

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Mayara Karoline Silva Lacerda

ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO INSTRUMENTO  
*THE PROVIDERS SURVEY* NO CONTEXTO BRASILEIRO DOS SERVIÇOS  
DE SAÚDE MENTAL

Montes Claros, MG

2020

Mayara Karoline Silva Lacerda

ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO INSTRUMENTO  
*THE PROVIDERS SURVEY* NO CONTEXTO BRASILEIRO DOS SERVIÇOS  
DE SAÚDE MENTAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Cuidado Primário em Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva  
Orientadora: Profa. Dra. Cristina Andrade Sampaio  
Coorientadora: Profa. Dra. Maria Aparecida Vieira

Montes Claros, MG

2020

Lacerda, Mayara Karoline Silva.

L131a Análise das propriedades psicométricas do instrumento *The Providers Survey* no contexto brasileiro dos serviços de saúde mental [manuscrito] / Mayara Karoline Silva Lacerda. – Montes Claros, 2020.

139 f. : il.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde/PPGCPS, 2020.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Andrade Sampaio.

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Aparecida Vieira.

1. Reprodutibilidade dos testes. 2. Confiabilidade dos dados. 3. Estudo de validação. 4. Serviços de saúde mental. I. Sampaio, Cristina Andrade. II. Vieira, Maria Aparecida. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título.

# UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: Prof. Antônio Alvimar de Souza

Vice-reitora: Prof.<sup>a</sup> Ilva Ruas Abreu

Pró-reitora de Pesquisa: Prof.<sup>a</sup> Clarice Diniz Alvarenga Corsato

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Prof. Virgílio Mesquita Gomes

Coordenadoria de Iniciação Científica: Prof.<sup>a</sup> Sônia Ribeiro Arruda

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Prof.<sup>a</sup> Sara Gonçalves Antunes de Souza

Pró-reitor de Pós-graduação: Prof. André Luiz Sena Guimarães

Coordenadoria de Pós-graduação *Lato-sensu*: Prof. Marcos Flávio Silveira Vasconcelos

D' Angelo

Coordenadoria de Pós-graduação *Stricto-sensu*: Prof. Marcelo Perim Baldo

## PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

Coordenador: Prof. Antônio Prates Caldeira

Coordenadora adjunta: Prof.<sup>a</sup> Simone de Melo Costa



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE



CANDIDATA: MAYARA KAROLINE SILVA LACERDA

DATA: 22/10/2020

HORÁRIO: 16:00

TÍTULO DO TRABALHO: "ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO INSTRUMENTO *THE PROVIDERS SURVEY* NO CONTEXTO BRASILEIRO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE COLETIVA

LINHA DE PESQUISA: EDUCAÇÃO EM SAÚDE E AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E SERVIÇOS

**BANCA (TITULARES)**

**ASSINATURAS**

PROFª DRª CRISTINA ANDRADE SAMPAIO (ORIENTADORA/PRESIDENTE)

PROF. DR. MARIA APARECIDA VIEIRA (COORIENTADORA)

PROF. DR. DIEGO DIAS DE ARAÚJO

PROFª. DRª. MARIA ODETE PEREIRA

**BANCA (SUPLENTE)**

**ASSINATURAS**

PROFª. DRª SIMONE DE MELO COSTA

PROFª. DRª. MARK NAPOLI COSTA

APROVADO

REPROVADO

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS  
<http://www.unimontes.br> / [mestrado.cuidadosprimarios@unimontes.br](mailto:mestrado.cuidadosprimarios@unimontes.br)  
Telefone: (0xx38) 3229-8292

Av. Rui Braga, s/n, Vila Mauricéia - Montes Claros - MG, Brasil - Cep: 39401-089

*Dedico este estudo a todos que, de alguma forma, acreditam em mudanças. E espero que possa permitir mudanças, pois é necessário ter Fé. Fé em tudo que há de vir e em tudo que pode acontecer com a força do pensamento. Dedico esta pesquisa a todos que compreendem ou estão dispostos a compreender que a Rede de Atenção Psicossocial começa em casa e que o acolhimento dos usuários dessa Rede pode partir de cada um de nós. E a expectativa é que este estudo possa guiar a um caminho jamais explorado. Espera-se, ao ler este estudo, que o conceito de Recovery possa se redesenhar e se aplicar no cotidiano de cada um. Ao falarmos de Recovery, podemos refletir sobre o modo com o qual a sociedade vê, trata e acredita, ou não, nas mudanças. Assim, dedico esta Dissertação a você, que, de alguma forma, acredita em mudanças e espera por elas!*

## AGRADECIMENTOS

Quisera agradecer, neste curto espaço, utilizando as mais valiosas palavras, a todas as pessoas que me apoiaram e estiveram comigo nessa jornada. Quem sabe, um dia, poderei agradecer nominalmente àqueles que me ajudaram a não desistir, me deram forças e viveram comigo cada momento de alegria e dor.

Agradeço, de forma singular à Deus pela energia vital, por responder a todos meus questionamentos, quando, na verdade, sabemos que não existe resposta para tudo. Por ter permitido acontecer e me permitido conhecer e ressignificar as coisas pelas quais almejei conquistar um dia.

Ao Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde, por meio da Universidade Estadual de Montes Claros, que me acolheu desde a graduação, seguida pela especialização do Programa de Residência Multiprofissional, concluindo, agora, o Mestrado Profissional em Cuidado Primário.

Agradeço às minhas orientadoras, as professoras Cristina Sampaio e Cida Vieira, que me deram todo o apoio e suporte teórico-prático necessário. Ao professor Antônio Caldeira por toda sua presteza nas orientações referentes à análise estatística.

Cris, a você dedico minhas mais sinceras palavras de gratidão e admiração, por todas as vezes em que você foi “firme”, quando eu não consegui ser. Por todas as vezes em que você acreditou mais em mim do que eu mesma. Os anos de experiência com o Mestrado me trouxeram mais do que uma orientadora, apresentaram você para mim, como uma pessoa e profissional exemplar. Obrigada pelo convívio.

E, por fim, agradeço à minha família e ao meu esposo Matheus, que esteve comigo em todas as etapas do Mestrado, desde a elaboração da revisão de literatura até a organização da Dissertação. Agradeço pela compreensão e por terem aberto mão de algumas coisas para estarem comigo.

A todos vocês, meu Muito Obrigada!

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar as propriedades psicométricas do instrumento *The Providers Survey* no contexto brasileiro dos serviços de saúde mental. **Método:** Trata-se de estudo metodológico de validação do instrumento que utilizou o *checklist* de COSMIN para a análise das características de validade de conteúdo, validade de construto e confiabilidade. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2019 e janeiro de 2020. A amostra para a validação de conteúdo contou com um total de 10 profissionais e, para a coleta de dados, os itens foram organizados com opções de respostas utilizando a escala *Likert* de 1 a 4 e, em seguida, foi feito o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). A coleta de dados para a validação de construto ocorreu *online* pela Plataforma *Qualtrics Survey Software* e foi verificada por meio da Análise Fatorial Exploratória (AFE) pelo critério de Teste *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o Teste de Esfericidade de *Bartlett* em uma amostra de 318 respondentes. Para a análise da confiabilidade, foi utilizado o teste-reteste com uma amostra de 51 respondentes por meio do coeficiente alfa de *Cronbach* ( $\alpha$ -Cr), a fim de verificar a consistência interna e o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) para a verificação da estabilidade. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja,  $p$ -valor < 0,05. Todas as análises estatísticas foram realizadas com o uso do pacote estatístico IBM-SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) *software*, versão 22.0 *for Windows*. **Resultados:** O instrumento final apresentou 54 questões. Obteve-se o IVC de 97%. Os procedimentos iniciais da Análise Fatorial Exploratória identificaram o índice de *Kaiser-Meyer-Olkin* de 0,901 e o Teste de Esfericidade de *Bartlett* com nível de significância de  $p$  < 0,001. Após a verificação da consistência interna, obteve-se o coeficiente Alfa de *Cronbach* de 0,95. O Coeficiente de Correlação Intraclasse e a correlação entre as médias dos escores nos dois momentos apresentaram valor de 0,849 ( $p$  < 0,001). **Conclusão:** O instrumento *The Providers Survey*, traduzido e adaptado para o idioma português, recebeu o nome de Instrumento de Avaliação do Trabalho para o *Recovery* em Saúde Mental (IATRE-SM) e apresentou propriedades psicométricas adequadas para a avaliação das práticas dos profissionais relacionadas ao trabalho para o *Recovery* dos usuários da rede de atenção psicossocial.

