoal sobre o estado em saúde mental diante dos elementos centrais do programa. Aplicado no último encontro do WRAP. | Digital – Word |
| Relatório de Estágio Específico em Psicologia do Projeto Piloto WRAP 6 – Faculdade Cesusc | 2019 | Carlos Alexandre da Silva Rodrigues Tânia Maris Grigolo (Supervisão) | O estudo contém os itens: 1. Introdução 2. Fundamentação teórica 3. Atividades realizadas 3.1 Justificativa e Objetivos 3.2 Métodos e Procedimentos 3.3 Relato e discussão das atividades 3.4 Cronograma 5. Considerações finais Referências Anexos | Digital – Word |

Nota: Desenvolvido pelo próprio pesquisador

Apêndice B - Relação de Materiais e Ações comuns a todos os projetos de estudos pilotos do WRAP Brasil (1 a 6)

PLANEJAMENTO DOS ENCONTROS COM CRONOGRAMA DE ATIVIDADES (Datas, horários, atividades a serem realizadas, recursos a serem utilizados, pessoas responsáveis);

FICHA DE INSCRIÇÃO (preenchida, assinada e retida);

AUTORIZAÇÃO DO USO DE IMAGEM (para fins de divulgação institucional - preenchida, assinada e retida);

LISTA DE PRESENÇA/FREQUÊNCIA (a cada encontro preenchida, assinada e retida);

PRÉ-TESTE – Questionário para análise posterior de aspectos de bem-estar em *Recovery* e saúde mental – preenchido no primeiro encontro, anônimo, retido);

PASTA DOS PARTICIPANTES:

Cartas de Boas-vindas (entregue no primeiro dia)

Apresentação – O que é WRAP?

Princípios fundamentais do *Recovery*

Bloco, folhas, pastas e canetas para anotações

PÓS-TESTE – (Questionário para análise posterior de aspectos de bem-estar em *Recovery* e saúde mental – preenchido no último encontro, anônimo, retido);

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO – GRUPO FOCAL;

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO – (emitido com antecedência de acordo com a frequência pela instituição promotora – Entregue em encontro de fechamento com confraternização).

Apêndice C - Roteiro de entrevistas semidirigidas

ROTEIRO PARA A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS SEMI-DIRIGIDAS

(Direcionado as participantes que implementaram os estudos pilotos do WRAP Brasil)

Pesquisa: Análise do processo de adaptação cultural do WRAP (*Wellness Recovery Action Plan*) ao contexto brasileiro.

Pesquisador: Carlos Alexandre da Silva Rodrigues

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Daniela R. Schneider | Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Tânia Maris Grigolo

1. Qual o seu período (ano e semestre) de aproximação com o WRAP? Qual versão do WRAP? Qual era a sua função?
2. Você fez o processo de Plano de Bem-estar? Se sim, quantas vezes e em quais versões?
3. Conte o que você sabe da história do WRAP original e como tiveram conhecimento e resolveram implementá-lo no Brasil
4. A partir da sua experiência com o programa WRAP, conte como se deu o processo de implementação das versões piloto que você contribuiu? Sobre o processo de adaptação cultural o que foi pensado, como foi sua participação?

(reuniões de planejamentos, de revisão de bibliográfica, estudos preliminares, definição de objetivos e metodologia, adaptação de linguagem, adaptação de contexto de dinâmicas, treinamentos, delimitação de público-alvo, de espaço físico e infraestrutura, os registros, avaliação de satisfação e resultados).
5. Como foi sua participação com o WRAP sobre a produção em pesquisa científica (eventos, artigos, etc.)?
6. Conte suas conquistas pessoais e profissionais e/ou acadêmicas com o WRAP?
7. Conte suas dificuldades pessoais e profissionais e/ou acadêmicas com o WRAP?
8. Como foi a sua relação e a relação da equipe do Faculdade CESUSC com os desenvolvedores do WRAP original?
9. Como você percebe os resultados do WRAP Brasil para os usuários em saúde mental, da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que participaram das experiências piloto?
10. Como você avalia o que foi feito sobre a adaptação cultural e quais as possibilidades que você percebe para o WRAP Brasil

Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Centro de Filosofia e Ciências Humanas

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **ANÁLISE DO PROCESSO PILOTO DE ADAPTAÇÃO CULTURAL DO WRAP (WELLNESS RECOVERY ACTION PLAN) AO CONTEXTO BRASILEIRO**, a ser conduzida pelo aluno pesquisador Carlos Alexandre da Silva Rodrigues, coordenada pela Prof.^a Dr.^a Daniela Ribeiro Schneider do Departamento de Psicologia da UFSC, tendo como co-orientadora a Prof.^a Dr.^a Tânia Maris Grigolo.

