

O POTENCIAL DO *RECOVERY* NA RETOMADA E EXPANSÃO DO REPERTÓRIO OCUPACIONAL NA ESQUIZOFRENIA: UM ESTUDO DE CASO

The recovery's potential in the resumption and expansion of the occupational repertoire in schizophrenia: a case study

El potencial del recovery en la reanudación y ampliación del repertorio ocupacional en esquizofrenia: estudio de caso

Botega, et al. (2022). O potencial do *recovery* na retomada e expansão do repertório ocupacional na esquizofrenia: um estudo de caso. Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. 6(2), 922-938. DOI: 10.47222/2526-3544.rbto45740

Resumo


Introdução: O sofrimento e exclusão social de pessoas com esquizofrenia são problemas históricos e de grande impacto em suas vidas. Em resposta a isso, as práticas orientadas ao *recovery* trazem ações voltadas ao empoderamento e recuperação pessoal, que se direcionam à mudança e estruturação da conexão com os outros, esperança, identidade e significado de vida para pessoas com transtornos mentais. **Objetivo:** Investigar e compreender as alterações no desempenho ocupacional de uma pessoa com esquizofrenia e os possíveis fatores que interferem no seu processo de *recovery*. **Método:** Estudo de caso que analisa a relação dos fatores que afetam a qualidade de vida e o repertório ocupacional de uma pessoa com esquizofrenia. A coleta de dados foi realizada por meio de instrumentos de avaliação do Desempenho Ocupacional, do *recovery*, do Estigma internalizado, das Habilidades de Vida Diária e da Qualidade de Vida. A análise dos dados foi elaborada com base na análise de conteúdo. **Resultados e Discussão** Verificou-se a influência de fatores de reforço do sofrimento psíquico na vida ocupacional e social da pessoa com esquizofrenia; como também se confirmou a influência destes fatores no processo de *recovery*. **Conclusão:** Foi possível compreender o entrelaçamento entre as interfaces dos fatores estudados e o desempenho ocupacional. A partir desse estudo, foi possível levantar relações sobre o potencial de suporte/apoio do processo terapêutico ocupacional nos processos pessoais de *recovery*, tendo o empoderamento como elemento comum.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional. Esquizofrenia. *Recovery*. Desempenho Ocupacional. Saúde Mental

Abstract

Introduction: The suffering and social exclusion of people with schizophrenia are historical problems which impacting on their lives. In response to this, Recovery is a process with actions target to empowerment and personal recovery, aimed to changing and to the structuration of connection with others, hope, identity and meaning of life for people with mental disorders. **Objective:** To investigate and understand the changes in the person with schizophrenia's occupational performance, and the factors that interfere in their personal recovery process. **Method:** Case study, which analyzes the network of factors that affect the quality of life and the occupational repertoire of a person with schizophrenia. Data collection was carried out through the assessment of occupational performance, recovery, internalized stigma, daily life skills and quality of life. Data analysis was carried out based on content analysis. **Results and Discussion:** The influence of reinforcing factors of psychological suffering on the occupational and social life of the person with schizophrenia was verified; as well as the influence of these factors in the overcoming process was confirmed. **Conclusions:** It was possible to understand the entanglement between the interfaces of the factors studied and occupational performance. It is proposed to relate the potential of the conjuncture of support for the occupational therapeutic process with the recovery paradigms, with empowerment as a common element.

Keywords: Occupational Therapy. Schizophrenia. Recovery. Occupational performance. mental health

Daiany Maestrelli Botega 

<https://orcid.org/0000-0001-7262-9500>
Universidade Federal do Paraná, Curso de Terapia Ocupacional, Curitiba, PR, Brasil

Mayara Neide Monteiro 


<https://orcid.org/0000-0001-8305-5469>
Universidade Federal do Paraná, Curso de Terapia Ocupacional, Curitiba, PR, Brasil

Sarah Tomacheski 

<https://orcid.org/0000-0001-5465-5836>
Universidade Federal do Paraná, Curso de Terapia Ocupacional, Curitiba, PR, Brasil

Tiago Ribeiro da Silva 

<https://orcid.org/0000-0003-0526-1501>
Universidade Federal do Paraná, Curso de Terapia Ocupacional, Curitiba, PR, Brasil

Ana Carolina de Oliveira Passos 

<https://orcid.org/0000-0002-0212-7019>
Universidade Federal do Paraná, Curso de Terapia Ocupacional, Curitiba, PR, Brasil

Mônica Macedo 

<https://orcid.org/0000-0002-6831-4490>
Universidade Federal do Paraná, Curso de Terapia Ocupacional, Curitiba, PR, Brasil

Resumen

Introducción: El sufrimiento y la exclusión social de las personas con esquizofrenia son problemas históricos y tienen un gran impacto en sus vidas. En respuesta a esto, las prácticas orientadas a la *recovery* traen consigo acciones orientadas al empoderamiento y recuperación personal, orientadas a cambiar y estructurar la conexión con los demás, la esperanza, la identidad y el sentido de vida de las personas con trastornos mentales. **Objetivo:** Investigar y comprender cómo cambia el desempeño ocupacional de una persona con esquizofrenia y los posibles factores que interfieren en su proceso de *recovery*. **Método:** Estudio de caso, que analiza la relación entre factores que inciden en la calidad de vida y el repertorio ocupacional de una persona con esquizofrenia. La recolección de datos se realizó mediante instrumentos de evaluación de Desempeño Ocupacional, Estigma internalizado, Habilidades para la vida diaria y Calidad de vida. Se elaboró un análisis de los datos en base al análisis de contenido. **Resultados y Discusión:** Se verificó el impacto de factores que refuerzan el malestar psicológico en la vida laboral y social de la persona con esquizofrenia; pero también se confirmó la influencia de estos factores en el proceso de *recovery*. **Conclusiones:** Se pudo comprender el enredo entre las interfaces de los factores estudiados y el desempeño ocupacional. A partir de este estudio fue posible plantear relaciones sobre el potencial de apoyo del proceso terapéutico ocupacional en los procesos de *recovery*, con el empoderamiento como elemento común.

Palabras clave: Terapia ocupacional. Esquizofrenia. *recovery*. Desempeño ocupacional. salud mental

1. Introdução

A esquizofrenia afeta cerca de 26 milhões de pessoas no mundo e, embora seja uma doença tratável, mais de 50% das pessoas com esquizofrenia não possuem acesso ao tratamento adequado (Opas Brasil, 2014). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, ao considerar todas as doenças, a esquizofrenia é a terceira causa de perda da qualidade de vida na faixa etária entre 15 e 44 anos.