**Palavras-chave:** Reprodutibilidade dos Testes. Confiabilidade dos Dados. Estudo de Validação.



## ABSTRACT

**Objective:** Analyze the psychometric properties of the instrument The Providers Survey in the Brazilian context of mental health services. **Method:** This is a methodological study to validate the instrument that used the COSMIN checklist to analyze the characteristics of content validity, construct validity and reliability. Data were collected between December 2019 and January 2020. The sample for content validation had a total of 10 professionals and, for data collection, the items were organized with response options using the Likert scale of 1 to 4 and then the Content Validity Index (CVI) was calculated. Data collection for construct validation took place online using the Qualtrics Survey Software Platform and was verified through Exploratory Factor Analysis (AFE) using the Kaiser-Meyer-Olkin Test (KMO) criterion and Bartlett's Sphericity Test in a sample of 318 respondents. For the reliability analysis, the test-retest was used with a sample of 51 respondents by means of the Cronbach's alpha coefficient ( $\alpha$ -Cr) in order to verify the internal consistency and the Intraclass Correlation Coefficient (ICC) to check the stability. The level of significance adopted for the statistical tests was 5%, or, p-value  $<0.05$ . All statistical analyzes were performed using the statistical package IBM-SPSS (Statistical Package for the Social Science) software, version 22.0 for Windows. **Results:** The final instrument presented 54 questions. 97% CVI was obtained. The initial procedures of the Exploratory Factor Analysis identified the Kaiser-Meyer-Olkin index of 0.901 and Bartlett's Sphericity Test with a significance level of  $p <0.001$ . After checking the internal consistency, Cronbach's alpha coefficient of 0.95 was obtained. The Intraclass Correlation Coefficient and the correlation between the mean scores at the two moments presented a value of 0.849 ( $p <0.001$ ). **Conclusion:** The instrument The Providers Survey, translated and adapted to the Portuguese language, received the name of Work Evaluation Instrument for Recovery in Mental Health (IATRE-SM) and presented adequate psychometric properties for the evaluation of the professionals' practices related to the work for the recovery of users of the psychosocial care network.

**Keywords:** Reproducibility of Tests. Data Reliability. Validation Study.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF -	Análise Fatorial
AFE -	Análise Fatorial Exploratória
CAPS -	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS TM -	Centro de Atenção Psicossocial Tratamento em Saúde Mental
CAPSad -	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSi -	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CCI -	Coefficiente de Correlação Intraclasse
CI -	Consistência Interna
COSMIN -	<i>Consensus-Based Standards for the Selection of health Measurement Instruments</i> (Padrões Baseados em Consenso para a Seleção de Instrumentos de Medida de Saúde)
DMHAS -	<i>Department of Mental Health and Addiction Services</i> (Departamento de Serviços de Saúde Mental e Dependência)
eCNR -	Equipe de Consultório na Rua
EUA -	Estados Unidos da América
IPS -	<i>Individual Placement and Support</i> (Suporte e Apoio Individual)
IVC -	Índice de Validade de Conteúdo
KMO -	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>
MTSM -	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
OMS -	Organização Mundial de Saúde
RAPS -	Rede de Atenção Psicossocial
SAMHSA -	<i>Substance Abuse and Mental Health Services Administration</i> (Agência de Serviços de Saúde Mental e Dependência Química)
SE -	<i>Supported Employment</i> (Emprego Apoiado)
SECC -	<i>Supported Employment Coordinating Committee</i> (Comitê de Coordenação e Suporte de Emprego)
SPSS -	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUS -	Sistema Único de Saúde
$\alpha$ -Cr -	Alfa de Cronbach

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Rede de Atenção Psicossocial proposta pela Portaria 3.588 de 2017.....	20
Figura 2 - Rede de Atenção Psicossocial proposta pela Nota Técnica nº 11 de 2019.....	21
Figura 3 - Desenho do Estudo .....	31
Figura 4 - Desenho da Macrorregião de Saúde do Norte de Minas Gerais, com destaque na Gerência Regional de Saúde de Montes Claros, 2019 .....	37

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização dos membros do comitê de juízes <i>experts</i> , Montes Claros, 2019.....	42
Tabela 2. Descrição dos itens para a verificação do comitê de especialistas na validação de conteúdo, Montes Claros, 2019.....	43
Tabela 3. Resultado da avaliação dos itens após validação de conteúdo pelo comitê de juízes <i>experts</i> , Montes Claros, 2019.....	43
Tabela 4. Descrição dos itens após verificação do comitê de especialistas na validação de conteúdo, Montes Claros, 2019.....	46
Tabela 5. Descrição da classificação dos itens de acordo com a escala de <i>Likert</i> para a validação de conteúdo, Montes Claros, 2019.....	46
Tabela 6. Caracterização dos profissionais que participaram da validação de construto, Montes Claros, 2019 (n= 318) .....	47
Tabela 7. Matriz de componente rotativa.....	49
Tabela 8. Variância Total Explicada.....	51
Tabela 9. Descrição dos itens após etapas de validação de conteúdo e validação de construto, Montes Claros, 2019.....	51

### Artigo

Tabela 1. Descrição dos itens para a verificação do comitê de especialistas na validação de conteúdo, Montes Claros, 2019.....	64
Tabela 2. Caracterização dos profissionais que participaram da validação de construto, Montes Claros, 2019 (n= 318) .....	65
Tabela 3. Matriz de componente rotativa.....	67

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1. A história da loucura no Brasil e no mundo.....	17
2.2. <i>Recovery</i> como nova visão da abordagem em Saúde Mental.....	22
2.3. O trabalho como fator positivo para o <i>Recovery</i> das pessoas com transtornos mentais....	25
2.4. <i>The Providers Survey</i> .....	28
3 OBJETIVOS.....	30
3.1. Objetivo geral.....	30
3.2. Objetivos específicos .....	30
4 MÉTODO.....	31
4.1 Delineamento do estudo .....	31
4.2 Validade.....	33
4.2.1 Validade de Conteúdo.....	33
4.2.2 Validade de Construto.....	35
4.3 Confiabilidade.....	39
4.4 Análise dos dados .....	41
4.5 Aspectos éticos .....	41
5 RESULTADOS.....	42
6 PRODUTOS.....	53
6.1 Produtos Científicos.....	53
6.1.1 Artigo .....	53
6.1.2 Resumos simples publicados.....	77
6.2 Produto Técnico.....	79
6.2.1 Vídeo Educativo .....	79
7 CONCLUSÃO .....	80
6.1 Relevância .....	80
6.2 Devolutiva .....	81
6.3 Limitações .....	81
REFERÊNCIAS .....	82
ANEXOS .....	89
APÊNDICES .....	110

## 1 INTRODUÇÃO

A atual política de Saúde Mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde. Iniciou-se na década 1970 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios nos quais viviam pessoas com transtornos mentais. O movimento foi estimulado pela importância da temática dos direitos humanos repercutido no combate à ditadura militar e sustentou-se nas experiências exitosas de países europeus para a substituição de um modelo de Saúde Mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial (BRASIL, 2013).

O redirecionamento desse modelo assistencial em Saúde Mental vem para construir uma rede de cuidados que efetive e garanta a inclusão social da pessoa com transtorno mental, já que as práticas asilares causam rupturas sociais em sua vida. Esse processo de assistência preconizado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica introduz um cuidado em Saúde Mental baseado em estratégias de reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais (MONTANHER; LEAL, 2013).

Enquanto aconteciam movimentos antimanicomiais no Brasil na década de 1970, nos Estados Unidos da América (EUA) e em outros países europeus, em meados da década de 1980, ampliava-se a utilização da palavra *Recovery*. A ampliação do conceito se deu a partir da mobilização de usuários, familiares, profissionais e gestores em prol de ações que proporcionassem um modelo otimista de poder pessoal aos usuários dos serviços de Saúde Mental, consolidando, assim, um conjunto de elementos que os empoderavam para direcionar sua própria vida, após o diagnóstico de transtorno mental (BREKKE *et al.*, 2017; BACCARI; CAMPOS; STEFANELLO, 2015).

O conceito de *Recovery* ultrapassa a cura dos sintomas como principal alvo do tratamento do transtorno mental e está fundamentado no restabelecimento de papéis significativos na comunidade, no encontro de novos caminhos e perspectivas de vida. A experiência do *Recovery* está ligada a questões subjetivas e não somente ao diagnóstico de transtorno mental (BACCARI; CAMPOS; STEFANELLO, 2015).

O *Recovery* é caracterizado como um processo duradouro que não exclui o adoecimento, mas permite ao indivíduo ressignificar as experiências de sofrimento, uma vez que o foco deixa de ser unicamente a doença e passa a ser direcionado a outras atividades e experiências (ANTHONY, 1993).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu plano de ação em Saúde Mental 2013-2020, define que *Recovery*, no âmbito da atenção à Saúde Mental, significa: “ganhar e reter esperança, compreender suas habilidades e desabilidades, engajar em uma vida ativa, ter autonomia pessoal, ter identidade social, ter significado e propósito na vida” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, p. 39, 2013).

