



# O RECOVERY E O WRAP COMO AÇÕES DESPATOLOGIZANTES EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

DOI: 10.22289/2446-922X.V9N2A28

Carlos Alexandre da Silva **Rodrigues**<sup>1</sup>  
Tânia Maris **Grigolo**  
Daniela Ribeiro **Schneider**

## RESUMO

O *Recovery* coloca-se como uma prática despatologizante, pois não foca na doença e seus sintomas. Propicia o protagonismo das pessoas em sofrimento psíquico nos processos de cuidado, na medida em que estas passam a ter um papel ativo, através de grupos de ajuda mútua e do apoio entre pares. Foram desenvolvidas ferramentas de apoio aos usuários, a fim de sustentar processos de autocuidado e suporte de pares. Uma das mais disseminadas é o programa WRAP (*Wellness Recovery Action Plan*), que está em processo de adaptação cultural ao Brasil. Configura-se na elaboração de planos que auxiliam a desenvolver respostas para desafios do cotidiano, de maneira a promover o bem-estar. O *Recovery* e o WRAP, ao serem aplicados às pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas (AD), colocam-se como clínica ampliada, pois focam no sujeito e não no uso de drogas, trazem como meta a (re)descoberta da autonomia, da autogestão e da melhoria da qualidade de vida, sem que se imponha, necessariamente, uma meta de “cura”, de abstinência ou de “recuperação”, no seu sentido tradicional. Objetiva-se discutir possibilidades para aplicação dos princípios do *Recovery* e do Programa WRAP como ações despatologizadoras para auxiliar as transformações necessárias no campo do cuidado em saúde mental e, em especial, no campo AD. O *Recovery* e o WRAP, por proporem intervenções que dialogam diretamente com os princípios da Atenção Psicossocial e do Sistema Único de Saúde, assim como com a Redução de Danos, promovem saúde mental entre usuários, fortalecendo seus processos de cidadania.

490

**Palavras-chave:** Recuperação da Saúde Mental; Assistência à Saúde Mental; Atenção Psicossocial; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias.

## RECOVERY AND WRAP AS DE-PATHOLOGIZING ACTIONS IN MENTAL HEALTH, ALCOHOL, AND OTHER DRUGS

### ABSTRACT

Recovery is presented as a de-pathologizing practice because it does not focus on the illness and its symptoms. It promotes the protagonism of individuals experiencing psychological distress in the care processes, as they become actively involved through mutual support groups and peer support. Support tools have been developed for users to sustain self-care processes and peer support. One of the most widely disseminated tools is the WRAP (Wellness Recovery Action Plan), which is undergoing cultural adaptation in Brazil. It involves the creation of plans that help the person develop

<sup>1</sup> Endereço eletrônico de contato: [psicologia.casr@gmail.com](mailto:psicologia.casr@gmail.com)

Recebido em 28/07/2023. Aprovado pelo conselho editorial para publicação em 09/10/2023.



responses to everyday challenges, in order to promote well-being. Recovery and WRAP, when applied to individuals with problematic alcohol and other drug use (AD), represent an expanded clinical approach, as they focus on the individual rather than drug use. Their goal is the (re)discovery of autonomy, self-management, and improvement in quality of life without necessarily imposing a goal of "cure," abstinence, or "recovery" in its traditional meaning. The aim is to discuss possibilities for applying the principles of Recovery and the WRAP Program as de-pathologizing actions to assist the necessary transformations in the field of mental health care, particularly in the AD field. Recovery and WRAP, being tools that directly align with the principles of Psychosocial Care and the Unified Health System, as well as with Harm Reduction, promote mental health among users, strengthening their processes of citizenship.

**Keywords:** Mental Health Recovery; Mental Health Assistance; Mental Health Services; Substance-Related Disorders.

---

## EL RECOVERY Y EL WRAP COMO ACCIONES DESPATOLOGIZANTES EN SALUD MENTAL, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

### RESUMEN

*Recovery* se presenta como una práctica despatologizante, ya que no se enfoca en la enfermedad y sus síntomas. Facilita el protagonismo de las personas que sufren psicológicamente en los procesos de atención, permitiéndoles un rol activo a través de grupos de apoyo mutuo y el respaldo entre pares. Se han desarrollado herramientas para los usuarios con el fin de mantener procesos de autocuidado y apoyo entre iguales. Uno de los programas difundidos es el WRAP (Plan de Acción para el Bienestar y la Recuperación), en proceso de adaptación cultural en Brasil. Implica la creación de planes que ayudan a desarrollar respuestas para los desafíos cotidianos, con el propósito de promover el bienestar. El enfoque de lo *Recovery* y el WRAP, al ser aplicado en personas con problemas de consumo de alcohol y otras drogas, representa un enfoque ampliado, ya que se centra en el individuo, no en la sustancia en sí. El objetivo es (re)descubrir la autonomía, la autogestión y mejorar la calidad de vida, sin imponer necesariamente la meta tradicional de "cura", abstinencia o "recuperación". Se busca explorar cómo los principios de lo *Recovery* y el Programa WRAP pueden ser utilizados como acciones despatologizantes para impulsar cambios en el campo de la atención en salud mental, especialmente en el ámbito de AD. Al alinearse con los principios de la Atención Psicosocial, el Sistema Único de Salud y la Reducción de Daños, lo *Recovery* y el WRAP promueven la salud mental entre los usuarios, fortaleciendo sus procesos de ciudadanía.