O Transtorno de Esquizofrenia é compreendido como uma doença grave e incapacitante, uma vez que apresenta consequências funcionais, profissionais, sociais e em outras áreas importantes da vida cotidiana do indivíduo (CID 10, 2019). Somado às questões clínicas características, o transtorno está ligado a um histórico de exclusão e negligência, tanto pelas políticas públicas de saúde quanto por abordagens e práticas marcadas pelo isolamento social, a fim de acatar ao sistema normatizador (Silva & Nascimento, 2019).

Pode-se entender a esquizofrenia como um transtorno de impacto multidimensional, ao implicar em limitações para vida diária, em decorrência da deterioração e declínio de habilidades cotidianas e dos processos cognitivos. É possível reconhecer o impacto negativo no desempenho ocupacional e, consequentemente, na qualidade de vida dessas pessoas (Oliveira et al, 2012). O desempenho ocupacional é entendido como habilidade de realizar atividades do cotidiano e desempenhar papéis sociais adequados para o estágio de desenvolvimento, cultura e ambiente onde o indivíduo está inserido (Davis, 2017).

O envolvimento em ocupações está intimamente ligado ao desempenho ocupacional e é justamente essa relação que evidencia a importância da participação ativa em atividades significativas. Da mesma

maneira, a manutenção de um desempenho satisfatório contribui para o alcance da saúde e bem-estar e qualidade de vida (Davis, 2017) dessas pessoas. Deste modo, o estigma e as barreiras vinculadas ao transtorno contribuem para a baixa participação em atividades e perda de papéis ocupacionais, implicando na falta de autonomia e independência da pessoa com esquizofrenia e, por consequência, em sua participação social (Duarte, 2007). Assim, tais fatores se revelam potencializadores dos sofrimentos psíquicos dessas pessoas e reforçam a necessidade de práticas mais ampliadas, colaborativas e humanizadas de cuidado na saúde mental.

Dessa forma, o Transtorno de Esquizofrenia gera um sofrimento de duas ordens: a clássica, ligada à sintomatologia do agravo psíquico, e a de caráter social, devido à exclusão e fragilidade no modelo assistencial, que se instalou desde o início da história da Psiquiatria. Tais condições precárias e desumanas para com essa população perduraram ao longo do tempo. Contudo, com a reforma psiquiátrica no final da década de 1980, práticas mais humanizadas, centradas em apoios psicossociais, alteraram o cenário da saúde mental e a realidade do cuidado para as pessoas com esquizofrenia. A atual assistência em saúde empregada no contexto brasileiro é prestada através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que defende um cuidado integral, dentro do território do usuário do sistema, através da articulação dos serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2011, 2017).

Apesar do avanço no modelo assistencial advindo com a reforma psiquiátrica, ainda há dificuldade na emancipação dos usuários dos serviços de saúde, já que o envolvimento em atividades e participação social fica circunscrito a estes equipamentos (Costa & Noal, 2017; Davidson, 2017). Compreende-se, então, que a adesão de medidas substitutivas de emancipação e empoderamento por parte dos serviços de saúde mental requer abordagens que possuam não mais o foco no transtorno e sua remissão, mas centradas nas pessoas e no apoio de dimensões que fortaleçam seu bem-estar.

Esses fundamentos emergem por meio de movimentos liderados por usuários sobreviventes do sistema de saúde mental na década de 1960 nos Estados Unidos (Vaconselos, 2017), que passaram a vivenciar condições mais positivas, desenvolvendo estratégias para uma vida mais satisfatória e produtiva, apesar dos efeitos negativos da doença e seus sintomas. Esses movimentos foram reforçados através de grupos de apoio e ajuda mútua, em que eram compartilhados relatos pessoais e histórias de luta de pessoas que haviam passado por tratamentos desumanos em hospitais psiquiátricos (Costa, 2017). Esse processo de vivência pessoal tem sido denominado de *recovery*. O termo *recovery* será mantido em inglês, pois, até o momento, não existe um consenso de uma melhor palavra que represente sua tradução para o português.

O *recovery*, portanto, é um processo independente, manifestado pelo indivíduo, que se caracteriza por ser singular e não linear. Ele é um processo pessoal e ocorre independente das intervenções de profissionais de saúde ou serviços, mas há, também, um consenso de que os profissionais de saúde mental podem potencializar e apoiar esse processo nos serviços de saúde mental (Silva et al, 2017). Nesse sentido, os princípios do *recovery* passam a guiar o objetivo terapêutico, constituindo-se num processo profundo, colaborativo e subjetivo, direcionado a apoiar mudanças e fortalecimento da

identidade de pessoas acometidas por transtornos mentais graves e crônicos. Duarte (2007) aponta, ainda, que a vinculação em papéis e o envolvimento em atividades significativas são processos fundamentais para efetivação da superação pessoal, objetivo central do *recovery*.

A partir de uma revisão sistemática e da síntese narrativa abrangente da literatura internacional sobre *recovery*, realizada por Leamy e colaboradores (2011), foi possível identificar 5 processos principais presentes na vivência do *recovery*: conexões com os outros (*connectedness*), esperança e otimismo para o futuro (*hope*), desenvolvimento de uma identidade além da doença (*identity*), significado e propósito na vida (*meaning in life*) e empoderamento (*empowerment*). Dessa forma, os princípios são representados pela sigla CHIME, com seus respectivos significados na língua inglesa (Leamy et al, 2011). Uma orientação fundamental em *recovery* é o da importância da inserção cidadã do sujeito como parte de seu processo evolutivo. Essa visão é formulada por Rowe e Davidson (2016) e aponta para uma teoria de cidadania composta por seis elementos estruturantes (cinco Rs e mais o senso de pertencimento). Os cinco Rs (em inglês) são *Rights, Roles, Responsibilities, Resources e Relationships* (Direitos, Papéis, Responsabilidades, Recursos e Relações).