Apesar de o *Recovery* não se tratar de uma intervenção concreta, todos os serviços podem contribuir, de maneira positiva ou negativa, para as experiências de *Recovery* vivenciadas pelos usuários. No serviço de Saúde Mental orientado para o *Recovery*, é importante nortear ações necessárias para preparar o usuário de modo que ele consiga enfrentar a sociedade e engajar-se no seu processo de *Recovery*, tendo maior autonomia e participação em sua vida independentemente de seus sintomas (FARKAS, 2007; ANASTÁCIO; FURTADO, 2012).

Pode-se afirmar que, no Brasil, a Reforma Psiquiátrica e o *Recovery*, nas últimas três décadas, produziram progressos na qualidade e acesso à assistência à saúde de pessoas com transtornos mentais. Uma rede de atenção psicossocial foi consolidada, porém, persiste o desafio de se orientar o cuidado e o avanço em direção a uma sociedade que inclua essas pessoas, independentemente dos sintomas que elas apresentam (COSTA *et al.*, 2017).

Apesar dos questionamentos quanto aos resultados das propostas de reinserção social dos indivíduos com transtornos mentais, o paradigma do *Recovery* desperta mudança nos serviços de Saúde Mental, na medida em que implica à reorganização do papel e das práticas dos profissionais e das instituições. Assim, esse paradigma estabelece um novo desafio, pois defende a ideia de que o *Recovery* é possível e envolve um reequilíbrio de poder entre usuários e profissionais. Nessa lógica, o conhecimento acerca do processo de adoecimento, a prática e os interesses dos usuários e das suas famílias são apreciados, à medida que esses se tornam participantes ativos, redefinindo e ressignificando as experiências do adoecimento (DUARTE, 2007).

Uma das propostas para a efetivação do *Recovery* para pessoas com transtornos mentais é sua inserção no mercado de trabalho, uma vez que o trabalho pode atuar como um componente de apoio no restabelecimento desses indivíduos (COSTA *et al.*, 2017). Pessoas com transtornos mentais com algum vínculo empregatício possuem melhores resultados, quando se compara com aqueles indivíduos que não estão inseridos em nenhuma atividade relacionada ao trabalho (BOND; DRAKE; BECKER, 2012).

Apesar da importância do trabalho para o restabelecimento e *Recovery* do indivíduo com transtorno mental, muitos profissionais não reconhecem a obtenção de um emprego como

fator importante para esse processo. Percebe-se que existem algumas barreiras por parte dos profissionais, que podem estar relacionadas à sobrecarga e altas demandas oriundas do processo de trabalho, baixos salários e excesso de trabalho administrativo (KRAUS; STEIN, 2013).

Pesquisas destacam que o emprego, sendo este relacionado ao trabalho formal ou informal, atua como um fator positivo na recuperação das pessoas com transtornos mentais e permite o fortalecimento de sua autonomia. Entretanto, existem algumas barreiras que podem dificultar esse processo, como a falta de financiamento e a percepção dos profissionais quanto ao benefício do emprego para essa população (COSTA *et al.*, 2017; DRAKE; BOND; BECKER, 2012; MUESER; DRAKE; BOND, 2016; HOFFMANN *et al.*, 2014).

Nesse sentido, em 2016, no Estado de Connecticut nos Estados Unidos, foi desenvolvido o instrumento *The Providers Survey* para verificar a percepção dos provedores de emprego quanto à relação entre o trabalho e a recuperação das pessoas com transtornos mentais. O instrumento foi elaborado tendo como direcionamento quatro perguntas principais: o que os provedores de emprego fazem; o que consideram importante em relação ao emprego; quais são suas visões quanto aos fatores que promovem a recuperação e quais barreiras enfrentam ao tentar encaminhar seus clientes aos serviços de obtenção de emprego. Esse estudo apontou que um dos motivos pelo qual muitas pessoas com transtornos mentais não são referenciadas aos programas de suporte ao emprego é que os profissionais não identificam a obtenção de um emprego como fator importante no restabelecimento desses usuários (COSTA *et al.*, 2017).

Apesar de serem crescentes os estudos envolvendo o *Recovery* como temática de restabelecimento de pessoas portadoras de transtornos mentais, ainda há a necessidade de se ampliar as discussões sobre tal temática no contexto de mudanças dos cenários de serviços de Saúde Mental (LOPES *et al.*, 2012; DUARTE, 2007).

Observa-se, na literatura nacional, escassez de estudos que discorram a respeito da proposta do *Recovery* em Saúde Mental e o reconhecimento do trabalho como fator importante para o restabelecimento de usuários com transtornos mentais ou transtornos decorrentes do uso abusivo de substâncias. Destaca-se a importância do trabalho no restabelecimento dos usuários com transtornos mentais, entretanto, verifica-se que grande parte dos profissionais não identifica tal fato como sendo importante.

Percebe-se a carência de instrumentos avaliativos acerca da proposta do *Recovery*, aplicados no contexto cultural brasileiro dos serviços de Saúde Mental, apesar de sua força no cenário internacional. Diante dessa perspectiva, destaca-se a importância de estudos transculturais no campo da Saúde Mental, uma vez que essa proposta permite a aproximação



com pesquisadores que já atuam nesse cenário. A partir dessa interlocução, é possível aplicar metodologias avaliativas adaptadas às peculiaridades brasileiras e comparar com os padrões internacionais.

Nesse sentido, surge a necessidade da elaboração de instrumentos e/ou adaptação transcultural e validação de instrumentos existentes em outros países que possam ser utilizados no contexto brasileiro, a fim de realizar pesquisas quanto à importância do trabalho no restabelecimento de pessoas com transtornos mentais. Tal proposta foi adotada no presente estudo com o intuito de realizar a validação do instrumento *The Providers Survey*, a partir da análise de suas propriedades psicométricas, considerando que sua adaptação transcultural foi realizada em estudo anterior (ALVES, 2020).

Espera-se que este estudo possa contribuir para o avanço científico e fortalecimento das ações em Saúde Mental por meio da validação do instrumento *The Providers Survey* como subsídio para o desenvolvimento de novas pesquisas. Almeja-se, também, que as pesquisas permitam que os profissionais de saúde tenham maior atenção voltada aos usuários com transtornos mentais e os fatores que promovem seu restabelecimento, sobretudo no que tange ao trabalho como fator positivo para a retomada da vida.

Nessa perspectiva, é de grande valia que estudos relacionados com a utilização desse instrumento possibilitem a elaboração de estratégias e ferramentas de inclusão de pessoas com transtornos mentais no mercado de trabalho, considerando a importância dessa prática para sua recuperação e reinserção na sociedade.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 A história da loucura no Brasil e no mundo

Atualmente o sofrimento psíquico é associado às doenças mentais e possui manifestações clínicas conhecidas e delimitadas, com intervenções possíveis e, quase sempre, ligadas à readaptação. Entretanto, a loucura, a doença mental e o sofrimento psíquico nem sempre foram encarados dessa forma (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Na Idade Antiga, aquelas manifestações estranhas, chamadas desrazão, não eram associadas a questões negativas, mas, sim, consideradas privilégio associado ao divino. Considerava-se que, por meio dessa desrazão, os privilegiados tinham acesso a verdades divinas e eram valorizados perante a sociedade. Na Idade Média, o louco é visto como o “novo leproso” e enfrenta processos de exclusão social, a loucura ainda não requer um saber técnico-científico para sua compreensão, sendo pautada exclusivamente em mecanismos de segregação desses pacientes (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

A desrazão não era mais associada ao divino ou a fatores positivos, mas às pessoas que transgrediam a lei e a moral, que não eram capazes de controlar seus atos, que eram alienadas e não contribuía para a sociedade, no que diz respeito à visão lucrativa e produtiva. Havia, então, a sobreposição da razão sobre a desrazão, pautando a razão como norma e destinando a loucura à exclusão (FOUCAULT, 2012).

Na Idade Moderna, as doenças mentais eram retratadas como oposição ao misticismo religioso. Com a formação das grandes cidades e aglomerados populacionais, iniciam-se problemas relacionados às condições sanitárias, aumentando o número de mendigos e pessoas vivendo em condições precárias. Os loucos eram tidos como marginais e indivíduos que não produziam riqueza e, a partir de então, surgem os hospitais gerais para a internação dos loucos e demais pessoas marginalizadas (FOUCAULT, 1978).