491

**Palabras clave:** Recuperación de la Salud Mental; Atención a la Salud Mental; Atención Psicosocial; Trastornos Relacionados con el Uso de Sustancias.

### 1 INTRODUÇÃO

A despatologização, enquanto ato de retirada da centralidade da doença dos modelos de cuidado ou da elaboração compreensiva do fenômeno do sofrimento psíquico, ao enfrentar rotulações e estigmas e fortalecer o sujeito integral que se encontra no processo de sofrimento e em sua autonomia, pode ser considerada uma das dimensões nucleares das transformações críticas do modelo biomédico na saúde e seu correlato, manicomial ou asilar, na saúde mental.



São necessárias novas maneiras para conceber e conceituar o cuidado, ao incorporar a dimensão ético-estética-política criadora de uma clínica ampliada, na medida que produtora de processos de subjetivação disruptivos, pois desfocados da mera solução de problemas, ao mirar em novos campos de possibilidades de ser, de abertura para novas questões existenciais, novas percepções de si. Esta clínica se volta para a desconstrução das perspectivas categorizantes da psicopatologia, das ações em saúde focadas simplesmente no controle de sinais e sintomas (Keitel, 2018). Desta forma, em diálogo com o modo psicossocial (Costa-Rosa, 2000), produz-se uma clínica de múltiplas entradas, com diferentes ferramentas e novas direções terapêuticas (Keitel, 2018).

O *Recovery* surge na esteira das práticas despatologizantes como uma nova visão sobre o protagonismo das pessoas que experienciam processos de sofrimento psíquico grave, na medida em que passam a ter um papel mais ativo, fazendo-se ouvir nos processos de atenção oferecidos, através de grupos de ajuda mútua e do apoio entre pares. É uma resposta à insatisfação com concepções e modelo de serviço de saúde mental tradicionais, sustentados numa lógica verticalizada de relações entre equipe técnica e usuários.

Passa a ser definido como um processo profundamente pessoal, de mudança de atitudes, valores, sentimentos, metas, habilidades e papéis; tanto é assim que muitas das produções científicas sobre o tema são das próprias pessoas que vivenciaram os processos de *Recovery* em suas jornadas. Ele é uma 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). Torna-se 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.

A dimensão pragmática relacionada ao *Recovery* criou a necessidade de inventar ferramentas, tais como estratégias, instrumentos e programas, que fossem capazes de dar suporte aos processos de autocuidado e cuidado por pares. Uma das ferramentas mais amplamente disseminadas é o programa WRAP (Wellness *Recovery* Action Plan), traduzido para o Brasil no seu processo de adaptação cultural como “Plano Pessoal de Ação para o Bem-Estar e *Recovery* em Saúde Mental”, ou apenas Plano Pessoal de Ação WRAP (Grigolo et al., 2017).

O WRAP funciona como a elaboração de um plano que auxilia o sujeito em sofrimento a desenvolver respostas para desafios de seu cotidiano, de maneira a manter ou a recuperar seu bem-estar (Copeland, 2002; Grigolo et al., 2017). Desenhado como uma ação educativa e reflexiva,



visa a autogestão da vida dos usuários, ao se colocar como um apoio técnico para tomada de decisões, identificação de recursos internos e externos, planejamento de ações, com base nas próprias experiências e desejos das pessoas. O plano é construído individualmente, em oficinas, nas quais se produz uma dinâmica grupal, de interação social, compartilhamento de experiências e aprendizado mútuo (Grigolo et al., 2017).

Esta ferramenta pode ser muito potente para auxiliar no processo de cuidado em atenção psicossocial. No Brasil, na lógica da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), o *Recovery* e o WRAP, podem auxiliar ao fortalecimento de ações de cuidado despatologizantes e produtoras de autonomia dos usuários, em diálogo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), inclusive com ótimas possibilidades de eficácia para o cuidado no campo dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (AD).

*Recovery* não é comumente traduzido no Brasil, mesmo que alguns autores, por questões de conveniência linguística, traduzam para sua forma literal de “recuperação”. No entanto, este sentido de “recuperação”, em português, não reflete o sentido desta abordagem inovadora e despatologizante, que não requer remissão dos sintomas ou outros *déficits*, nem se constitui como um retorno ao funcionamento diário “normal”, mas envolve perceber o sofrimento psíquico como uma das dimensões da vida da pessoa, ainda que não se reduz a ela (Davidson et al., 2005).

O conceito de “recuperação” no Brasil está muito ligado ao modelo tradicional de cuidado, em especial, quando no campo dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, que se coloca, justamente, na oposição à lógica do *Recovery*, pois centrado na remissão dos sintomas, na sua exigência “a priori” da abstinência para a entrada de usuários nos processos de atenção e como meta terapêutica impositiva. Esta lógica de “recuperação” tradicional desconsidera a idiosincrasia dos problemas relacionados ao uso AD, às múltiplas determinantes deste fenômeno e a dificuldade da interrupção do uso como uma das condições definidoras dos transtornos relacionados ao uso de substâncias. Surge, com isso, a necessidade de novas possibilidades em termos de intervenções, que possibilitem o protagonismo e empoderamento dos usuários, baseados no respeito à diversidade de sua condição e sua liberdade de escolha de processos de vida e de cuidado.