A terapia ocupacional, busca promover saúde, bem-estar e contribuir para o senso de autoeficácia das pessoas, por meio do engajamento satisfatório no desempenho de papéis ocupacionais e realização de atividades significativas em seus cotidianos. Nas últimas décadas, diversas entidades representativas da terapia ocupacional no mundo têm publicado documentos preconizando e sustentando a orientação da prática dos profissionais ao *recovery* (WFOT, 2013; WFTO, 2019; COT, 2006; Schene, 2007; AOTA, 2016), bem como estudos e publicações que apontam essa relação e contribuição da terapia ocupacional (Schene, 2007; Strong, 1997; Andrade et al. 2020). Assim, o estudo se justifica ao explorar possíveis tessituras oriundas do entrelaçamento de raciocínio profissional em terapia ocupacional com as práticas orientadas aos processos de *recovery*.

Para isso, pretende-se investigar e compreender as possíveis alterações no desempenho ocupacional de uma pessoa com esquizofrenia, durante o percurso do transtorno, pressupondo que estas alterações podem interferir no seu processo de *recovery*. Para além, busca-se explorar as interfaces de três categorias pré-estabelecidas pelos autores - internalização do estigma, perda de autonomia e independência e participação social restrita - que influenciam no sofrimento psíquico dessa pessoa e apontar as contribuições dos princípios do *recovery*, como orientadoras das práticas da terapia ocupacional em saúde mental, na retomada do seu repertório ocupacional.

2. Método

A pesquisa foi desenvolvida na modalidade de estudo de caso, com o objetivo de descrever o entrelaçamento de fatores que afetam a qualidade de vida e de repertório ocupacional de uma pessoa com esquizofrenia (Gil, 2017).

Para exploração da realidade atual, realizou-se a coleta de dados por meio de entrevista aberta e a aplicação de instrumentos estruturados e validados, desenvolvidos na modalidade de teleatendimento, a fim de acatar as medidas de prevenção em decorrência da pandemia da COVID-19.

Esta pesquisa está amparada pelo parecer CAAE 37217520.8.0000.0102 do Comitê de Ética da UFPR.

Participante

O participante deste estudo de caso - homem de 26 anos, com ensino médio completo, residente em Curitiba, atualmente aposentado por invalidez pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Possui diagnóstico de esquizofrenia há 13 anos, realiza tratamento psiquiátrico (farmacológico) e acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III). Tem acesso às tecnologias de comunicação (TIC - internet, computador e *smartphones*) e frequenta o projeto de extensão Universidade Aberta à Saúde Mental (UNISAM), da Universidade Federal do Paraná, há 4 anos. Ele foi escolhido por conveniência e aceitou fazer parte desta pesquisa, sendo que todos os procedimentos éticos foram cumpridos com rigor.

A UNISAM tem como objetivo promover a saúde, participação social, bem-estar social e engajamento ocupacional para pessoas com transtornos mentais; e para a construção de redes sociais e de cuidados visando a inclusão social e, ainda, capacitar familiares, profissionais e estudantes para apoio ao processo. As atividades são realizadas por extensionistas estudantes do Curso de Terapia Ocupacional, na modalidade de grupos semanais, de 90 a 120 minutos, com temas e atividades variadas. O programa semestral das atividades é planejado em módulos que contemplem as áreas de desempenho ocupacional (autocuidado, produtividade e lazer), tendo, como eixo transversal, o *recovery* e o Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional como eixo teórico da Terapia Ocupacional (Davis, 2017). As atividades da UNISAM não foram suspensas durante a pandemia, mas foram adaptadas para serem realizadas virtualmente, em reuniões por vídeo-chamada na plataforma GoogleMeet.

Coleta de dados

A coleta de dados se deu inicialmente com a aplicação de uma entrevista aberta, desenvolvida pelas autoras, via vídeo-chamada (GoogleMeet). O primeiro contato, em janeiro de 2021, teve como propósito a verificação dos dados solicitados, explicação das etapas da pesquisa e preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na sequência, foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação:

a. A Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM): promove a mensuração do impacto de uma intervenção, tendo como objetivo detectar mudanças na percepção do sujeito sobre seu desempenho ocupacional e satisfação. A COPM ocorre via entrevista semiestruturada com duração de 20 minutos. Desse modo, permite que o sujeito identifique qualquer atividade de relevância que considere deficitária ou de difícil execução, num contexto de adoecimento (Oliveira, 2015). Essa

avaliação considera as áreas de desempenho: autocuidado, produtividade e lazer, de forma que avalia a importância da atividade, satisfação ao realizá-la e o desempenho. A pontuação segue uma escala simples, que varia de 1 a 10, em que o 1 representa o pior cenário e 10, o melhor (Fleck et al, 2000).

b. Escala de Habilidades de Vida Independente (ILSS-BR): validada por Martini e colaboradores, em 2012. Busca investigar a situação da autonomia e independência, composta por 69 itens, configurados em 10 subescalas, que avaliam as habilidades dos pacientes com transtorno mental grave, em áreas da vida cotidiana. A pontuação é classificada em: sim (1), não (0) e não se aplica (0), de forma que a pontuação positiva é diretamente proporcional ao nível de autonomia e independência (Martini, 2012). Sua aplicação dura em média 40 minutos.

c. Questionário de avaliação do Estigma Internalizado em Pessoas com Doença Mental (ISMI-BR): validado para o Brasil por Ronzani e colaboradores em 2017. É um instrumento autoavaliativo, composto por 29 itens, estruturado em cinco dimensões, sendo elas, respectivamente: alienação, adesão aos estereótipos, experiência de discriminação, afastamento social e resistência ao estigma. A aplicação utiliza da escala likert, possuindo quatro alternativas: 1- Discordo Totalmente, 2- Discordo, 3- Concordo e 4 Concordo totalmente. O nível de internalização do estigma é diretamente proporcional à somatória positiva do score, quanto maior a somatória maior a internalização. Sua aplicação dura, em média, 15 minutos, no caso de ser aplicada pelo entrevistador (Dedding et al, 2004).

d. *Recovery Assessment Scale* (RAS-BR): validada para o Brasil por Silva e colaboradores em 2017, abarca 24 questões em seis diferentes dimensões, sendo elas: objetivos pessoais e perspectiva de melhora; autoconfiança/perspectiva de melhora; autoconfiança e esperança; não se dominar pelos sintomas; e vontade de pedir ajuda e confiança nos outros. Trata-se de uma escala autoaplicável, com duração de 15 minutos, que utiliza da metodologia Likert de cinco pontos, que variam de discordo totalmente a concordo totalmente (1= Discordo totalmente; 2= Discordo; 3= Não tenho certeza; 4= Concordo; e 5= Concordo totalmente). A pontuação positiva de score é diretamente proporcional à capacidade de superação, assim, quanto maior a pontuação, melhor o nível de enfrentamento da doença e utilização de estratégias em *recovery* (Silva et al, 2017).

e. Avaliação da Qualidade de Vida – *The World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-BREF): validada para o Brasil por Panzini e colaboradores em 2011. É um questionário constituído por 26 perguntas, que denotam uma percepção individual da qualidade de vida. Dessas, duas perguntas se referem à qualidade de vida em geral e o restante, vinte quatro questões, divide-se em quatro domínios: saúde física, psicológico, relações sociais e ambiente. A escala pode ser aplicada na modalidade autoaplicável, com duração de 15 minutos, e utiliza a metodologia Likert de resposta, em que a pontuação positiva é diretamente proporcional à qualidade de vida do indivíduo (Bastos et al, 2010).