Posteriormente, a partir do século XVIII, na Idade Contemporânea, a loucura passa a ser encarada como objeto do saber médico, o que a configurou como doença passível de cura; quando surgiu a internação hospitalar, longe dos moldes humanizados e de cunho assistencial, como forma de intervenção pautada em medidas disciplinares com foco em garantir a ordem. Os loucos eram vistos como sujeitos perigosos e inconvenientes, que não conseguiam viver seguindo as normas da sociedade (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Essas instituições hospitalares, em primeira instância, visavam o recolhimento dos loucos e também de outras minorias, como homossexuais; prostitutas; epiléticos; alcoolistas; rebeldes ou aqueles que, de alguma forma, incomodavam as pessoas. Somente a partir do século XIX, as instituições passaram a hospitalizar apenas os loucos, o que deu início ao surgimento dos manicômios (FIGUEIREDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

Foi no período pós-guerra que o cenário apresentou-se propício para o surgimento de movimentos ligados à reforma psiquiátrica, quando surgiram, de início, na Europa e Estados Unidos, movimentos contrários a então tradicional forma de tratamento da loucura e quando o conceito de loucura associado à doença foi desconstruído e passou a ser pautado na lógica de sofrimento mental do sujeito (AMARANTE, 1995; FIGUEIREDO; DELEVATI; TAVARES, 2014; ROTELLI; AMARANTE, 1992).

No Brasil, entretanto, a atenção voltou-se para a loucura após a chegada da Família Real, quando se fizeram necessárias medidas de controle dessas pessoas por meio da criação de dispositivos que os retirassem do convívio social, surgindo, assim, o primeiro hospício brasileiro em 1852, o Hospício D. Pedro II na cidade do Rio de Janeiro. Rapidamente, essa assistência hospitalar e asilar estimulou a transformação da doença mental em um mercado valoroso e rentável, com ausência de assistência e foco exclusivamente punitivo e de exclusão social, o que posteriormente impulsionou o movimento de reforma psiquiátrica (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Até o início do século XX, vários estados brasileiros contavam com anexos para loucos e cadeias públicas. A cidade de Barbacena, no Estado de Minas Gerais, conhecida como cidade dos loucos, chegou a abrigar mais de quatro mil indivíduos em um dos hospitais especializados em psiquiatria, que, posteriormente, teve seu convênio com o Hospício Nacional fechado (ARBEX, 2013).

Ao final da década de 1950, a situação nas instituições de internação hospitalares públicas era precária e alarmante, com maus tratos, superlotação, falta de cuidados técnicos e especializados, falta de saneamento e condições básicas, como higienização e alimentação. Essa avaliação negativa das instituições públicas abriu as portas para a ascensão do setor privado, com a proliferação de clínicas psiquiátricas particulares associadas ao setor público, o que conferia ao setor privado grande rentabilidade e lucratividade (MINAS GERAIS, 2006).

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira ocorreu no final dos anos 1970, em contexto internacional de mudanças pela superação da violência exclusória e asilar dos pacientes. O movimento ocorreu a partir da crise do modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico e no surgimento de movimentos sociais com foco nos direitos dos pacientes

psiquiátricos. A Reforma Psiquiátrica brasileira vai além da instauração de novas leis e normas e é mais que o conjunto de mudanças políticas e da organização dos serviços de saúde. O movimento engloba um complexo processo de envolvimento social, governamental e político, composto por diversos atores dos diferentes setores, como governos, universidades, conselhos profissionais, trabalhadores de saúde, associações de pessoas com transtornos mentais e familiares. Compreende o conjunto de mudanças culturais, sociais, políticas, teóricas, práticas, que ganham corpo no cotidiano dos serviços de saúde (HIRDES, 2009; BRASIL, 2005; SILVEIRA; BRAGA, 2005).

O ano de 1978 marca o início do movimento favorável aos direitos dos pacientes psiquiátricos, no Brasil; quando surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado pluralmente, por familiares, sindicalistas, pacientes com longo histórico de internações psiquiátricas, além de trabalhadores da saúde. Em decorrência disso, em 1987 ocorreu o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru – SP, com o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”. Desse evento, surgiu o movimento da Luta Antimanicomial, que continuou seus avanços e agregou novos atores, como familiares e usuários (BRASIL, 2005).

Assim, em 1961, dos 135 hospitais psiquiátricos existentes, 60% (81) eram privados e em 1971 eram 341 hospitais, sendo 78,9% (269) privados (RESENDE, 1994). Devido ao aumento dos serviços psiquiátricos privados, no final dos anos 1980, o Brasil chegou a possuir cerca de 100.000 leitos de internação em 313 hospitais psiquiátricos, em sua maioria situado no Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais, e 80 % eram do setor privado conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa época, era rara qualquer estratégia de abordagem psiquiátrica não associada à internação. Dessa forma, a Reforma Psiquiátrica, associada à Constituição Federal (1988), com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), acarretou no Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que deu entrada no Congresso Nacional, em 1989; e marcou o início das lutas da Reforma Psiquiátrica no campo legislativo (MINAS GERAIS, 2006).

Em 1990, a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, apresenta-se como marco histórico, em que os países da América Latina, entre eles, o Brasil, comprometeram-se a promover reestruturação da assistência psiquiátrica. Nos anos 1990, a Luta Antimanicomial se consolidou como verdadeiro movimento social, o que pressionou o governo para a efetiva implementação de políticas públicas de Saúde Mental (HIRDES, 2009).

Somente após 12 anos de tramitação no Congresso é que a Lei Paulo Delgado é aprovada: Lei 10.216 de 2001, que redireciona a assistência em Saúde Mental, como foco na desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos, com extinção progressiva dos manicômios,

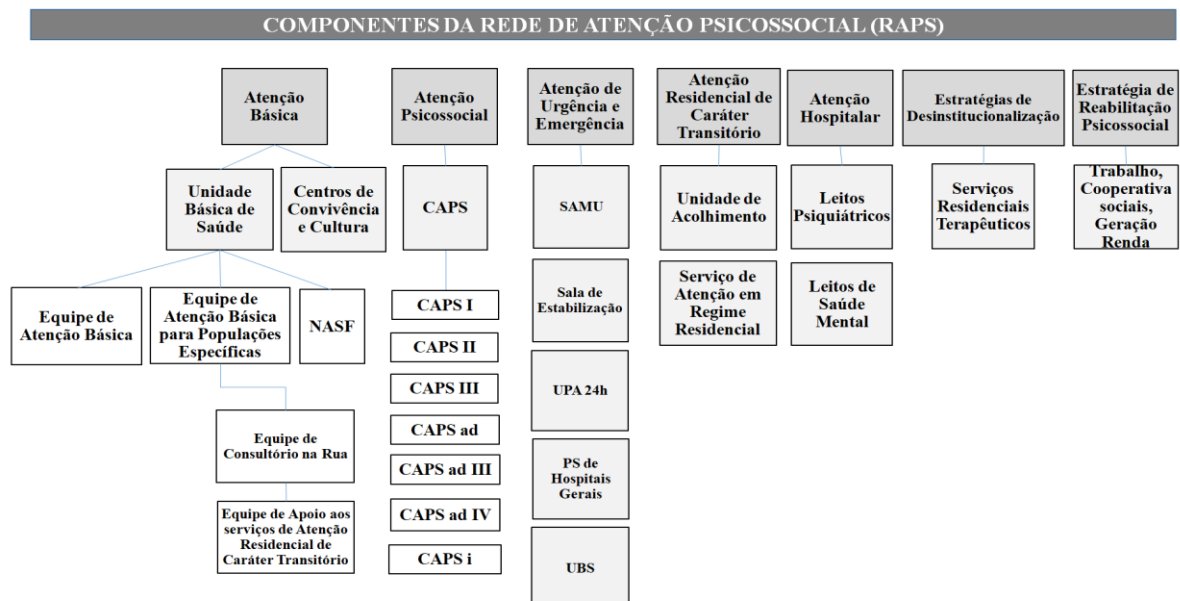
oferta de tratamento de base comunitária e proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais (MINAS GERAIS, 2006).

Com a Lei Paulo Delgado, conhecida como Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica, a loucura sai dos manicômios e vai para as ruas, comunidades e para o convívio social; acarretando novos questionamentos e novas percepções acerca dos loucos que passam a ser reconhecidos como sujeitos de direito, perante a sociedade (BRASIL, 2001; FIGUEIREDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

Outro importante marco da História da Saúde Mental Brasileira foi a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da publicação da portaria 3.088 de 2011, retificada posteriormente em 2013, que cria e apresenta a articulação dos pontos da RAPS (BRASIL, 2011).

Com a implementação da RAPS pela Portaria 3.088 de 2011 e Portaria 3.588 de 2017 (BRASIL, 2017), a Atenção Psicossocial possui uma rede com diversos serviços que prezam o respeito aos direitos humanos e autonomia, assistência multiprofissional, atenção humanizada, estratégia de redução de danos e ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com inclusão social. A rede é composta pelos componentes da atenção básica, psicossocial, urgência e emergência, residencial de caráter transitório, hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial (Figura 1).