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. Por isso, é singular e se define de acordo com a influência dos seus valores e culturas, também, das suas realidades sociais e na sua variada aplicabilidade dos contextos do processo. Daí sua importância de adaptação cultural à realidade brasileira. Sabe-se que o *Recovery*, assim como o WRAP, é possível para todos em suas diversidades de fenômenos psicológicos (Ahern & Fisher, 1999; Chamberlin, 2006; Deegan, 1999; Fisher, 2006; Mead & Copeland, 2000). Nesta direção, objetiva-se neste artigo discutir possibilidades de aplicar os princípios do *Recovery* e do programa WRAP como ações



despatologizadoras para auxiliar as transformações necessárias no campo do cuidado em saúde mental e, em especial, para pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

## 2 DESENVOLVIMENTO

### Recovery, definição e percurso histórico em saúde mental

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 Foscaches, (2018).

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, 2006). 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).

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. Por isso, é singular e se define 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).

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 controle sobre as suas vidas (Deegan, 1988; Leete, 1989; 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 desta abordagem 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 este processo através de várias fases. No entanto, o modo como as



peças 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).

Em Recovery as pessoas, ao mesmo tempo, aceitam suas limitações e descobrem novos modos de possibilidades ao tomar atitudes proativas com a vida (Deegan, 1988). Compreende que, ao tratar o sujeito nesta perspectiva limitada por olhares incapacitantes e reduzidos às limitações de uma “doença”, aos estigmas da periculosidade, à vulnerabilidade, e insuficiência, estes impactam a condição da pessoa experimentar-se apta a viver uma vida com autonomia diante da realidade, fragilizando sua condição de conviver com o sofrimento psíquico.

O estigma social da doença ou do transtorno mental, marcante diante do que a sociedade produz, é um desafio à produção de sentidos subjetivos para as pessoas em Recovery. Ao analisarmos os efeitos concretos da institucionalização, da discriminação diante das oportunidades e das exigências de produtividade, verifica-se a importância de o Recovery mediar o enfrentamento dos estereótipos, da cronificação do sofrimento, construindo formas de inclusão com afetos positivos e esperança na vida.

As ações em Recovery se colocam na direção da 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 seu processo existencial se reconhecer como um sujeito de direitos, posicionado no mundo e exercer uma relação crítica com a sociedade, voltado para uma autodeterminação diante de suas vidas, a apropriação das rédeas de seus cuidados.

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 psíquicos. 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, desta forma, 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 & Furtado, 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.

Sendo assim, esta abordagem não preconiza a “cura” no sentido biológico da vida e de remissão de sintomas, mas a apropriação pessoal das formas de viver e de lidar com seus problemas psicossociais e suas várias formas de expressão, 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, mas que sempre podem ser redimensionados em processos de ressignificação e inclusão em redes de mediação viabilizadoras.

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).

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 Reforma Psiquiátrica Brasileira e as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial. 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 objetivos serão alcançados primordialmente através da pertença e participação efetiva 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 um novo modo de 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 métodos, programas e práticas em cuidado e prevenção que contribuem para avançar com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Pereira, 2019; Costa, 2017; Grigolo, 2017; Oliveira, 2017; Onocko-Campos, et al., 2017; Serpa, 2017; Silveira, 2017; Vasconcelos, 2017).

É importante localizar que no ano de 2016 a sociedade 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, Internacional 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).

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 contrapõe as 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 outra lógica, 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.

### **O Programa 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 programa 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).

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 Copeland (2002) a organização, que é sem fins lucrativos, dissemina o WRAP através de treinamentos, palestras, discussões e exercícios individuais e em grupo e os fundamentos do WRAP são inicializados por meio de exemplos da vida dos cofacilitadores, ao partir da experiência grupal vivida pelos participantes.

A United States Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) através de rigorosos estudos científicos, em 2010 reconheceu através de registro nacional o WRAP como uma prática baseada em evidências.

O WRAP é um programa 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.

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. 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 demonstraram 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.

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.

No Quadro 1, estão dispostos os elementos centrais da metodologia do programa 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

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

Fonte: WRAP *Workbook da Copeland Center* (Tradução livre pelos autores)



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 compreende-se 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).

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.<sup>a</sup> Tânia Maris Grigolo. Passa por um processo de adaptação cultural, sendo sua análise o alvo de pesquisa científica no campo da psicologia, do desenvolvimento psicológico e da atenção psicossocial.

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 da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), (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).

Com as experiências no Brasil e pelo estudo de adaptação cultural, entre os objetivos sistematizados ao programa WRAP com os participantes/usuários, estão: 1) Ensinar como implementar o Recovery pelos seus princípios (esperança, responsabilidade pessoal, educação, advogar ao seu favor ou autodefesa e suporte) em seu dia a dia; 2) Contribuir na criação e organização de uma lista de suas “ferramentas de bem-estar”, a fim de prevenir e enfrentar dificuldades com a saúde mental; 3) Ajudar na criação de um plano de suporte sobre a rede de apoio, que oriente o envolvimento das pessoas próximas (familiares, amigos ou apoiadores) caso a pessoa tenha dificuldades ou não consiga tomar decisões sobre seus cuidados; 4) Auxiliar no



desenvolvimento de um plano pós-crise personalizado, para uso conforme a dificuldade de saúde mental diminuir, que promova bem-estar.

Um 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 tipos 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 (2006), 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).

501

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, a relação entre o sucesso no emprego destes sujeitos que demonstram sofrimento psíquico e que são beneficiados pelo WRAP no ambiente de trabalho.