As aplicações das avaliações na etapa de coleta de dados se deram por meio de duas vias, síncrona e assíncrona, por vídeo-chamada (GoogleMeet). Foram aplicadas de forma síncrona, as avaliações COPM,

ISMI-BR e ILSS-BR, e as escalas RAS-BR e WHOQOL-BREF, mediante formulários on-line. Essa etapa ocorreu ao longo de três dias, com rodízio de avaliações, para evitar a sobrecarga do participante.

Análise de dados

Primeiramente foi realizada a análise de conteúdo da entrevista, considerando as categorias apriorísticas - internalização do estigma, perda de autonomia e independência e participação social restrita (Campos, 2004). Iniciou-se com a etapa de pré-exploração, leitura da entrevista e apontamentos das avaliações estruturadas foram agrupadas; seleção das unidades de análise temática e, por fim, o processo de categorização do conteúdo. Dessa forma, buscou-se constituir os pilares da rede causal de reforço do sofrimento psíquico. Essa formulação visou conferir à etapa de exploração do material com um olhar integral da realidade situacional do processo de *recovery*, tal como esse era influenciado pela conexão das categorias temáticas e com os resultados das demais avaliações.

3. Resultados e Discussão

Os resultados da COPM, ILSS-BR/P, ISIMI-BR e WHOQOL-BREF estão apresentados na Tabela 1, abaixo.

Tabela 1. Resultado das avaliações por domínios.

Avaliação e domínios	Resultados		
COPM			
Atividades	Meditação	Pintura desenho para relaxamento	Exercício Físico
Grau de importância	10	10	10
Desempenho	6	1	1
Satisfação	5	1	1
Escore total de desempenho	2,6		
Escore total de satisfação	2,3		
ILSS-BR/P			
Aparência e vestuário	85%		
Higiene pessoal	90%		
Cuidados com objetos pessoais	50%		
Preparo e armazenamento de alimentos	100%		
Saúde	85%		
Administração do dinheiro	66%		
Transporte	33%		
Lazer	66%		
ISMI-BR			
Alienação	33,3%		
Aprovação de estereótipo	28,5%		
Percepção de discriminação	50%		
Evitação social	33,3%		

Resistência ao estigma	40%
RAS-BR	
Objetivos pessoais e perspectiva de melhora	100%
Autoconfiança/perspectiva de melhora	90%
Autoconfiança e esperança	92%
Não se deixar dominar pelos sintomas	86,6%
Vontade de pedir ajuda	60%
Confiança nos outros	100%
WHOQOL-BREF	
Percepção de qualidade de vida	3
Satisfação com a saúde	5
Domínio físico	3,28
Domínio psicológico	4,16
Domínio social	4
Domínio meio ambiente	4,75

Fonte: As autoras, 2021.

Ao considerar a Tabela 1, nota-se que a COPM revelou um escore total de desempenho e satisfação considerado baixo. Das atividades elencadas, G.C. comenta que está constantemente iniciando projetos de atividade física, mas tem dificuldade em manter uma rotina, deixando de realizá-las em pouco tempo. Da mesma forma, as atividades de desenho.

Em contrapartida, a ILSS-BR/P apresentou bons resultados quanto às habilidades e capacidades nas atividades avaliadas, o que pode informar que G.C. tem independência na realização de suas atividades cotidianas.

A respeito da ISMI-BR, na internalização do estigma, destacam-se os domínios de percepção de discriminação e resistência ao estigma, que obtiveram pontuação moderada.

Na sequência, a RAS-BR revelou autopercepção com elevado grau de *recovery*, contudo, os domínios 4 e 5, que, respectivamente, representam: a) não se deixar dominar pelos sintomas; e b) vontade de pedir ajuda, indicaram uma possível fragilidade nesses processos.

A WHOQOL-BREF revelou uma autopercepção regular da qualidade de vida, em que a satisfação com a saúde é tida como positiva, enquanto o domínio de menor pontuação está ligado ao físico, que G.C. busca melhorar, conforme resultado da COPM.

Em síntese, os resultados obtidos notabilizaram a interconexão entre as categorias pré-estabelecidas, ao entrelaçar os fatores de internalização do estigma, perda de autonomia e independência e participação social restrita. Somado a isso, percebeu-se o impacto destes fatores no processo de superação, de modo a influenciar negativamente o desempenho de atividades e papéis. Essa condição colabora para um repertório ocupacional restrito, que possui maior evidência na área de produtividade. Para exploração e

Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup., 6(2), 922-938, 2022.

apresentação da discussão, optou-se pela estruturação de um eixo principal, designado a dialogar sobre o processo de *recovery*.

Em consonância ao eixo principal, efetivou-se a interpretação dos resultados, obtidos através das avaliações, que regem as três categorias centrais pré-estabelecidas. Para além, examinou-se as possíveis colaborações advindas do suporte terapêutico ocupacional, para potencialização do processo de *recovery*. Essa averiguação se baseou no nível de engajamento na vinculação de papéis e atividades significativas. Deste modo, os tópicos de exploração dos dados são: a) internalização do estigma: uma barreira para *recovery*; b) perda de autonomia e independência: restrições ao *recovery*; c) participação social restrita: limitação ao *recovery*; e d) os prováveis benefícios do suporte terapêutico ocupacional para o processo de *recovery*.