Para tanto, pedimos a sua atenção e leitura deste documento, o qual busca esclarecer os procedimentos da pesquisa. Informamos que este documento foi elaborado de acordo com as normas da Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas científicas envolvendo seres humanos e pela Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 010/2012.

A pesquisa tem como objetivo geral analisar o processo de adaptação cultural da ferramenta WRAP ao Brasil e trata-se de uma pesquisa no campo da intervenção, prevenção e promoção de saúde que visa contribuir para as práticas de atenção psicossocial e cuidados em saúde mental.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (CEPSH – UFSC)¹. Trata-se de um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, que tem por função defender os interesses dos participantes da pesquisa

¹ Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Prédio Reitoria II R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC CEP 88.040-400. Contato: (48) 3721-6094 cep.propesq@contato.ufsc.br

em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos estabelecidos.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar participar deste estudo, rubrique todas as folhas e assine ao final deste documento. As folhas também terão sido rubricadas pelo pesquisador, e assinadas pelo mesmo, na última página. Este documento está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será responsabilizado(a) de forma alguma.

Sua participação é voluntária, não remunerada e anônima, você poderá solicitar informações durante qualquer fase da pesquisa, inclusive após a sua publicação. Caso haja o consentimento, sua participação ocorrerá por meio de grupo, denominado de grupo focal e/ou em entrevistas semidirigidas, em que você será orientado(a) a relatar suas vivências sobre o tema da pesquisa. O encontro será agendado em local adequado para todos os participantes (podendo ser presencial ou virtual/on-line, de acordo com as normas vigentes de saúde), será mediado pelo pesquisador de forma diretiva com um checklist que compõe como um dos instrumentos de pesquisa.

Caso aceite participar da pesquisa, pedimos sua autorização para que possa gravar som e imagem, por tempo determinado, conforme as diretrizes da Resolução 510/16, a fim de que seja possível realizar a apuração de coleta e tratamento de dados para o bom andamento da pesquisa, sendo que apenas o pesquisador responsável terá acesso direto às informações que forem dadas. Seu nome ou quaisquer dados que possam identificá-lo(a) não serão utilizados, há garantia do sigilo da sua identidade e das informações coletadas. Você pode, a qualquer momento, desistir de participar da pesquisa e sua recusa não implicará qualquer penalidade ou prejuízo.

Participar desta pesquisa poderá oferecer riscos mínimos as condições de saúde mental referentes ao cansaço, desconforto, tédio ou estresse por algum momento de mobilização emocional e/ou sofrimentos psíquicos. Caso isso ocorra, você poderá interromper sua participação na pesquisa sem nenhum problema. Além disso, caso entenda necessário, o pesquisador estará apto a fazer o acolhimento ou lhe encaminhar para outro acolhimento psicológico, caso você manifeste desejo. Outro risco inerente à pesquisa é a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional (por exemplo, perda ou roubo de documentos, computadores, pen drive). Sinta-se absolutamente à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer

justificativa e com a certeza de que você não terá qualquer prejuízo. Havendo algum dano decorrente da pesquisa, o participante terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais e/ou extrajudiciais, conforme a legislação brasileira (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954; entre outras; e Resolução CNS no 510 de 2016, Artigo 19).

Todas as informações colhidas serão analisadas em caráter estritamente científico, os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo e confidencialidade. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas da área da psicologia e afins e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Os resultados finais da presente pesquisa serão divulgados à instituição concedente e aos participantes que tiverem interesse, após a defesa da dissertação de mestrado, em data a ser agendada pela UFSC.