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 programa WRAP em nossa cultura pode ser considerado 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, na direção de novas metodologias e ferramentas que sejam capazes de produzir tecnologias inclusoras de cuidado, que promovam novas abordagens em saúde mental, capazes de fomentar um processo de suporte técnico para os dispositivos da RAPS.

O WRAP é um instrumento que potencializa o cuidado, com estratégias de intervenção em promoção de saúde mental, ao adotar lógicas emancipatórias e compreensivas nas intervenções com pessoas em sofrimento psíquico, que pode trazer um ótimo potencial clínico no campo do cuidado com pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, objeto de nossa discussão neste artigo.

### **Recovery e WRAP como estratégias de cuidado com pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas**

Convivemos na contemporaneidade com a “cultura da droga”, em um sistema social que carrega complexidades que implicam a múltipla determinação da função do uso da droga na vida dos sujeitos. O consumo de drogas, sabe-se, é um fenômeno civilizatório, ou seja, em todas as culturas humanas sempre foi constatado o uso de substâncias que ativam o sistema nervoso central. Porém, na contemporaneidade, as características desse consumo modificaram-se significativamente, colocando em risco a vida de muitas pessoas, por espelhar o sistema econômico contemporâneo e seu ciclo da sociedade de consumo (Escotado, 1989; Spohr et al., 2006).

Para a compreensão dessas múltiplas determinações do consumo de drogas é relevante o entendimento acerca das racionalidades sobre o fenômeno, de acordo com Schneider (2010). Elas dizem respeito ao modo de conceber as várias questões implicadas no consumo de substâncias psicoativas, em especial no modo de definir a relação entre o tripé: sujeitos, contextos e drogas, por parte de quem observa, trabalha e ou de quem vivencia esta situação. Este olhar será sempre atravessado pelos diversos sistemas de crenças, valores, princípios, regras, conhecimentos, desejos e vontades, que se fazem presentes, contraditoriamente, nos diferentes projetos para uma sociedade e que convivem em um dado contexto social, tornando-se um “guia” das concepções e práticas num dado momento histórico.

Sendo assim, em contextos sociais e profissionais em que prevalece a ordem moral como forma de conceber o projeto societário, será este o modo predominante para a compreensão do consumo de drogas, como sendo um “vício” de um sujeito frágil, levado por forças do mal. Em contextos que se pretendem científicos, a busca de fundamentos técnicos e demonstrações



estatísticas e empíricas prevalecem, definindo o olhar para o consumo problemático como doença, crônica e recorrente. Em contextos que buscam uma sociedade inclusora da diversidade, democrática e que entenda a responsabilização de todos pelo futuro da civilização, busca-se um olhar complexo e multideterminado para o fenômeno do consumo, ao buscar compreender as escolhas do sujeito e, entre elas, a droga e sua função em sua vida e na relação com os diversos contextos que lhe definem. Na verdade, estes diferentes projetos societários coexistem e produzem um cenário de disputas de diferentes racionalidades, que implicam diferentes modelos de atenção aos problemas de uso de álcool e outras drogas (AD). Estes diferentes modelos em AD refletem, por sua vez, modelos e racionalidades em disputa no campo da saúde mais ampla, assim como da saúde mental (Schneider, 2010).

Ao analisar as propostas de transformação dos modelos de cuidado em saúde mental, como vimos acima, pode-se compreender o Recovery como um importante aliado para avançar o modo psicossocial e as conquistas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, buscando superar os modelos psiquiatrizantes, corroborando com as reflexões acima sobre as disputas de modelo de cuidado, que refletem, ao fundo, disputas de projetos de sociedade. A abordagem Recovery, que tem no programa WRAP uma importante ferramenta, como uma estratégia pragmática para a mediação da construção da autonomia e do bem-estar dos usuários, pode ser ofertada como uma ótima opção técnica para o cuidado das pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas. Verificou-se, no entanto, em uma revisão integrativa realizada em 2021, que no campo AD, os estudos em Recovery ainda são escassos (Rodrigues, 2023).

503

O Recovery assume a intenção de superar o modelo que limita e segrega o sujeito à relação com o sofrimento psíquico, e no caso AD, em seu entendimento dos problemas relacionados ao consumo como sendo um “transtorno”, neste caso por uso de substância. A abordagem se contrapõe aos modelos conservadores de tratamento, como ocorre nos casos do modelo moral e do modelo biomédico no campo AD, os quais postulam a concepção dos problemas do uso de drogas como uma doença, de ordem neuroquímica, reduzindo as dificuldades vivenciadas pelo usuário ao consumo abusivo e sua relação com a substância e propõe, frente a isto, a abstinência como meta única de tratamento. Diante dessas limitações, esta lógica pouco considera o contexto em que se produz o processo de sofrimento do usuário (Schneider, 2010).

Em um diálogo com os questionamentos do Recovery, podemos trazer a crítica construída por Lancetti (2020) que define como “contrafissura”, na qual questiona o modo como se compreende e maneja a experiência central das pessoas que tem problemas relacionados ao uso de drogas, a fissura, compreendida pelos modelos tradicionais como um impulso irrefreável para consumir drogas. Neste caso, Lancetti chama de contrafissura as tentativas incoercíveis de tantos governos, igrejas, profissionais, centros de saúde, conselhos de várias ordens, para resolver de modo simplificado problemas que são tão complexos, ao centrarem suas teorias e abordagens nas drogas e seus efeitos e deixando ao largo as pessoas e seus contextos de vida.