Antes de seguir para a discussão das categorias, faz-se, aqui, uma breve explanação sobre detalhes da realidade excepcional de G.C., em decorrência da Pandemia Covid-19. Ele aponta que sua rotina apresentou mudanças, principalmente em relação ao atendimento no CAPS, devido às medidas de isolamento social. Indica usufruir apenas da renovação de receita médica e consultas individuais com psiquiatra. Em relação à rotina ocupacional, G.C., relata ter notado alteração em seu lazer, uma vez que agora tem saído com menor frequência, em decorrência de restrições mais severas devido à pandemia. Em consideração ao autocuidado, não foram sinalizadas alterações significativas. Por fim, em relação à produtividade, informou enfrentar uma restrição de participação em cursos, visto que, na atual realidade, só estão sendo ofertados cursos online, não sendo esta sua modalidade de preferência.

a. Internalização do estigma uma barreira para *recovery*.

A barreira imposta ao processo de *recovery* pela internalização do estigma ocorre na medida que há uma dificuldade do desenvolvimento de identidade, além da doença, o que afeta diretamente um dos elementos fundamentais do processo de *recovery*: a identidade (Leamy et al, 2011). No caso de G.C., a fragilidade tem início durante a constatação do diagnóstico, com o posicionamento de negação dos familiares, conforme relatado na entrevista. Em virtude do não tratamento, G.C. apresentou episódios de agressividade exacerbada. Isso forçou a família a compreender a necessidade de tratamento, e mais, marcou e determinou uma "crença" de invalidez, trazendo esses eventos agressivos como argumento para que G.C. não ingresse no mercado de trabalho. A postura adotada pela família, relativamente à leitura que fez das (in)capacidades de G.C., podem ser um dos fatores que inviabilizou a vinculação de G.C. ao papel de cidadão produtivo. Desse modo, os familiares condicionaram-no à aposentadoria por invalidez, embasada no diagnóstico de esquizofrenia. Em relação a isso, Duarte (2007) afirma que as pessoas com experiência de doença mental podem ter que se recuperar dos efeitos da institucionalização e do estigma social que ela provocou. Nesse caso, em que além dos sintomas característicos, G.C. apresenta o auto estigma, o desenvolvimento do processo de *recovery* somente se torna viável com o desenvolvimento de um novo sentimento de identidade empoderada, que seja coerente com sua etapa de desenvolvimento pessoal (Canada, 2016).

Em vista disso, pode-se entender que a fragilidade se dá em virtude da restrição à adesão de papéis e atividades no contexto produtivo, o que gerou a autopercepção negativa associada ao diagnóstico. Esse entendimento desfavorável internaliza a crença social dos estereótipos de agressividade e incapacidade. Essa relação favorece a ideia de impossibilidade de reconhecer um transtorno mental para quem não possui a mesma condição, pois a ação revelaria sua inferioridade (Yanos et al, 2008).

Seguindo esse raciocínio e ao abordar os resultados da ISMI-BR, destacam-se as afirmativas 5 e 17. Estas representam, respectivamente, as temáticas de vergonha de possuir um transtorno mental e o transtorno mental como fator prejudicial a sua vida. Em ambas as afirmações, é possível identificar o sentimento de vergonha e receio em compartilhar o diagnóstico, devido à alienação, que sugere características imorais a quem possui algum diagnóstico de ordem psíquica. G.C. relata concordar totalmente com o fato de sentir vergonha do diagnóstico, o que é evidenciado no momento de justificativa de como o transtorno pode ser um fator prejudicial à vida de quem o possui. G.C. refere que admitir um diagnóstico como o de esquizofrenia e depressão durante uma entrevista de emprego, por exemplo, impossibilita a aprovação ao cargo almejado. Uma vez que o participante se percebe suscetível a surtos agressivos, ele infere a impossibilidade em permanecer no emprego.

Ainda durante a discussão da afirmativa 17, G.C. informa discordar da prejudicialidade do diagnóstico, mesmo após apontar uma exemplificação. Ao examinar a contradição, evidencia-se o distanciamento de papéis e ocupações de caráter produtivo, por meio das demais avaliações. Em síntese, o entrevistado apresenta uma rotina ocupacional com escassez de atividades produtivas, ao mesmo tempo em que é possível comprovar que o entrevistado possui habilidades e capacidades para desempenhar tais atividades e papéis. São alguns exemplos de habilidades: responsabilidade, cuidados com sua saúde, locomoção e administração de dinheiro, pontuadas pela ILSS-BR/P. Desse modo, a contradição está ligada à adesão do julgamento de inapropriado para o ambiente de trabalho, o que acaba por influenciar diretamente seu engajamento para com o contexto. Com isso, é possível entender que a percepção da qualidade de vida é tida como regular, de acordo com a escala WHOQOL-BREF. A discrepância entre essa escala e os dados coletados nas demais avaliações pode se justificar pela falta de perspectiva de melhora da condição. Isso induz um agravo à perda de significado e propósito de vida produtiva.

b. Perda de autonomia e independência e as restrições ao *recovery*.

Na medida em que a internalização do estigma cria uma autoimagem negativa, o empoderamento do controle e acesso ao direito de escolha é fragilizado. Isso porque há uma perda gradativa da autonomia e independência do sujeito, em suas escolhas de papéis e atividades. Com isso, restringem-se os contextos sociais, que se orientam unicamente pelo diagnóstico, e, por consequência, reduz seu repertório ocupacional às questões de tratamento clínico (Yanos et al, 2008). Duarte (2007) indica que realizar as suas escolhas e tomar decisões sobre os serviços e atividades que considera mais adequados no seu processo de *recovery* são fundamentais. Dá-se ênfase na importância da escolha enquanto nível de trabalho e emprego. Assim, as restrições de terceiros, como cuidadores, familiares e outros atores

sociais, afetam e influenciam na dimensão profunda e subjetiva do indivíduo, fragilizando e enfraquecendo o engajamento do sujeito em seu processo de *recovery*.

No caso explorado nesse estudo, a perda da tomada de decisão é revelada ainda durante a entrevista inicial, em que G.C. afirma que o domínio sobre a decisão de sua aposentadoria pertence à família. G.C. complementa o relato ao informar que, para evitar conflitos familiares, não questiona mais a reversão desta determinação. Nesse caso, ao perder a autonomia sobre o exercício de uma profissão, perde-se também a soberania sobre o gerenciamento de economias. Tal fato reforça a ligação entre a perda de autonomia, independência e o estigma, assim como sua aceitação e subordinação, por parte de quem o sofre. G.C. é tido como incapaz de gerir seu dinheiro, sob o argumento de ingenuidade ou irresponsabilidade, mesmo ao apresentar grau de consciência e coerência em seus atos cotidianos.