Os dados da sua entrevista serão utilizados apenas para essa pesquisa e ficarão armazenados por pelo menos cinco anos, em sala e armário chaveados, de posse da pesquisadora responsável, podendo ser descartadas (deletados e incinerados) posteriormente ou mantidos armazenados em sigilo.

Você não terá despesas pessoais em qualquer fase deste estudo e também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Caso você tenha alguma despesa ou qualquer prejuízo financeiro em decorrência desta pesquisa, você terá garantia de ressarcimento.

Por outro lado, embora esta pesquisa não lhe ofereça benefícios diretos imediatos, você estará contribuindo na ampliação do conhecimento sobre a utilização da ferramenta WRAP no Brasil, possibilitando assim melhorarmos a atuação desta intervenção em psicologia através da universidade.

Em caso de dúvida ou se você se sentir prejudicado, poderá contatar o aluno pesquisador responsável por meio do telefone “XX XXXXX-XXXX”, ou e-mail: psicologia.casr@gmail.com, ou a orientadora responsável, pelo telefone/celular 48 32351183, ou e-mail danischneiderpsi@gmail.com, ficando garantido que você pode retirar seu consentimento a qualquer momento através de comunicação por e-mail, sem que isto leve a qualquer penalidade.

O pesquisador responsável também assina esse documento e ao assinar este termo, você poderá baixar uma cópia dele, para guardar a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garanta os seus direitos como participante da pesquisa.

Havendo esta necessidade, o(a) senhor(a) deverá eletronicamente aceitar participar da pesquisa, o que corresponderá à assinatura do TCLE, ficando dispensado da assinatura presencial, conservando, contudo, a transparência e a rastreabilidade na relação participante de pesquisa.



PSICLIN - Núcleo de Pesquisas em Clínica da Atenção Psicossocial
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 Tel: 0055-48- 37218607/37219283
 www.psiclin.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, li este documento (ou tive este documento lido por uma pessoa de confiança) e obtive todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar participar da pesquisa **“ANÁLISE DO PROCESSO PILOTO DE ADAPTAÇÃO CULTURAL DO WRAP (WELLNESS RECOVERY ACTION PLAN) AO CONTEXTO BRASILEIRO”**.

_____/_____/_____

Assinatura participante

Data

Eu afirmo que o presente protocolo de pesquisa foi explicado para o indivíduo acima por mim incluindo o propósito, os procedimentos a serem realizados, os possíveis riscos e potenciais benefícios associados à participação neste estudo. Houve tempo suficiente para dúvidas e todas as questões levantadas foram prontamente respondidas, sem exceções.

Carlos Alexandre da Silva Rodrigues

Pesquisador Responsável

Prof.^a Dr.^a Daniela Ribeiro Schneider

Professora Orientadora de Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (a ser preenchido on-line)

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Desta forma, concordo em participar da pesquisa **“ANÁLISE DO PROCESSO PILOTO DE ADAPTAÇÃO CULTURAL DO WRAP (WELLNESS RECOVERY ACTION PLAN) AO CONTEXTO BRASILEIRO”**.

SIM

NÃO

ANEXOS

Anexo A - “WRAP de Bolso - Brasil”

Projeto WRAP - Brasil
Santa Catarina, 2016

HOME

WRAP DE BOLSO

PLANO DE AÇÃO PESSOAL
PARA O BEM-ESTAR E
REESTABELECIMENTO (RECOVERY)
EM SAÚDE MENTAL

CRISE
Se você notar os seguintes sinais:

Entre em contato com:

Medicações:

Coisas que me ajudam:

Coisas que me atrapalham:

1 CAIXA DE FERRAMENTAS PARA O BEM-ESTAR

2 MANUTENÇÃO DIÁRIA

3 GATILHOS

PLANO DE AÇÃO PARA GATILHOS

4 SINAIS DE ALERTA

PLANO DE AÇÃO PARA SINAIS DE ALERTA

5 QUANDO AS COISAS NÃO ESTÃO DANDO CERTO

PLANO DE AÇÃO PARA QUANDO AS COISAS NÃO ESTÃO DANDO CERTO

Fonte: Grupo de Pesquisa e Extensão CNPq – Sofrimento psíquico, *Recovery* e Cidadania