Pode-se refletir que os princípios do Recovery e do programa WRAP, ao serem aplicados às pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas, levam a construir uma crítica aos modelos tradicionais, aos profissionais que o defendem, aos serviços que o pregam, como “contraterapêuticos”, em uma menção à Lancetti (2020), se considerarmos a definição de uma pessoa reduzida à sua condição de usuário de substância psicoativa ou ao seu padrão de uso e os processos de cuidado com a meta única da abstinência, sem considerar a complexidade envolvida na vida das pessoas. O processo de Recovery aplicado a um usuário do campo AD se descortina como uma clínica ampliada, pois coloca como meta terapêutica a (re)descoberta da autonomia, da autogestão e da melhoria da qualidade de vida, sem que se imponha, necessariamente, uma meta de “cura”, de abstinência ou de “recuperação”, no sentido tradicional em que esta palavra é compreendida neste campo.

O Plano WRAP pode auxiliar, de forma pragmática, na construção de novos resultados terapêuticos, já que a interrupção do uso da substância pelo usuário é, justamente, um dos núcleos centrais do problema da dependência, sendo sua exigência impositiva uma estratégia que pode gerar maior cronificação e desamparo social dos usuários. Parte-se para uma valorização da identidade da pessoa pelas suas potencialidades, voltado para uma aprendizagem de autogerenciamento do seu uso e de suas vontades, ao trazer elementos importantes do campo de redução de danos para dialogar com o Recovery. A pessoa pode ficar abstinente da droga que lhe consome, mas esta decisão deve vir dela, não de uma imposição externa, passando por uma redefinição do lugar da droga e de que perspectivas tem para seu bem-estar.

504

Um dos grandes desafios para a compreensão dos problemas relacionados ao uso de drogas é justamente a questão da autonomia e da liberdade, tão caras às propostas do modo psicossocial e ao Recovery, como princípios dos processos de atenção. A pessoa que tem uma relação de dependência com alguma droga, “parece” não ter as rédeas de vida, mas sim, ser guiada pela força que a drogas e seus efeitos exercem sobre ela, como se refém dela fosse. Esta é a visão aparente do fenômeno, sobre a qual o modelo tradicional sustenta sua compreensão e abordagem clínica. Falamos aqui de “aparente” ao trazer a reflexão da ciência física que vai discutir o chamado “movimento aparente dos fenômenos”, ou seja, como eles se mostram à percepção do senso comum, sem arcabouço teórico e sem comprovação científica para explicá-los. Como por exemplo, o geocentrismo, que perdurou durante tanto tempo, sustentado na percepção do senso comum, que gera muitas certezas pessoais, de que é o Sol que se move sobre a terra, nasce no Leste e se põe no Oeste, passa sobre nossas cabeças e produz o dia e a noite. Foi preciso o avanço do conhecimento e das ferramentas científicas, o enfrentamento de muitos tribunais de inquisição, para imperar o novo modelo do heliocentrismo, que comprova, por sustentação teórica e comprovação experimental, que é a terra que se move ao redor do Sol. Sendo assim, é preciso aprofundar a temática da autonomia e liberdade para poder discutir a questão AD e seus modelos de cuidado para além do “terraplanismo” e trazer as contribuições que o Recovery pode produzir.



Leal e colaboradores (2019), com base em fundamentação fenomenológica, em seu artigo intitulado “Além da compulsão e da escolha: autonomia, temporalidade e recuperação pessoal”, produzem elaborações teóricas e científicas que buscam superar esta visão aparente sobre os temas em questão. Discutem que autonomia “significa aquele que tem o poder de dar a si mesmo a norma, a regra, a lei. Aquele que goza de autonomia e liberdade seria aquele com capacidade plena de autodeterminação” (Leal et al., 2019, p. 132). Entretanto, quando esta concepção é tomada pelo individualismo neoliberal, típico dos tempos hodiernos, desconsidera os múltiplos condicionantes da situação singular, como se uma pessoa pudesse se autosustentar, independentemente da relação com a sociedade e dos elementos que a compõem. Neste reducionismo é que se sustenta a gangorra entre a culpabilização do usuário, em função de sua “liberdade” de escolha (lógica moral do vício) ou o enfoque do aprisionamento nos efeitos da droga (lógica biomédica da dependência como dinâmica bioquímica), que tem na compulsão a questão central, como uma força mais forte do que o sujeito, que fica aprisionado num organicismo que o define.

Então, muito mais do que partir da compreensão do sujeito como totalmente livre ou totalmente assujeitado a um ou alguns elementos que compõem o seu mundo, considerados como dois polos diferentes e idealizados dessa questão, interessa conhecer como o sujeito estabelece relação com os elementos que compõem o seu mundo, em especial as substâncias psicoativas, e que tipo de relações seriam essas, partindo do pressuposto de que não haveria ninguém totalmente autônomo e ninguém totalmente determinado pelo ambiente e pelo espaço social (Leal et al., 2019, p. 132).