Dessa forma, notabiliza-se que a esperança e otimismo para o futuro podem ficar comprometidos, visto que não se permite o acesso à experiência de trabalho e capacitação para exercê-lo, suprimindo o significado destes. Assim, é, também, para o gerenciamento do salário de aposentadoria, que, pelo mesmo motivo, pode favorecer o enfraquecimento do engajamento. Para além disso, a emancipação sobre o sistema de saúde também é afetada, uma vez que a decisão e promoção da vinculação de papéis e atividades é limitada ao contexto do serviço de saúde, o que condiciona o engajamento à recuperação sintomatológica.

Onken e colaboradores (2002) informam que os acessos aos recursos sociais, como habitação, rendimento, emprego e educação, são fundamentais no processo de *recovery*. Quanto à avaliação ILSS-BR/P, os tópicos referentes a emprego e manutenção do trabalho não puderam ser aplicados, devido à inexistência de experiência laboral do participante. Isto reforça sua estagnação nos papéis ocupacionais relativos às atividades laborais, o que ocorre pela falta de acesso ao contexto e impedimentos de participação e elaboração de significado. Dessa maneira, a construção de uma identidade produtiva dentro da sociedade parece distante, neste caso. As demais avaliações, com destaque à RAS-BR, advertem para essa fragilidade, à medida que G.C. se revela inseguro quanto ao potencial medo ao impedi-lo de viver da maneira que deseja. Essa questão também vai implicar na ideia da pessoa que quer se tornar, ao afetar a esperança e otimismo para o futuro, assim como o propósito de vida de G.C. Dessa forma, verifica-se que o engajamento se encontra comprometido pela insegurança, fomentada na ideia de incapacidade e reforçada pela perda de autonomia e independência.

c. Participação social restrita e a limitação ao *recovery*

Sobre o impacto da internalização do estigma e a perda de autonomia e independência, torna-se clara a limitação quanto ao experienciar de novos contextos, atividades e papéis. Verifica-se, então, a restrição quanto ao desenvolvimento de conexões com outros grupos, visto que as trocas interpessoais se executam de modo escasso. Assim, as trocas interpessoais são possíveis somente com familiares, companheiros de tratamento e profissionais da área de saúde mental. Essa contenção implica negativamente nos vínculos com a comunidade, à medida que reprime a troca e empoderamento entre

similares, ou seja, fragiliza o apoio entre pares e, dessa forma, dificulta a troca de experiência e estratégias (Costa & Noal, 2017).

Os resultados das avaliações apontam para essa realidade, visto que G.C. considera que o entendimento da vivência enfrentada para pessoa com um transtorno mental, sem possuí-lo, é possível apenas aos profissionais de saúde mental. Tal relato explicita a dificuldade da emancipação do contexto de saúde e do suporte familiar, conforme manifestado nas avaliações ISMI-BR e COPM, na medida em que, respectivamente, a primeira examina a aproximação com pessoas sem transtorno mental e a outra propicia verificar o nível de realização de atividades individuais ou que envolvam algum grau de interação. G.C., em nenhum momento, durante as entrevistas, mencionou colegas e amigos que não fossem oriundos dos ambientes de tratamento. Ainda, refere não compreender que os demais usuários e os próprios serviços de saúde mental atuem como uma rede de apoio.

Vale-se apontar, ainda, que, durante a realização da COPM, na etapa de retrospectiva da rotina ocupacional de G.C., o único momento de interação social mencionado é apontado como eventual, realizado com um dos familiares com quem reside. Apesar de haver uma reduzida interação pessoal no cotidiano de G.C., ao se avaliar o domínio social por meio da WHOQOL-Bref, o mesmo afirma estar completamente satisfeito com suas relações pessoais e quanto ao apoio oferecido. Entretanto, na questão que aborda relações de conexões mais íntimas, como é o caso da satisfação com a vida sexual, informa estar pouco satisfeito.

No contexto trabalho, os reflexos da contenção da participação social implicam em impedimentos à filiação de G.C. a grupos sociais produtivos. Dessa forma, impossibilita-se as relações interpessoais com companheiros de profissão e atores sociais presentes na comunidade, que se associam à atividade laboral. Referente a isso, Duarte, (2007) chama atenção quanto às oportunidades de *recovery*, de participação e integração comunitária das pessoas com experiência de doença mental. No caso em questão, verifica-se o enfraquecimento tanto no papel de produtor quanto consumidor, o que pontua a falta de oportunidade de experienciar de G.C. Ao renunciar a execução profissional, perdeu-se também a emancipação econômica e, por consequência, a liberdade de consumo, que implicou diretamente no contato com pessoas fora de seu círculo primário. Assim, ao se considerar a dimensão social do *recovery*, o empoderamento da participação social por meio de conexões dentro do próprio território auxilia no desenvolvimento da identidade para além do diagnóstico. Isso ocorre devido à promoção do sentimento de pertencimento a grupos que transcendem o núcleo familiar e de tratamento (Costa & Noal, 2017).

d. Os prováveis benefícios do suporte terapêutico ocupacional no processo de *recovery*

Ao considerar os tópicos anteriores, percebe-se um baixo engajamento ocupacional na dimensão produtiva, provavelmente devido à influência do estigma, perda de autonomia e independência e da baixa participação social. Pode-se inferir que tais fatores desorganizaram o significado do desempenhar tanto de papéis quanto de atividades. Ao analisar o entrelaçamento desses fatores, no caso de G.C., verifica-se a construção passiva de uma identidade, devido a estereótipos negativos, que influenciam as

suas tomadas de decisão e que, por consequência, restringem suas trocas sociais. Isto pode causar um impasse nas transições ocupacionais, o que ocasiona um empobrecimento de seu repertório ocupacional (Davis, 2017).

Para adentrar aos paradigmas da terapia ocupacional, disciplina que orienta a visão dessa pesquisa, faz-se necessária a elucidação sobre dois conceitos fundamentais, engajamento e desempenho, dentro do modelo que subsidia o raciocínio profissional, o Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional e Engajamento (CMOP-E). Entende-se engajamento pelo alcance de um desempenho significativo, conforme orienta Davis, (2017), em que se notabiliza seu caráter intrínseco e subjetivo. Outro conceito que se faz necessário é o de desempenho ocupacional, que se define pela capacidade de realizar a interação entre as dimensões ambiente, pessoa e ocupação, sendo essa última a mediadora entre elas. Assim, essa performance pode ser considerada de excelência, ou então, insatisfatória. Relacionando esses aportes teóricos ao caso de G.C., entende-se que houve uma experiência de relaxamento quanto ao engajamento, em decorrência das imposições de modo a vivenciar papéis e atividades produtivas. Dessa forma, sem ter a oportunidade do fazer, pode haver um declínio de habilidades e capacidades para o desempenho de atividades. Isso pode gerar o distanciamento do sentimento de prazer, o que acaba por ocasionar a perda do significado da ocupação ou papel ocupacional.