Anexo C – Questionário de Satisfação – WRAP Brasil 1

Questionário de Satisfação da aplicação piloto da Oficina WRAP

- Aplicado ao final do último dia de curso com todos os participantes presentes
- O questionário foi respondido de maneira anônima
- Total de respondentes: 8
- Total de questões objetivas: 11
- Total de questões subjetivas: 3

- Responda de maneira anônima (sem escrever o seu nome) as questões abaixo:

| QUESTÕES | RESPOSTAS | | |
|---|-----------|----------|-----|
| | SIM | UM POUCO | NÃO |
| 1. Você acha que o curso foi útil pra você? | 8 | - | - |
| 2. Foi possível entender o que é o plano de ação (WRAP) durante o curso? | 7 | 1 | - |
| 3. Você está usando seu plano de ação (WRAP) no seu dia a dia? | 5 | 3 | - |
| 4. Você acha que o plano de ação (WRAP) é uma ferramenta útil para as pessoas? | 8 | - | - |
| 5. Você aprendeu mais sobre você mesmo durante o curso? | 7 | 1 | - |
| 6. Você se sente mais capaz de cuidar de você mesmo do que antes de fazer o curso WRAP? | 4 | 4 | - |
| 7. Você se sentiu apoiado e escutado no curso? | 7 | 1 | - |
| 8. Você conversou com alguém fora do curso sobre o seu plano de ação (WRAP)? | 7 | - | 1 |
| 9. Você gostou da metodologia (forma como foram dadas as aulas)? | 8 | - | - |
| 10. Você achou o manual fácil de entender? | 6 | 2 | - |
| 11. Você se sente com mais esperança no futuro depois de fazer o curso? | 8 | - | - |

- Deixe sua opinião:

- **O que você mais gostou no curso WRAP?**

- *Eu gostei muito do carinho como as professoras nos trataram. Eu me sentia carente, hoje sei que tem pessoas que são como um remedinho que são todas vocês. Obrigada pelo carinho de todas.*
- *De todas e todos do grupo. Foi demais. Somos uma família.*
- *Das professoras, da explicação que elas deram, de tudo.*
- *Eu achei muito importante o curso WRAP.*
- *Gostei muito das professoras. O curso foi ótimo. O curso foi muito interessante porque aprendi muito com o curso WRAP.*
- *Os desabaços, os cuidados, as precauções e a autoestima.*
- *Gostei de conhecer mais amigas. Pela gentileza das professoras. Servindo o café e o lanche.*

– **O que você menos gostou no curso WRAP?**

- *Gostei de tudo.*
- *Nada.*
- *Tenho gostado muito, não tenho a dizer nada.*
- *Nada. Tudo foi ótimo.*
- *Não tem. Gostei de tudo.*
- *Não teve nada que eu não gostasse. Foi tudo muito bom.*

– **O que poderia ser diferente nos próximos cursos, para o WRAP ser mais útil para as pessoas (sugestões)**

- *Pretendo voltar porque sei que tem muito mais a aprender com todos. Beijão*
- *Nada tudo foi ótimo.*
- *Convidar mais pessoas e mais aulas.*
- *Não tenho.*
- *Gostaria que cada aluno fosse no quadro para mostrar sua capacidade.*
- *Eu gostaria que fosse tudo igual. Foi bom demais.*

Anexo D - Questionário de Avaliação do WRAP Brasil (Pré-teste e Pós-teste)

Caro participante,

Esse questionário tem como objetivo avaliar a nossa experiência piloto do Programa WRAP no Brasil. Suas respostas são confidenciais e serão analisadas de forma agrupada e dentro do contexto de avaliação de efetividade do WRAP.

Obrigada pelas respostas, através delas teremos como aprimorar e desenvolver ainda mais a metodologia!

Equipe WRAP BRASIL

Programa de Extensão e Pesquisa em Sofrimento Psíquico, Recovery e Cidadania – CNPq/Cesusc

Você já participou do WRAP anteriormente? () Sim Quantas vezes? _____

() Não

Para responder, leia atentamente cada pergunta, e avalie o quanto você possui as atitudes, sentimentos ou práticas mencionadas. Por fim, responda as duas questões finais utilizando as linhas disponíveis.