505

Nessa direção do entendimento da dialética entre autonomia e determinação, na busca de esclarecimentos para além do aparente nesta temática que impacta o cuidado em AD, a psicologia existencialista, com base em Sartre, também tem muito a contribuir, na sequência das reflexões de Leal et al. (2020). O existencialista discute, como condição ontológica, que o sujeito é “condenado à liberdade”, pois está num mundo em que sempre tem que escolher. Portanto, não é possível não escolher, pois a não escolha também é um modo de escolher. Liberdade é justamente esta condição de escolha, que coloca nas mãos do sujeito a definição do seu ser. Mas é preciso compreender, nos mostra o filósofo, que liberdade não pode ser confundida com livre-arbítrio, concepção moral, pois a escolha não é voluntarista, dado que o sujeito não escolhe o que bem entende, pois a escolha é sempre situada a partir de condições concretas de uma estrutura de escolha (Sartre, 1997).

O uso de drogas é mais uma das escolhas realizadas pelo sujeito em uma dada estrutura de escolha em que se encontra sempre em situação, estrutura está marcada por um mundo complexo, multifacetado: repleto de outras pessoas, algumas mais próximas, outras mais distantes, que o puxam para lá ou para cá; mediam o seu uso ou pedem sua interrupção; repleto de territórios que o marcam e o atravessam, com diferentes lugares que o viabilizam ou atravancam seu caminho, com ofertas de produtos, de encontros, de relações, ou de vazios; em uma dada sociedade, com



valores sociais, com exigências morais, com regras e julgamentos, mas também com possibilidades de realizações de projetos pessoais e coletivos. A droga será escolhida dentro de um conjunto de múltiplas determinações, de um indivíduo que será sempre um universal/singular (Sartre, 1997; Schneider et al., 2017).

Entretanto, a liberdade em Sartre implica o compromisso ontológico que dela se desdobra, pois ao escolher o sujeito acaba se escolhendo, comprometendo seu ser em dada direção, suas possibilidades futuras. É preciso entender, entretanto, que esta escolha, em boa parte se dá de forma alienada, quer dizer, que a pessoa não se dá conta dos motivos e das consequências de suas escolhas, sendo que o sentido do seu ser “escapa entre seus dedos” (Schneider et al., 2017). Nessa direção, a alienação “é o outro que me torno, não como simples resultado de minha livre práxis, mas como resultante das atividades dos outros que se apropriam de minhas objetivações e alteram seu sentido. Por essa razão, é possível definir a alienação como uma liberdade alienada, sem deixar por isso de ser liberdade” (Mattos et al., 2012, p. 737). Quando a pessoa escolhe o uso de uma droga e acaba se aprisionando na repetição típica da fissura, é ela que está escolhendo, mas o faz dentro de uma estrutura de escolha, geralmente dentro de condição alienante.

Dessa forma, fortalecer a autonomia do usuário, em especial no campo AD, não é simplesmente deixá-lo à mercê de escolhas alienadas, mas mediatizar todo o seu processo de escolhas, inclusive as das drogas, as implicações em sua vida, o controle sobre o seu uso, a redução de seus danos, ao trabalhar a estrutura de escolha que envolve o seu processo de tomada de decisões e a afetabilidade decorrente deste processo. Ou seja, é preciso desalienar as condições do uso. Nesta direção, a abordagem Recovery e o WRAP aproximam-se em suas práticas pela perspectiva em saúde mental das discussões sobre a autonomia, de uma forma crítica (Leal et al., 2006; Leal et al., 2019). Suas técnicas e intervenções, como no caso da construção do plano que é realizado no WRAP, são pautadas e organizadas em torno de valores e escolhas do sujeito, que não são normas inflexíveis, atemporais, eternas, a-históricas, mas sim situadas em sua história de vida, em seu conjunto de relações com o seu território, com os outros, mirando aquilo que lhe produza segurança e bem-estar. Em diálogo constante entre a atenção psicossocial e o Recovery a psicopatologia da autonomia, como proposta por Leal e colaboradores (2006; 2019) precisa ser considerada uma perspectiva que atravessa a ética do fazer clínico.

Deve-se, contudo, evitar as exigências do cuidado tomadas do ponto de vista individualizado e reduzido ao problema do uso da substância, sendo que neste sentido não cabe nem um tipo de julgamento “a priori”, quando a sua compreensão é vista de forma reduzida como uma tensão entre compulsão ou escolha, sem compreender a dialética aqui envolvida (Leal et al., 2019, p.132).

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.

O Recovery auxilia a evitar as armadilhas dos estereótipos morais, lançados ao senso comum sobre uma pessoa que fez, fez 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). O contexto do uso da droga nunca é o mesmo em todos os lugares e momentos, assim como não o são os seus agentes. “Em outras palavras, as formas de consumo nunca são iguais, assim como os produtos não são os mesmos, nesses espaços diferenciados” (Espinheira, 2008, p. 01). Sendo assim, os efeitos das drogas dependem da complexidade envolvida, o sujeito e sua história, seu organismo, o lugar e contexto de uso, etc. Por isso, o foco da intervenção tem que considerar esta dinâmica entre as singularidades e os determinantes sociais.

Por outro lado, iniciativas de políticas públicas no campo AD que dialoguem com os princípios da redução de danos são importantes alternativas substitutivas frente aos modelos tradicionais de abordagem no campo AD, pois são inclusivas para os usuários, em sua condição singular e no respeito às suas escolhas e seus contextos de vida, como tivemos o exemplo, na cidade de São Paulo, do Programa de Braços Abertos, entre 2014 e 2016, que ofertou lugares para dormir, para tomar banho, para se alimentar e possibilidades de emprego para pessoas da cracolândia, sendo assim, um programa gerador de projetos de vida e de esperança. Nesta direção, tais iniciativas estão em sincronia com os princípios do Recovery e o diálogo entre estas diferentes estratégias podem potencializar o campo das políticas públicas na área.