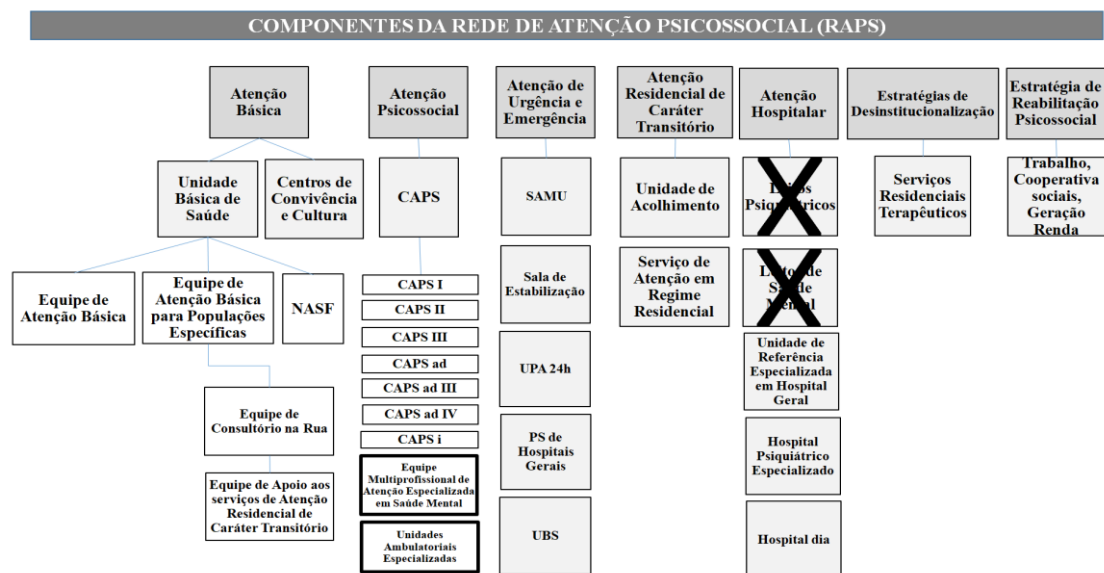
**FIGURA 1 - Rede de Atenção Psicossocial proposta pela Portaria 3.588 de 2017.**



Fonte: Brasil, 2017

Mesmo com a RAPS composta por diversos pontos de atenção, os desafios no atual cenário brasileiro ainda não finalizaram, uma vez que, recentemente, foi publicada a Nota Técnica nº 11 (2019) que esclarece a respeito das mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. A Nota Técnica acrescenta os serviços de Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental e Unidades Ambulatoriais Especializadas ao componente de Atenção Psicossocial e acrescenta, ainda, a Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico e Hospital-Dia ao componente de Atenção Hospitalar (BRASIL, 2019). A Figura 2 mostra essa composição.

**FIGURA 2** - Rede de Atenção Psicossocial proposta pela Nota Técnica nº 11 de 2019.



Fonte: Brasil, 2019

As discussões acerca da Nota Técnica nº 11 de 2019 que redesenha o modelo da RAPS, permitem reflexões quanto aos novos rumos da Política de Saúde Mental Brasileira. Princípios valorizados desde a Reforma Psiquiátrica e a publicação da Lei Paulo Delgado passam a ser questionados, uma vez que as propostas de desinstitucionalização perdem força diante da implantação de instituições hospitalares como componentes da RAPS (BRASIL, 2019).

Apesar dos questionamentos acerca das discussões e perspectivas quanto à desinstitucionalização de pessoas portadoras de sofrimento psíquico no cenário nacional, países, como os Estados Unidos da América adotam estratégias assistenciais que proporcionam uma visão ampliada acerca dos portadores de doenças psíquicas. Nesse sentido, o Processo de *Recovery* é uma estratégia que permite que o usuário seja visto como um indivíduo capaz de integrar-se à sociedade e exercer sua autonomia, assumindo papel ativo na comunidade (DUARTE, 2007).

## 2.2 *Recovery* como nova visão da abordagem em Saúde Mental

A ideologia de que a evolução das doenças psíquicas está relacionada única e exclusivamente ao curso biomédico da doença ainda se caracteriza como impasse na mudança do processo da assistência psiquiátrica, uma vez que as questões ligadas ao contexto sócio-histórico-cultural do sujeito não são trabalhadas no processo de seu restabelecimento (LEAL *et al.*, 2006).

Enquanto o modelo hospitalar associava o sucesso do tratamento à cura e minimização dos sintomas, permitindo que o indivíduo retornasse a um estado anterior à doença, o modelo de assistência comunitária compreendia o adoecimento como um processo amplo com propósito de trabalhar no enfrentamento de desabilidades provocadas pela doença. Diante desse cenário, a mudança na assistência psiquiátrica se deu a partir da reorientação do tradicional modelo centralizado nos manicômios para um modelo de reinserção pautado na assistência comunitária em Saúde Mental. A transformação desse modelo assistencial teve como base a desinstitucionalização e criação de suporte assistencial que permitissem a reinserção dessas pessoas de maneira progressiva e ativa na sociedade (LOPES *et al.*, 2012).

Nesse contexto, segmentos sociais, familiares e usuários dos serviços de Saúde Mental, na tentativa de consolidar um tratamento otimista e promover autonomia dos usuários, se organizaram em um movimento denominado *Recovery Movement* que pregava a ideia de que o restabelecimento dos usuários em adoecimento psíquico envolve vários processos e não somente o retorno a um estado anterior à doença (DAVIDSON, 2003).

O uso do termo *Recovery* surgiu nos anos 1970 e se consolidou internacionalmente na década seguinte como novo paradigma no campo da Saúde Mental por meio das discussões sobre os processos que permitiam aos portadores de transtornos psíquicos sentir que sua vida estava tomando novos rumos. O conceito de *Recovery* ultrapassa a noção de cura e põe em discussão as condições internas e externas do indivíduo, a fim de obter melhora na qualidade de vida (DUARTE, 2007; MONTEIRO; MATIAS, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o conceito de *Recovery* como ferramenta de avanço no campo da Saúde Mental no contexto mundial. No Plano de Ação em Saúde Mental 2013-2020 adotado pela OMS essa é uma ferramenta que permite a promoção e valorização da Saúde Mental, reafirmando a ideia de que pessoas com transtornos mentais são capazes de participar ativamente da sociedade, com intuito de eliminar qualquer forma de discriminação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; COSTA *et al.*, 2017).

O termo *Recovery* pode apresentar-se de maneira ambígua e confusa, uma vez que não há uma definição unânime. Por um lado, o *Recovery* pode ser atribuído ao modelo biomédico, definido como minimização de sintomas promovendo o restabelecimento do indivíduo a um estado anterior. Por outro, o restabelecimento do indivíduo está atrelado à possibilidade de uma vida plena independentemente da doença presente. Por meio da estratégia de *Recovery*, os usuários são capazes de reencontrar sentidos e se sentirem parte integrante da sociedade, restabelecendo suas vidas independentemente das limitações impostas por suas condições clínicas como transtornos psiquiátricos e uso abusivo de substâncias (DAVIDSON *et al.*, 2008; BREKKE *et al.*, 2017).

A estratégia de *Recovery* pode ser compreendida como a tentativa de ressignificação de sentidos atrelados à vida de modo independente dos sintomas apresentados, destacando a posição das pessoas com transtornos mentais na sociedade. A perspectiva é reforçar a ideia de que as pessoas com transtornos mentais são capazes de exercer sua autonomia e papel social significativo assumindo uma postura ativa na comunidade em que estão inseridas. A proposta engloba esperança de vida e mudança de atitudes pautadas em experiências de aprofundamento individual (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

*Recovery* engloba a atenção direcionada às necessidades individuais, valorizando as experiências subjetivas em diversas dimensões cotidianas como ferramentas consideradas importantes para o tratamento dos indivíduos. *Recovery* significa apropriar-se de um papel na sociedade e retomar a própria vida independentemente dos sintomas ou dificuldades apresentadas (LOPES *et al.*, 2012; MARIN, 2017).

O *Recovery* não é sinônimo de cura, é um processo que envolve a junção de perspectivas, superação e papel ativo do usuário na sociedade, de modo a exercer sua autonomia e responsabilização (LOPES *et al.*, 2012; MARIN, 2017; DAVIDSON, 2003).

A Agência de Serviços de Saúde Mental e Dependência Química (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration – SAMHSA*), dos Estados Unidos, definiu 10 componentes fundamentais do *Recovery*: a autodireção; ser individualizado; estar centrado na pessoa; proporcionar empoderamento; não-linearidade; ser baseado em empoderamento; implicar em suporte de pares; basear-se em respeito; responsabilidade e esperança (SAMHSA, 2006).