Selecione o número que corresponde a classificação que descreve melhor suas atitudes, sentimentos e ações nesse momento da vida:

1 - Nunca

2 – Quase Nunca

3 – Algumas Vezes

4 - Quase Sempre

5 – Sempre

| Itens | NUNCA | QUASE NUNCA | ÀS VEZES | QUASE SEMPRE | SEMPRE |
|--|-------|-------------|----------|--------------|--------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Você se sente confiante em relação às decisões que tem tomado na vida? | | | | | |
| 2. Você se sente positivo em relação ao seu futuro? | | | | | |
| 3. Você se sente com esperança de melhorar e manter uma vida saudável? | | | | | |
| 4. Você se capaz de superar barreiras que a vida nos impõe? | | | | | |
| 5. Você considera que é capaz de fazer escolhas no seu dia-a-dia (Ex: o que fazer? Com quem? Que horas?) | | | | | |
| 6. Você acredita que as pessoas que possuem questões com a saúde mental deveriam ter a oportunidade de escolher qual tipo de tratamento é melhor pra cada uma? | | | | | |
| 7. Você considera que conseguem administrar bem as suas atividades diárias? | | | | | |
| 8. Você considera que consegue administrar bem suas medicações? | | | | | |
| 9. Você consegue identificar com clareza os eventos que podem te fazer mal ou provocar sensações ruins? | | | | | |
| 10. Você considera que o estilo de vida que leva hoje promove bem-estar e saúde? | | | | | |
| 11. Você costuma fazer planos (como plano da semana, ou do dia, ou um passeio)? | | | | | |
| 12. Você considera que os profissionais e especialistas estão sempre em melhores condições de decidir por você? | | | | | |
| 13. Você consegue identificar com clareza coisas que você pode fazer por si mesmo(a) que o ajude a se sentir mais forte? | | | | | |
| 14. Você costuma assumir responsabilidade pessoal pelas suas ações e decisões? | | | | | |

15 - COMO VOCÊ PERCEBE A SUA RESPONSABILIDADE PELO SEU BEM-ESTAR E SUA SAÚDE INTEGRAL?

16 – COMO VOCÊ SE SENTE EM RELAÇÃO A CONSTRUÇÃO DO SEU FUTURO?

Anexo E - Checklist de D'Tôlis (2018), para avaliação da adaptação cultural de programas de saúde mental baseados em evidência.

| CHECKLIST PARA AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO CULTURAL DE PROGRAMAS DE SAÚDE MENTAL BASEADOS EM EVIDÊNCIA | | | | |
|---|-----|---|--|-------------------------------|
| SIM | NÃO | INDICADORES OPERACIONAIS | SUBCATEGORIA | CATEGORIA |
| | | Foi feita uma revisão bibliográfica sobre os aspectos teóricos e metodológicos do programa? | LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES PRELIMINARES | PLANEJAMENTO DE IMPLEMENTAÇÃO |
| | | Foi feita a caracterização sociodemográfica da comunidade local para verificar quais adaptações poderiam vir a ocorrer? | | |
| | | Foi feita a identificação entre as inconsistências existentes entre os elementos técnicos do programa a ser adaptado e a identidade sociodemográfica da comunidade? | | |
| | | Foram levantados os fatores de proteção e risco à saúde da nova população alvo? | | |
| | | A infraestrutura do local de implementação do programa foi caracterizada? | | |
| | | O material foi traduzido? | TRADUÇÃO DOS MATERIAIS | |
| | | A tradução dos materiais foi revisada por juízes? | | |
| | | Houve backtranslation da revisão dos materiais? | | |
| | | A tradução reformulou termos para utilizar uma linguagem adequada aos | | |