507

Diante desta realidade de boas iniciativas no campo, é importante que hajam investimentos pessoais e sociais, com recursos financeiros, materiais e instrumentais, além da importância do território 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. 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.



Ao trazer o Programa WRAP no contexto de atuação do problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, verificamos que a estratégia da construção de um plano de bem-estar pessoal, em um diálogo com os princípios da atenção psicossocial e da redução de danos, ao construir estratégias de manutenção diária de bem estar, realizar a localização dos gatilhos desencadeadores (externos) da fissura, desenvolver o reconhecimento dos alertas e sinais (internos), assim como a antecipação de momentos de colapsos (quando as coisas parecem estar saindo do trilho) e, com base nestes elementos, elaborar um plano para o enfrentamento das crises, pode ser uma estratégia muito eficaz. Com isto, o usuário terá mais clareza da estrutura de suas escolhas e de como é afetado emocionalmente por elas, ganhando condições de auto manejo destas condições.

O modelo de identificação de gatilhos, de alertas e sinais e a construção de um plano de enfrentamento das crises usada no WRAP tem similitudes com a proposta de prevenção à recaída de Marlatt e Gordon (1993), voltado para o autocontrole dos usuários e mudanças sobre seu comportamento e estilo de vida, muito conhecida no tratamento tradicional no campo AD. Entretanto, diferente desta proposta, centrada na abstinência e na mudança comportamental, o WRAP passa por um empoderamento do sujeito sobre sua vida e suas condições existenciais e pela construção da autonomia e autogerenciamento de suas emoções e modos de estar no mundo, sem exigências de mudança colocados por padrões ou elementos externos.

508

Pode-se compreender a abordagem Recovery como uma estratégia de enfrentamento aos sentimentos adversos quando uma pessoa cria coragem para buscar ajuda para o seu uso problemático de substâncias, na medida em que a pessoa será respeitada em seu processo singular, sem colocar exigências “a priori”, privilegiando o saber da pessoa sobre sua condição e sua história, reconhecendo suas escolhas e consequências favoráveis e desfavoráveis aos seus cuidados, mediando para o melhor uso dos seus recursos pessoais e sociais.

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Recovery e o WRAP, ao dialogarem diretamente com os princípios da Atenção Psicossocial e do Sistema Único de Saúde, promovem saúde mental entre usuários, fortalecendo seus processos de cidadania. Traçam estratégias de intervenção nas quais é a própria pessoa que ajuda a desenvolver métodos e abordagens, juntamente com o pessoal das equipes técnicas, das famílias e comunidades, que se colocam como mediadores de processos de promoção de saúde mental. O Recovery contribui para a potencialização das capacidades do sujeito em manejar sua vida, a ponto de ajudar o indivíduo a (re)estabelecer relações afetivas e sociais, (re)conquistar direitos e experimentar o seu poder de cidadão. O produto da singularização destas experiências de autocuidado e cuidado mediado, que se expressam na construção de Projetos Terapêuticos



Singulares, visa o fortalecimento da autonomia afetiva-material-social e a incorporação dessas dimensões na vida de relação social e política dos usuários.

Dessa forma, entende-se que diante da vulnerabilidade social que o uso problemático de substâncias psicoativas pode causar na vida de algumas pessoas, dada as suas condições psicossociais e contextos familiares e comunitários, o Recovery propõe desenvolver habilidades para o sujeito construir uma ressignificação de sua vida, podendo ser mais produtiva e com maior autonomia, sem exigências de padrões de comportamento ou estilos de vida estabelecidos por fora.

O Recovery e, em específico, o Programa WRAP, tem tido alta aceitação em várias partes do mundo por sua eficácia como alternativa despatologizante de cuidado no campo da saúde mental. No Brasil, em seus processos de adaptação cultural, têm se apresentado como excelentes estratégias de cuidado, que dialogam diretamente com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e com o modo psicossocial. Em especial na atenção às pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, possibilitam um diálogo com a lógica da redução de danos, princípio da Política de atenção integral aos usuários de drogas do Ministério da Saúde e trazem ferramentas pragmáticas para autogestão no cuidado, manejo de fissuras e de crises para além de uma imposição externa de mudança de comportamento, portanto, em consonância com os desejos e necessidades singulares e contextuais dos usuários, viabilizando uma autonomia crítica, na direção da desalienação do sujeito.

509

Desta forma, o Recovery e sua ferramenta WRAP trazem a promessa de potencializar a promoção de condições mais favoráveis de vida cotidiana, dado os dispositivos de inclusão dos usuários na corresponsabilização pelo cuidado e pela diversidade de possibilidades de uso do seu paradigma, de técnicas e de manejo terapêutico, que acabam por fortalecer a clínica ampliada na Rede de Atenção Psicossocial.

## 4 REFERÊNCIAS

- Ahern, L., & Fisher, D. (1999). *Personal Assistance in Community Existence: Recovery at Your Own Pace*. National Empowerment Center. [http://akmhweb.org/docs/pace\\_manual.pdf](http://akmhweb.org/docs/pace_manual.pdf)
- 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/cbsm.v4i9.68691>
- 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), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Chamberlin, J. (2006). Confessions of a Non-Compliant Patient. *Journal of Psychosocial Nursing*, 36(4), 49-52. <http://www.power2u.org> .