Considera-se que o *Recovery* pode ocorrer de maneira natural independentemente do tratamento, pode ocorrer com ajuda de determinada intervenção ou restaurar a dimensão de esperança, modificando a percepção acerca dos transtornos mentais. Cada indivíduo vivencia o *Recovery* de modo pessoal e distinto, entretanto, é possível afirmar que existem características



comuns que contribuem para que tal processo ocorra (MONTEIRO; MATIAS, 2007; JACOBSON; GREENLEY, 2001).

Autores citam a capacidade de gerenciar e organizar as dificuldades, se envolver em tarefas, desenvolver relações com a comunidade, adotar controle sobre sua própria vida, adquirir esperança e perspectivas futuras, além do empoderamento e autonomia, como dimensões comuns aos indivíduos em *Recovery* (RIDGWAY, 2001; DUARTE, 2007; FARKAS, 2007).

A proposta de reorientação do sistema de Saúde Mental na tentativa de adotar o processo de *Recovery* encontra-se em discussão entre profissionais da área e gestores devido ao seu impacto positivo. Na perspectiva do *Recovery*, os portadores de doenças psíquicas são vistos como pessoas com potencial para superar suas limitações individuais, podendo integrar-se à comunidade e exercer sua cidadania (DUARTE, 2007).

Diante no novo paradigma da Saúde Mental, diversos países têm adotado o *Recovery* como princípio das políticas públicas de Saúde Mental, caracterizando-o como um movimento dinâmico que sofre a influência de relações entre os usuários e os contextos nos quais estão inseridos. O restabelecimento é uma referência dominante na Saúde Mental e é o foco dos planos de Saúde Mental em países, como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Inglaterra, Austrália e Nova Zelândia (PIAT *et al.*, 2016).

No Brasil, tal temática ainda é pouco adotada, sendo traduzida, em nossa literatura, como recuperação ou restauração no âmbito da Saúde Mental (MIRANDA; PIMENTEL; VILLARES, 2014). Silveira *et al.* (2017) apontam a necessidade de mudanças no cenário da Saúde Mental brasileira pautadas na reorganização das práticas dos profissionais, bem como das instituições em que atuam, o que se torna um desafio a ser superado.

Autores destacam a necessidade de discussões voltadas às perspectivas futuras dos usuários com doenças psíquicas, tanto na perspectiva dos próprios usuários, quanto dos profissionais uma vez que o *Recovery* é discutido e amplamente investigado no cenário internacional e pouco discutido no Brasil (LOPES *et al.*, 2012).

Ressalta-se que há poucos estudos nacionais que abordam o processo de *Recovery*, mas destaca-se a necessidade de conhecimento a respeito dos fatores que podem facilitar ou dificultar tal processo (BACCARI; CAMPOS; STEFANELLO, 2015).

A valorização das questões subjetivas e a criação de possibilidades que permitam a ressignificação das experiências oriundas do processo de adoecimento ainda constituem desafios a serem enfrentados pelos serviços de Saúde Mental. O termo *Recovery* engloba vários significados e é frequentemente confundido, de maneira equivocada, como cura, reabilitação e

reajustamento. Vale destacar que o *Recovery* é uma possibilidade de aprofundamento pessoal que envolve trabalho, sentimentos e perspectivas futuras (LOPES *et al.*, 2012; BACCARI; CAMPOS; STEFANELLO, 2015).

Estudos revelam que pessoas com transtornos mentais graves são capazes de ter uma vida produtiva e grande parte dessas pessoas manifesta interesse em trabalhar. Pessoas com transtornos mentais que estão inseridas no mercado de trabalho apresentam melhores resultados no que diz respeito à minimização de sintomas psíquicos. O trabalho pode ser um fator de impacto positivo na vida das pessoas com transtorno mental, contribuindo para sua recuperação (COSTA *et al.*, 2017; DRAKE *et al.*, 2016).

### **2.3 O trabalho como fator positivo para o *Recovery* das pessoas com transtornos mentais**

O movimento do *Recovery* defende a ideia de que as pessoas com transtornos mentais são capazes de levar uma vida produtiva independentemente da gravidade de sua condição. Referenciar os portadores de transtornos mentais para a obtenção de emprego constitui fator importante para seu restabelecimento, entretanto, muitos profissionais deixam de encaminhar os usuários para os serviços de obtenção de trabalho pela insegurança de que eles possam sofrer alguma discriminação no trabalho (COSTA *et al.*, 2017).

A obtenção de um emprego influencia em vários aspectos relacionados às condições de saúde do indivíduo, além de contribuir para a inserção na sociedade. Por outro lado, o desemprego, além de forte associação com os índices de pobreza, pode levar a piores desfechos clínicos no que diz respeito ao uso de substâncias, transtornos mentais, desorganização e conflitos familiares e dependência de estratégias governamentais (DRAKE *et al.*, 2016).

Estudos mostram que pessoas com transtornos mentais graves, vinculadas ao mercado de trabalho formal ou informal, apresentam melhores taxas de remissão dos sintomas, quando comparadas com aqueles que não desempenham nenhuma atividade laboral. Ademais, fatores, como a integração dos serviços de Saúde Mental, suporte vocacional ancorado no aconselhamento direcionado às preferências dos usuários, incentivo pela busca rápida de um emprego e a obtenção de um emprego competitivo, direcionados pela desconstrução do preconceito, são fatores que promovem a recuperação dos usuários com transtornos mentais (BOND *et al.*, 2001; BOND; DRAKE; BECKER, 2012).

Os usuários que recebem suporte individualizado para o trabalho têm maiores chances de obterem um trabalho formal. Destaca-se que, não somente os portadores de transtornos

mentais graves, mas também usuários com transtornos depressivos, ansiedade e transtornos relacionados ao abuso de álcool e outras substâncias podem apresentar benefícios quando incluídos em programas que visam à obtenção e manutenção de emprego. Tais práticas são amplamente difundidas em países da Europa, Ásia e América do Norte (JOHNSON-KWOCHKA *et al.*, 2017).

O Movimento do *Recovery* defende a ideia de que pessoas com transtornos mentais devem ter as mesmas oportunidades que os demais indivíduos da sociedade, sobretudo no que diz respeito à obtenção de um emprego. Pessoas com transtornos mentais podem exercer sua autonomia e inserção na comunidade ainda que apresentem manifestações psíquicas (DAVIDSON, 2016; ROWE, 2015).

Países, como o Japão, realizam estudos e tentativas baseadas em modelos propostos por outros países que trabalham o fortalecimento da capacidade produtiva de pessoas com transtornos mentais (DRAKE; BECKER; BOND, 2019). Pesquisa desenvolvida no Japão adotou o modelo de Suporte e Apoio Individual (*Individual Placement and Support - IPS*) de Emprego Apoiado (*Supported Employment - SE*), que é uma estratégia que se iniciou em meados dos anos 1990 em *New Hampshire* nos EUA (BOND; DRAKE; BECKER, 2012; BOND; KUKLA, 2011).

A referida estratégia inicialmente era direcionada a pessoas com transtornos mentais e, posteriormente, passou a ser aplicada a pessoas com diversas deficiências. Esse modelo tem como propósito promover a independência e perspectivas otimistas voltadas ao potencial de obtenção de emprego de pessoas com transtornos mentais (BOND; DRAKE; BECKER, 2012; BOND; KUKLA, 2011).

O modelo de Suporte e Apoio Individual (IPS) é apontado como proposta de solução para as baixas taxas de trabalho entre pessoas com transtornos mentais graves, uma vez que essas pessoas recebem apoio de um profissional especialista para a obtenção de um emprego. O modelo de IPS adota o trabalho formal como meta baseada nos interesses pessoais de cada indivíduo, sendo o suporte fornecido de maneira personalizada e sem limite de tempo. Nessa proposta, o suporte ao emprego está atrelado ao atendimento clínico e a escolha do emprego está ancorada às preferências do cliente (BOND, 2016; DRAKE *et al.*, 2016; MUESER; DRAKE; BOND, 2016).

O trabalho é um indicador de saúde para todos, sobretudo para aqueles com transtornos mentais. Grande parte dessa população não possui um emprego, mas tem vontade de trabalhar, o que se torna viável a partir dos programas de suporte individual para o emprego, melhorando as perspectivas individuais e sociais. Os serviços de suporte individual têm ganhado força em

países, como os EUA, entretanto, problemas, como o financiamento, têm-se apresentado como barreiras, necessitando de intervenções precoces (DRAKE *et al.*, 2016).