A Organização Mundial da Saúde (2014) aponta a necessidade de capacitar as pessoas com esquizofrenia, remover o estigma e a discriminação, respeitar seus direitos, facilitar a inclusão em atividades econômicas e sociais, bem como incluir o emprego apoiado. Esse apontamento salienta o anseio de uma visão ampliada de saúde, como a utilizada no Brasil, por meio das redes articuladas do Sistema Único de Saúde (SUS). O *recovery*, enquanto processo, oferece princípios para essa perspectiva de clínica ampliada, uma vez que orienta um tratamento centrado na pessoa, ao extrapolar o contexto clínico (Oliveira, 2017). Vale-se recordar que o processo de *recovery* é um estado profundo e subjetivo do sujeito (Slade, 2009), ou seja, um vivenciar de experiências intrínsecas. Essas experiências envolvem conexões com os outros, esperança e otimismo para o futuro, desenvolvimento de uma identidade para além da doença, significado e propósito na vida e empoderamento (Leamy et al, 2011). E, ainda que dentro das premissas da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), defende-se que esses procedimentos devem ser realizados prioritariamente no território (Ministério da Saúde, 2011, 2017).

Tanto a ação terapêutica ocupacional quanto o processo de *recovery* divergem do modelo biomédico, ao legitimar o apoio e fortalecimento pessoal das pessoas inseridas na comunidade (Costa, 2017). Assim, ao analisar as práticas que apresentam convergência, buscou-se também compreender o objetivo em comum entre elas, sendo que se revelou a oportunização e fortalecimento do acesso a interesses e necessidades. Contudo, à medida em que existem dimensões para apoio e fortalecimento desse processo, a ação terapêutica ocupacional dispõe de estratégias assistenciais orientadas para tal. Sendo assim, é possível averiguar o alinhamento entre as práticas da terapia ocupacional no suporte aos processos de *recovery*.

Ao se tratar de um processo pessoal, que se legitima na vinculação de papéis e atividades, é perceptível a necessidade de significância em sua adesão (Duarte, 2007). Dito isso, retoma-se o caso de G.C., a fim de salientar que, para experienciar o vivenciar da dimensão produtiva, é fundamental que o desempenho dos papéis e atividades possuam sentido, ou seja, é importante que haja engajamento na transição ocupacional do contexto clínico para o produtivo. Em outras palavras, a emancipação da identidade de doente mental com rótulo de incapaz, para a conquista de papel de cidadão produtivo, deve ser sustentada por um significado nesse fazer.

Ao verificar os prováveis benefícios de práticas terapêuticas ocupacionais, no caso de G.C., o fazer com significado pode proporcionar feitos como empoderamento, autonomia e independência. Bem como a escolha de se vincular a um trabalho, manter a aposentadoria ou no gerenciamento de suas economias. Para tanto, a estimulação para integrar grupos de ajuda mútua, de apoio entre pares, podem dar suporte à redistribuição de poderes interpessoais, auxiliando na esperança, conexão e reconstrução da identidade (Costa & Noal, 2017). No caso de G.C., pode ocorrer por meio do fortalecimento da produtividade e geração de renda, através da economia solidária e outras iniciativas ligadas à inserção social de pessoas com transtornos psíquicos, conforme aponta Oliveira, (2017). Dentro da RAPS, essas ações são possíveis nos CAPS, centros de convivência e em associação com atores da comunidade, como por exemplo, em cooperativas (Ministério da Saúde, 2011, 2017). Dentro dessas ferramentas, o terapeuta ocupacional pode oferecer suporte quanto à justiça ocupacional, capacitação e desenvolvimento de estratégias (ABRATO, 2007).

Os prováveis benefícios se encontram, portanto, no fortalecimento do engajamento, desmantelando a rede de reforço do sofrimento psíquico, ao assistir o acesso a contextos e ocupações, que permitam a expansão do repertório ocupacional para além do cenário clínico. Por fim, a expansão do repertório ocupacional permite desenvolver conexões interpessoais, empoderar o sujeito, na esperança de alcançar propósito significativo de vida, ou seja, criar novos interesses e necessidades (Davis, 2017).

4. Conclusão

Ainda que a conectividade entre os fatores de reforço do sofrimento psíquico demonstre influenciar na qualidade de vida e o *recovery* da pessoa com esquizofrenia, práticas mais ampliadas, humanizadas, não orientadas na doença e colaborativas se revelam como importantes no fortalecimento de processos mais positivos a estas pessoas. Isso ocorre, pois, a antiga prática em saúde mental, defensora da recuperação como remissão sintomatológica e centrada na doença, dá lugar a uma visão mais ampliada e orientada à vida das pessoas. Dito isso, o processo de *recovery* ressalta a importância de estratégias de apoio voltadas à vida das pessoas e sua participação social, preconizado pelo *recovery*, indo ao encontro dos princípios do modelo psicossocial em vigência no Brasil e do suporte terapêutico ocupacional.

Dessa forma, esta pesquisa buscou o entendimento entre as interfaces dos fatores estudados (internalização do estigma, perda de autonomia e independência e participação social restrita), ao examinar o desempenho ocupacional de um indivíduo com transtorno de esquizofrenia. A análise do caso

proporcionou um entendimento sobre a retroalimentação entre o estigma internalizado, perda de autonomia e independência e participação social restrita como influência direta no engajamento em atividades. Isto pode contribuir para um desempenho ocupacional empobrecido, podendo ter ocasionado a estagnação do repertório ocupacional e dificultando a efetivação do processo de *recovery*.