| | | | | |
|--|--|--|---|---------------------------------------|
| | | profissionais que fazem do material? | | |
| | | Foi feita a pré-testagem do material traduzido? | | |
| | | Foram estabelecidos objetivos e metas para a implementação do programa? | SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO | |
| | | Os coordenadores acompanharam a implementação do programa durante todo o processo? | | |
| | | Fora seguido algum modelo científico (framework) de implementação de programas? | | |
| | | Foi feita a caracterização do projeto institucional que norteia as ações da instituição local? | | |
| | | As adaptações escolhidas para o programa foram registradas? | | |
| | | Foram planejadas pesquisas para avaliar os resultados da implementação? (eficácia, efetividade e eficiência) | | DESENHO DA AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO |
| | | Foram planejadas pesquisas para avaliar o processo de implementação? | | |
| | | Foi estabelecida uma decisão clara sobre 'para quem' ou 'para quais desfechos' a intervenção deve ser efetiva? | | |
| | | Foram planejadas pesquisas para avaliar o custo/benefício do programa? | | |
| | | Foram utilizados instrumentos validados ou | | |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | calibrados para a coleta de dados? | | |
| | | Foram estabelecidos critérios fundamentados nas demandas profissionais do programa para fazerem a seleção de pessoas durante o recrutamento? | RECRUTAMENTO E TREINAMENTO DA EQUIPE DE IMPLEMENTAÇÃO | |
| | | Houve a presença de pessoas com domínio técnico do programa para lecionar durante o treinamento? | | |
| | | Foram desenvolvidos materiais de apoio para a equipe que possibilita a aplicação do programa (equipe de implementação)? | | |
| | | No treinamento foi discutida a metodologia da implementação do programa conforme previsto em seu manual? | | |
| | | Existiram espaços de supervisão para a equipe que implementou o programa? | | |
| | | Houve consultas com a comunidade local sobre suas preferências e necessidades em relação ao conteúdo do programa? | | |
| | | Houve consultas com os profissionais da instituição local, na qual ocorrerá a implementação, sobre suas preferências e necessidades em relação ao conteúdo e entrega do programa? | | |
| | | O programa foi apresentado à comunidade local, em seu modelo lógico e metodologia? | | |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | O programa foi apresentado à instituição local, na qual ocorrerá a implementação, em seu modelo lógico e metodologia? | | |
| | | O programa, no decorrer de sua implementação, incorporou as necessidades solicitadas pelos envolvidos? | | |
| | | Foi feito um convite a membros da comunidade local para participarem no planejamento do programa? | PARCERIA COM A COMUNIDADE LOCAL (POPULAÇÃO-ALVO, RESIDENTES LOCAIS, FAMILIARES, PROFISSIONAIS DE OUTRAS INSTITUIÇÕES) | |
| | | Houve membros da comunidade local que atuaram como coconstrutores da adaptação do programa? | | |
| | | Houve membros da comunidade local que, mesmo não atuando no planejamento, colaboraram com os procedimentos de implementação do programa? | | |
| | | Houve comunicação entre a comunidade local e a equipe de coordenação do programa? | | |
| | | Houve comunicação entre a comunidade local e equipe de implementação do programa? | | |
| | | Foi feito um convite aos profissionais da instituição local para participarem no planejamento do programa? | | PARCERIA COM A INSTITUIÇÃO LOCAL NA QUAL OCORRERÁ O PROGRAMA |
| | | Houve membros da instituição local que participaram como coconstrutores da adaptação do programa? | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | Houve membros da instituição local que, mesmo não atuando no planejamento, colaboraram com os procedimentos de implementação do programa? | | |
| | | As informações sobre a infraestrutura local foram levadas em consideração na hora de se planejar a implementação na instituição? | | |
| | | Houve uma comunicação facilitada entre a equipe de implementação (membros da instituição local) e a equipe de coordenação do programa? | | |
| | | Os elementos nucleares (core-elements) do programa foram identificados? | DOMÍNIO TÉCNICO DOS COORDENADORES EM RELAÇÃO AOS ELEMENTOS NUCLEARES DO PROGRAMA | FIDELIDADE À VERSÃO ORIGINAL DO PROGRAMA |
| | | Algum membro da equipe que coordena a implementação tem formação científica/teórica em relação ao programa original? | | |
| | | A coordenação como um todo, se especializou no programa em adaptação? | | |
| | | A coordenação do programa buscou levantar informações sobre o programa em adaptação com os desenvolvedores de sua versão original? | | |
| | | Houve revisão bibliográfica para identificar ocorrência de adaptações semelhantes (coerentes, concordantes) em outros contextos (países, com outro público alvo).? | | |
| | | Foram realizadas adaptações necessárias | PRESERVAÇÃO DA VERSÃO ORIGINAL DO | |