- Copeland, M. E. (2002). Wellness Recovery Action Plan. *Occupational Therapy in Mental Health*, 17(3), 127-150. [https://doi.org/10.1300/J004v17n03\\_09](https://doi.org/10.1300/J004v17n03_09)
- Copeland, M. E. (2006). *Wellness Recovery Action Planning (WRAP) project: WRAP group facilitator's kit*. Peach Press.
- Copeland, M. E., & Mead, S. (2004). *Wellness Recovery Action Plan and peer support: Personal, group, and program development*. Peach Press.
- Costa, M. N. (2017). Recovery como estratégia para avançar a Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9(21), 01-16. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v9i21.69532>
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. Amarante (Org.). *Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade*. Fiocruz.
- 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>
- Deegan P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 9(4), 11-19.
- 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*. (pp. 63-81). AEIPS Edições.
- 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>
- 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>
- Escohotado, A. (1989). *História de las Drogas*. Editora Alianza.
- Espinheira, G. (2008). *Sociedade do medo: teoria e método da análise sociológica em bairros populares de Salvador: juventude, pobreza e violência*. Salvador. Ed. EDUFBA.
- Fisher, D. (2006). *A New Vision of Recovery: People canfully recover from mental illness*. <http://www.power2u.org> .
- 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>
- 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>
- Keitel, L. (2018). *Da doença ao sofrimento psíquico: Sentidos da "loucura" na clínica da atenção psicossocial*. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina. 297 p. <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/198165/PICH0194-T.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>
- Rev. Psicol Saúde e Debate. Out., 2023:9(2): 490-512.*



- Lancetti, A. (2020). *Contrafissura e Plasticidade Psíquica*. São Paulo: Hucitec. 136 p.
- Leal, E. M.; M., N. M.; Serpa, O. D. Jr.; & Delgado, P. 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://www.redalyc.org/pdf/2330/233017487005.pdf>
- Leal, E. M., Munoz, N. M., & Serpa Jr., O. D. (2019). Além da compulsão e da escolha: autonomia, temporalidade e recuperação pessoal. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 22, 130-149. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2018v22n1p130.8>
- Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 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>.
- Marlatt, G. A.; & Gordon, J. R. (1993). *Prevenção da Recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre. Artes Médicas.
- Mattos, A. R., Ewald, A. P., & Castro, F. G. (2012). Liberdade, alienação e criação literária: reflexões sobre o homem contemporâneo a partir do existencialismo Sartriano. *Estud. pesqui. psicol.*, 12(3), 724-766. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8214/5966>
- Mead, S., & Copeland, M. H. (2000). What Recovery meanstous: Consumers' perspectives. *Community Health Journal*, 36(3), 315-328. <https://doi.org/10.1023/a:1001917516869>
- 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>
- 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>
- Onocko-Campos, R. T., Costa, M., Pereira, M. B, Ricci, E. C., Enes, S. T. G., Janeth, L., Chavez, E.; Reis, G. & Davidson, L. (2017). Recovery, citizenship, and psychosocial rehabilitation: A dialog between Brazilian and American mental health care approaches. *Am J Psychiatr Rehabil*, 20(3), 311–26. <https://doi.org/10.1080/15487768.2017.1338071>
- 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. [http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/334852/1/Pereira\\_MarianaBarbosa\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/334852/1/Pereira_MarianaBarbosa_M.pdf)
- 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>
- Rev. Psicol Saúde e Debate. Out., 2023:9(2): 490-512.*



- 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.
- Rodrigues, C. A. S. (2023). *Análise do Processo de Adaptação Cultural do WRAP (Wellness Recovery Action Plan) ao Contexto Brasileiro*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina.
- 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>
- Sartre, J. P. (1997). *O Ser e o Nada: Ensaio de Ontologia Fenomenológica*. Petrópolis: Vozes.
- 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://www.redalyc.org/pdf/630/63028839010.pdf>
- Serpa, O. D., Jr. (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://www.researchgate.net/publication/316636268>
- Silveira, A.; et al. (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/cbsm.v9i21.69533>
- Spohr, B., Leitão, C., & Schneider, D. R. (2006). Caracterização dos serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas na região da Grande Florianópolis. *Revista de Ciências Humanas*, 39, 219-36.  
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/17997>
- 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](https://www.researchgate.net/publication/286557820_What_would_a_Recovery-oriented_program_look_like)
- Vasconcelos, E. M.; (2000) Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento dos usuários. In: Amarante, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro. (pp. 169-194). Editora Fiocruz.
- Vasconcelos, E. M. (2009). Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1), 55–66.  
<https://doi.org/10.5007/cbsm.v1i1.68427>
- Vasconcelos, E. M. (2017). As abordagens Anglo-Saxônicas de Empoderamento e Recovery (Recuperação, Restabelecimento) em saúde mental: uma apresentação histórica e conceitual para o leitor brasileiro. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9(21), 48-65.  
<https://doi.org/10.5007/cbsm.v9i21.69535>
- White, W. L. (2007). Addiction Recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of substance abuse treatment*, 33(3), 229-241.  
[https://www.naadac.org/assets/2416/whitewl2007\\_addiction\\_Recovery.pdf](https://www.naadac.org/assets/2416/whitewl2007_addiction_Recovery.pdf)