A partir dessa investigação, foi possível aproximar o potencial do suporte terapêutico ocupacional como apoio aos processos de *recovery*, ao evidenciar o foco comum entre eles: o empoderamento. Ao propor o empoderar do sujeito através do desenvolvimento de papéis ocupacionais ativos dentro da sociedade, estimula-se o *recovery*, recuperação por meio do engajamento nas atividades, ao ressignificar o lugar de doente mental para sujeito ativo e participante. Para tanto, faz-se necessário desatar esta rede de fatores, de maneira que o sujeito possa vivenciar de CHIME em seu processo *recovery*. Contudo, apesar de se tratar de um processo íntimo e subjetivo, faz parte do processo de *recovery* que o indivíduo venha a se deparar com barreiras sociais e culturais, de modo que possa haver a necessidade de capacitação em estratégias de enfrentamento, por exemplo.

Por fim, diante da complexidade do assunto apresentado neste estudo e das possibilidades aqui elencadas, sugere-se que mais pesquisas sejam realizadas neste tema para consolidar o papel da terapia ocupacional no processo de *recovery* de pessoas com esquizofrenia.

Referências

Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais. (2007). Lista de Procedimentos da Terapia Ocupacional – LPTO. *Coffito.gov.br*, Brasília.

Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

Bastos, S. C. A., Mancini, M. C., Pyló, R. M. (2010). O uso da medida canadense de desempenho ocupacional (COPM) em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 2 (21), 104-110. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v21i2p104-110>

Campos, C.J.G. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para análise de dados quantitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(5), 611-614. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019>

Canada, E. (2016). *Promoção do Recovery na Pessoa com Doença Mental Grave*. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Escola Superior de Enfermagem]. Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/17246>

Organização Mundial da Saúde - CID-10. (1997). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. São Paulo: Universidade de São Paulo.

Costa, E. & Noal, M. H. O. (2017). O papel do Projeto "Comunidade de Fala" no empoderamento e Recovery de usuários dos serviços de saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 21 (9), 199-211. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v9i21.69545>

Costa, M. N. (2017). Recovery como estratégia para avançar a reforma psiquiátrica no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 21 (9), 01-16. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v9i21.69532>

- Davis, L. B. (2017). The Canadian Model Of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). In: Curtin, M; Egan, M; Adams, J. *Occupational Therapy for People Experiencing Illness, Injury or Impairment: promoting occupation and participation* (148-168). Elsevier.
- Dedding, C., Cardol, M., Eyssen, I. L., Dekker, J. & Bellen, A. (2004). Validity of the canadian occupational performance measure: a client-centred outcome measurement. *Clin. Rehabil*, 18, 660-667. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1191/0269215504cr746oa>
- Duarte, T. (2007). Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Instituto Superior de Psicologia Aplicada*. <https://doi.org/10.14417/ap.434>
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chacamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pizon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 2 (34), 178-183. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
- Gil, A. C. (2017). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas Ltda.
- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 6 (199), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Martini, L. C. (2012). Adaptação cultural, validade e confiabilidade do Inventário de Habilidades de Vida Independente - versão paciente (ILSS-BR/P) com portadores de esquizofrenia. *Archives of Clinical Psychiatry*, 39 (01), 12-18. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000100003>
- Oliveira, H. E. S. (2015). *(In)visível para quem? Um olhar sobre o Estigma Internalizado, Auto-estima e Qualidade de Vida em Pessoas com Doença Mental*. [Tese de Dourado, Instituto Universitário de Lisboa]. Portugal. <http://hdl.handle.net/10071/12455>
- Oliveira, R. M., Facina, P. C. B. R., Júnior III, A. C. S. A. (2012). A realidade do viver com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2 (65), 309-316. Brasília. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200017>
- 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*, 21(9), 321-330. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v9i21.69553>
- Onken, S. J., Dumont, J. & Ralph, R. O. (2002). Mental Health Recovery: What Helps and What Hinders? A National Research Project for the Development of Recovery Facilitating System Performance Indicators. *NTAC - National Technical Assistance Center*.
- Opas Brasil. (2014). Dia Mundial da Saúde Mental 2014 tem como tema "Vivendo com a Esquizofrenia". *Organização Pan-Americana da Saúde*. https://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=254:dia-mundial-da-saude-mental-2014-tem-como-tema-vivendo-com-a-esquizofrenia&Itemid=183&lang=pt.
- Ministério da Saúde. *Portaria n. 3.088*, de 23 de dezembro de 2011. (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Ministério da Saúde. *Portaria n. 3.588*, de 21 de dezembro de 2017. (2017). Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

Silva, A. P. & Nascimento, E. G. C. (2019). "Por trás da máscara da loucura": cenários e desafios da assistência à pessoa com esquizofrenia no âmbito da Atenção Básica. *Revista de Psicologia*, 1 (31), 2-10. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i1/5517>

Silva, T. R., Berberian, A. A., Gadelha, A., Vilares, C. C., Martini, L. C. & Bressan, R. A. (2017). Validação da Recovery Assessment Scale (RAS) no Brasil para avaliar a capacidade de superação das pessoas com esquizofrenia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 1 (66), 1-8. Rio de Janeiro. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000144>

Slade, M. (2009). *100 Formas de Se Apoiar a Recuperação: guia para profissional de saúde mental*. Londres: Encontrar-se. https://www.encontrarse.pt/wp-content/uploads/2018/10/pub_100formas_apoiar.pdf

World Federation Of Occupational Therapy - WFOT. (2013). *Definitions of Occupational Therapy*. <https://www.wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations>

World Federation Of Occupational Therapy - WFOT. (2019). *A Terapia Ocupacional e a Saúde Mental*. <https://www.wfot.org/resources/occupational-therapy-and-mental-health>

World Health Organization. (2014). *World Mental Health Day 2014: Living with Schizophrenia*. *Who.int/mental_health*. https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/paper_wfmh.pdf

Yanos P.T., Roe D., Markus K., Lysaker P.H. (2008) Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv*, 59 (12), 1437-1442. doi: 10.1176/appi.ps.59.12.1437

Contribuições dos autores: D..M.B.: Elaboração, coleta de dados, formatação, análise dos dados, escrita – texto original. N.M.N.: Elaboração, Coleta dos dados, análise dos dados, escrita - o texto original. S.T.: Elaboração, Coleta dos dados, análise dos dados, escrita - texto original. T.R.S.: organização de fontes, validação dos dados, revisão do texto; A.C.O.P.: análise dos dados, escrita - revisão e edição do texto; M.M.: Orientação do trabalho, metodologia, análise dos dados, revisão e edição do texto

Recebido em: 12/08/2021

Aceito em: 05/04/2022

Publicado em: 20/05/2022

Editor(a): Kátia Maki Omura