| | | | | |
|--|--|---|---|------------------------------------|
| | | para a implementação da etapa piloto? | PROGRAMA | |
| | | Houve tentativa de preservação dos elementos nucleares? | | |
| | | Houve alguma discussão sobre adaptações, com a equipe de desenvolvedores do programa? | | |
| | | Foi realizada o acompanhamento de adaptações não planejadas que foram realizadas durante o processo? | | |
| | | Foram realizadas discussões para verificar se as adaptações eram epistemologicamente convergentes ao modelo teórico do programa original? | | |
| | | Os elementos nucleares foram apresentados durante o treinamento dos que implementaram o programa? | TREINAMENTO DA EQUIPE DE IMPLEMENTAÇÃO EM RELAÇÃO AOS ELEMENTOS NUCLEARES DO PROGRAMA | |
| | | O material de treinamento do programa continha informações sobre os elementos nucleares? | | |
| | | No treinamento houve um momento específico para apresentar os objetivos do programa? | | |
| | | Houveram observadores durante o treinamento para avaliá-lo? | | |
| | | No treinamento houve um momento específico para discutir possíveis adaptações a serem feitas na implementação do programa? | | |
| | | Foi avaliada a adesão (taxa de participação) ou engajamento (dose | PESQUISAS PARA AVALIAR O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO | PROCESSOS DE REFINAMENTO DA VERSÃO |

| | | | | |
|--|--|---|--|----------------------|
| | | recebida) das pessoas em relação ao programa? | DO PROGRAMA | ADAPTADA DO PROGRAMA |
| | | Foi avaliada a dose fornecida (completude)? | | |
| | | Foi avaliada a fidelidade na implementação do programa? | | |
| | | Foi avaliada a satisfação dos diferentes participantes em relação ao Programa? | | |
| | | Foram levantadas informações sobre as dificuldades e facilidades da implementação com os profissionais envolvidos na realização o programa? | | |
| | | Foi realizado algum estudo piloto para testagem do programa? | PESQUISAS PARA AVALIAR OS RESULTADOS DO PROGRAMA | |
| | | Foram levantadas informações sobre influência de variáveis contextuais nos resultados do programa? | | |
| | | Houve testagem sobre os desfechos almejados em diferentes momentos da implementação? | | |
| | | Houve grupo controle para comparar os resultados do programa? | | |
| | | Houve randomização da amostra? | | |
| | | As novas adaptações foram direcionadas a partir dos a partir dos dados da avaliação? | REALIZAÇÃO DE NOVAS ADAPTAÇÕES | |
| | | Houve participação dos membros da comunidade local na proposição de sugestões de adaptações no programa? | | |
| | | Houve participação para dos membros da instituição | | |

| | | | | |
|--|--|--|---------------------------------|--|
| | | local na proposição de sugestões de adaptações no programa? | | |
| | | Houve participação dos membros da equipe de implementação na proposição de sugestões de adaptações no programa? | | |
| | | Fora feito algum contato com os desenvolvedores do programa para discutir as novas adaptações? | | |
| | | Fora verificado se as novas adaptações são convergentes às características sociodemográficas da comunidade local? | FIDELIDADE DAS NOVAS ADAPTAÇÕES | |
| | | Fora verificado se as novas adaptações são coerentes em relação com os objetivos originais do programa? | | |
| | | As novas adaptações desenvolvidas pela equipe foram apresentadas à equipe de implementação para análise em conjunto? | | |
| | | As novas adaptações desenvolvidas pela equipe foram apresentadas à comunidade local para análise em conjunto? | | |
| | | Foi feita a análise se a infraestrutura local suporta as novas adaptações? | | |

Fonte: (D'Tôlis, 2018)