Muitas pessoas com transtornos mentais não são encaminhadas ao trabalho devido ao fato de que muitos profissionais não consideram a independência econômica ou a conquista de um emprego como fatores importantes na recuperação, o que fortalece a ideia de que as pessoas com transtornos mentais são incapazes de manter uma vida laboral produtiva. Destaca-se a necessidade da conscientização dos profissionais acerca da importância do trabalho na recuperação e restabelecimento das pessoas com transtornos mentais, uma vez que grande parte desse público deseja obter um emprego (COSTA *et al.*, 2017).

Ensaio clínico randomizado realizado nos Estados Unidos proporcionaram o acompanhamento de aproximadamente 5.000 pessoas com transtornos mentais durante um período de 19 meses. Tais estudos revelaram que pessoas incluídas em programas de suporte ao emprego conseguem um trabalho, geralmente, com uma média de 9 meses e remuneração acima do salário mínimo com jornada de meio período de trabalho (DRAKE; BOND; BECKER, 2012).

O percentual de obtenção de um trabalho mediante apoio individual e suporte ao emprego para pessoas com transtornos mentais que mantêm acompanhamento por um período de seis meses a cinco anos é de aproximadamente 60%. A permanência em um trabalho inicial é de oito a dez meses, o que permite melhoria na qualidade de vida desses indivíduos. Estudos destacam que a obtenção de um emprego reduz as demandas pelos serviços de Saúde Mental, fato que pode ser atribuído a uma melhoria nos aspectos clínicos desses indivíduos (MARSHALL *et al.*, 2014; MUESER; DRAKE; BOND, 2016; HOFFMANN *et al.*, 2014).

É necessário que haja incentivos governamentais para estimular a obtenção de emprego para pessoas com transtornos mentais. A exemplo disso, foi aprovada pelo Congresso americano em 1990, a Lei dos Americanos Portadores de Deficiência – ADA (Americans with Disabilities Act). Essa objetivou evitar a discriminação contra pessoas com deficiência. A ADA proíbe que pessoas com algum tipo de deficiência sofram discriminação por parte de empresas na contratação, bem como no ambiente de trabalho (EUA, 1990).

É fundamental que os usuários dos serviços de Saúde Mental tenham sua cidadania e direitos preservados para que possam assumir um papel significativo na comunidade em que estão inseridos, uma vez que tais pessoas apresentam melhores resultados quando inseridas de maneira ativa na sociedade, podendo exercer autonomia e controle de sua vida (DAVIDSON, 2016).

## 2.4 *The Providers Survey*

Em 2016, no Estado de Connecticut nos Estados Unidos, foi desenvolvido o instrumento *The Providers Survey* por meio de uma pesquisa participativa, a fim de verificar as opiniões a respeito da relação entre emprego e recuperação das pessoas com transtornos mentais (COSTA *et al.*, 2017).

O *Yale Program for Recovery and Community Health* e o *Center for Psychiatric Rehabilitation* representam os dois principais centros de pesquisa e sistematização da abordagem de *Recovery* nos Estados Unidos (VASCONCELOS, 2017).

Connecticut foi o primeiro estado dos EUA a reconhecer o trabalho remunerado como essencial para a saúde e bem-estar das pessoas com transtornos mentais e passou a adotar o emprego como parte integrante do Departamento de Serviços de Saúde Mental e Dependência (*Department of Mental Health and Addiction Services – DMHAS*) (COSTA *et al.*, 2017).

Em 2015, um grupo de pessoas que incluía usuários em recuperação, especialistas em emprego, familiares de indivíduos com transtornos mentais, fornecedores e provedores de emprego e advogados criaram, de forma participativa, o instrumento *The Providers Survey*, a partir de uma combinação de revisão da literatura relevante e consulta com especialistas em serviços de apoio ao emprego (COSTA *et al.*, 2017).

O instrumento foi desenvolvido para capturar pontos de vista acerca da relação entre emprego e recuperação das pessoas com transtornos mentais. A pesquisa foi desenvolvida para melhor compreender o que os provedores vinculados ao DMHAS fazem, o que consideram importante para a recuperação de seus clientes e qual a importância de seus clientes obterem e manterem seus empregos. A intenção da elaboração de um instrumento para o desenvolvimento da pesquisa é usar as informações para orientar o desenvolvimento de novas estratégias para aumentar a base de referência de serviços de suporte ao emprego, uma vez que mais de 66% dos clientes desejam trabalhar e estão habilitados para fazê-lo (COSTA *et al.*, 2017).

Após a etapa de elaboração, o instrumento foi apresentado no Connecticut Comitê de Coordenação e Suporte de Emprego (SECC), um amplo comitê composto por pessoas em recuperação, provedores de saúde, servidores públicos, representantes do governo, familiares, representantes de agências de saúde mental e outros advogados. Sugestões do SECC foram incorporadas ao mesmo e realizou-se, em seguida, o teste piloto com 25 membros da SECC. Após uma discussão final, o referido instrumento foi aprovado por unanimidade pela SECC em dezembro de 2015 e em janeiro de 2016, o link para responder à pesquisa *on-line*, pela

plataforma *Qualtrics Survey Software*, foi enviado individualmente ao Diretor de cada uma das agências que fornecem serviços de saúde mental para DMHAS (COSTA *et al.*, 2017).

As 80 agências de saúde que trabalham com pessoas com transtornos mentais graves, administradas ou financiadas pelo DMHAS, foram convidadas a participar da pesquisa de forma voluntária e anônima. Um total de 1.306 provedores de 47 agências participaram da pesquisa - 1.131 completaram toda a pesquisa, 157 completaram parcialmente e 18 optaram por não responder a nenhum item. Do total de participantes, 142 eram supervisores de equipe, 175 diretores e administradores, 21 médicos, 70 enfermeiros, 234 gerenciadores de casos, 94 especialistas em emprego, 64 fornecedores de emprego, 175 profissionais de saúde mental, 268 outros profissionais e 63 não se identificaram (COSTA *et al.*, 2017).

O instrumento *The Providers Survey* (ANEXO A) é composto por 85 itens distribuídos em quatro domínios que avaliam os aspectos quanto à percepção dos trabalhadores, sendo:

- Domínio I: aspectos importantes de seu trabalho com clientes com transtornos mentais, abordado em 25 questões.
- Domínio II: fatores que permitem que pessoas com transtornos mentais obtenham e mantenham emprego, abordado em 17 questões.
- Domínio III: fatores que promovem a recuperação de pessoas com transtornos mentais, abordado em 23 questões.
- Domínio IV: barreiras que os provedores enfrentam ao encaminhar indivíduos com transtornos mentais para serviços de apoio ao emprego, abordado em 20 questões.

Cada um desses quatro aspectos principais foi avaliado quanto a importância, sendo a declaração de 1 (nada importante) a 5 (muito importante) (COSTA *et al.*, 2017).

Fatores como promoção do autocuidado e bem-estar do cliente, referências para tratamento de uso de álcool ou substância foram apontados como propostas mais relevantes para a recuperação de pessoas com transtornos mentais. Já a prescrição e administração de medicamentos, formulações de diagnóstico e fornecimento de advocacia e apoio legal foram as atividades com menor relevância (COSTA *et al.*, 2017).

O resultado da pesquisa apontou que um dos motivos pelos quais muitas pessoas com transtornos mentais não são referenciadas aos programas de suporte ao emprego é que os profissionais não identificam a obtenção de um emprego como fator importante no restabelecimento desses usuários. Por meio desses resultados, os autores sugerem que sejam realizadas atividades de conscientização dos profissionais, a fim de enfatizar que grande parte das pessoas com transtornos mentais e a maioria das pessoas de modo geral, deseja trabalhar e tem capacidade para obter e manter um emprego (COSTA *et al.*, 2017).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

- Analisar as propriedades psicométricas referentes à validade e à confiabilidade do instrumento *The Providers Survey* no contexto brasileiro dos serviços de Saúde Mental.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

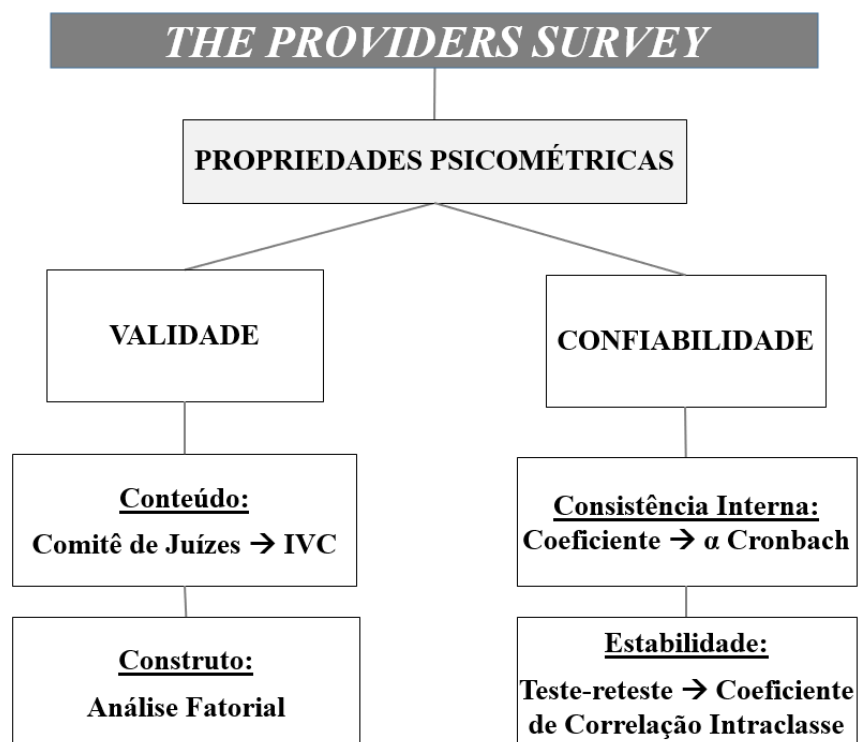
- Avaliar a validade de conteúdo da versão brasileira do instrumento *The Providers Survey*.
- Avaliar a validade de construto da versão brasileira do instrumento *The Providers Survey*.
- Avaliar a confiabilidade da versão brasileira do instrumento *The Providers Survey*.

## 4 MÉTODO

### 4.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo de desenvolvimento metodológico e quantitativo, com o propósito de descrever o processo de validação das propriedades psicométricas referentes à validade e à confiabilidade da versão brasileira do instrumento *The Providers Survey* no contexto brasileiro dos serviços de Saúde Mental, após o processo de adaptação transcultural (ALVES, 2020). A Figura 3 apresenta o desenho do estudo.

**FIGURA 3** - Desenho do Estudo



**Fonte:** Elaborado pelos autores

Estudos sugerem que o processo de adaptação transcultural de um instrumento deve seguir seis etapas, sendo elas: tradução do instrumento do idioma de origem para o idioma-alvo; síntese das versões traduzidas (APÊNDICE A); análise da versão sintetizada por juízes *experts* ou versão de consenso (APÊNDICE B); tradução reversa para o idioma de origem (*backtranslation*); avaliação do instrumento pelo público-alvo e pré-teste e estudo-piloto



(APÊNDICE C) (BEATON *et al.*, 2000; BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012; DORTAS JÚNIOR, 2016). Todas essas etapas foram realizadas em estudo anterior para o processo de adaptação transcultural do instrumento *The Providers Survey* (ALVES, 2019).

Finalizada a adaptação transcultural de um instrumento, deve-se realizar sua validação, uma vez que o objetivo dessa etapa é verificar em que medida o instrumento pode ser considerado válido para o contexto para o qual está sendo adaptado. O ideal é que o instrumento adaptado possua as mesmas propriedades psicométricas do instrumento original, quanto à validade e à confiabilidade (HUNGERBÜHLER; WANG, 2016).

Após o processo de adaptação transcultural do instrumento *The Providers Survey*, a Versão Preliminar III, disponível no Apêndice C, apresentou um total de 65 questões distribuídas em três domínios com a seguinte estrutura: Domínio I, abordado em 26 questões, Domínio II, abordado em 16 questões e Domínio III, abordado em 23 questões.

Para que seja possível avaliar as propriedades psicométricas de um instrumento de medida, faz-se necessária a adoção de padrões metodológicos adequados para se definir análises estatísticas preferidas. A fim de se alcançar essa proposta, o grupo COSMIN, que significa “Padrões Baseados em Consenso para a Seleção de Instrumentos de Medida de Saúde” (*Consensus-Based Standards for the Selection of health Measurement Instruments*) elaborou um *checklist* com a relação de tais padrões, que pode ser usado na avaliação da qualidade metodológica de estudos cujo objeto seja as propriedades de medidas (MOKKINK *et al.*, 2010).

Esse *checklist* foi desenvolvido em um estudo de *Delphi* internacional por 43 *experts* em medida nos campos da psicologia, epidemiologia estatística e medicina clínica cujo objetivo foi alcançar um consenso a respeito de quais propriedades deveriam ser avaliadas em eventos relacionados à saúde (*Health Related Patient-Reported Outcomes* - HR-PROs) e desenvolver padrões para a avaliação dessas propriedades em termos de desenho de estudo e análise estatística. O estudo aponta que a validade (de conteúdo e de construto) e a confiabilidade são os domínios relevantes para a validação do *checklist* COSMIN (MOKKINK *et al.*, 2010; HUNGERBÜHLER; WANG, 2016).

Seguindo essas recomendações, este estudo para a validação da versão brasileira do instrumento *The Providers Survey* (Versão Preliminar III) utilizou o *checklist* de COSMIN para a análise das características de validade, objetivando verificar a validade de conteúdo, validade de construto e confiabilidade, medida que foi verificada pela consistência interna e estabilidade.

## 4.2 Validade

A validade é uma das características mais relevantes que necessita estar presente em instrumentos de medida e pela ausência dessa medida pode resultar em alterações dos resultados estatísticos de uma pesquisa. A característica de validade de um instrumento de medida está relacionada ao potencial que esse possui para medir aquilo que realmente se propõe. As medidas de validade e confiabilidade não são completamente independentes, uma vez que um instrumento confiável pode não ser considerado válido (MOKKINK *et al.*, 2010).

Dentre as principais medidas de verificação de validade, destacam-se a validade de conteúdo e a validade de construto (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

### 4.2.1 Validade de Conteúdo

A validade de conteúdo se propõe a verificar se o conteúdo de determinado instrumento é capaz de explorar o fenômeno a ser estudado. A partir da validade de conteúdo é possível mensurar o grau de relevância de cada item do instrumento em determinado construto (BELLUCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012; ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

A validade de conteúdo do instrumento foi realizada na cidade polo de Montes Claros, localizada na região norte do Estado de Minas Gerais e sede da Gerência Regional de Saúde de Montes Claros. Contou com a participação de 10 profissionais de saúde atuantes na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) desse município. A população das cinco microrregiões sob jurisdição da Gerência Regional de Saúde de Montes Claros possui 1.036.437 habitantes, configurando-se como a maior população entre todas as nove microrregiões que compõem a Macronorte.

Inicialmente, a validação de conteúdo é pautada em uma avaliação subjetiva, qualitativa, realizada mediante o julgamento de especialistas/juízes na área a partir do percentual de concordância, no qual os especialistas devem verificar o grau de equivalência de cada item do instrumento em análise. Nessa etapa, o comitê de especialista tem o propósito de julgar cada item, podendo realizar alterações ou, até mesmo, exclusão de determinadas questões, de acordo com a realidade do contexto no qual o instrumento será utilizado (BELLUCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012; HUNGERBÜHLER; WANG, 2016, BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

O comitê deve ser composto por profissionais especialistas na área em que o instrumento está inserido o instrumento para verificar clareza e abrangência dos itens e outros aspectos relacionados à estrutura geral como, por exemplo, enunciado, opções de formato para respostas e *layout* do instrumento. Autores recomendam que o comitê seja composto por, no mínimo, cinco especialistas da área e que tenham disponibilidade para participar do estudo (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012; ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Vale ressaltar que o presente estudo cumpriu com as recomendações citadas.

Para essa etapa do estudo, foram selecionados 10 profissionais de maneira intencional mediante contato telefônico, a fim de verificar a aceitação para participação da pesquisa. Foram selecionados os participantes que possuem conhecimento na área de saúde mental, sobretudo acerca do *Recovery*. Após o contato inicial com os participantes, foi agendado um horário e local adequados de acordo com a disponibilidade de cada profissional. Inicialmente foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B) e em seguida houve a exposição dos objetivos da pesquisa e orientações acerca da participação.

Para realizar a validação de conteúdo, a Versão Preliminar III do instrumento foi subdividida em partes para que os especialistas fizessem a avaliação criteriosa de cada item em forma de questionário, com o intuito de analisar todos os itens. O questionário possuía um campo específico relacionado a cada item do instrumento para que cada especialista colocasse por escrito suas considerações referentes ao item avaliado para posterior adequação, a fim de facilitar o consolidado das sugestões apresentadas. Durante todo o processo de avaliação pelos especialistas, o pesquisador responsável esteve disponível para o esclarecimento de dúvidas e eventuais questionamentos.

A Versão Preliminar III do instrumento possuía 74 itens a serem avaliados, sendo: termo de consentimento, dados de identificação do participante, tipo de serviço, função que exerce, tempo de trabalho, título do instrumento, enunciado do Domínio I (Parte 1) - 26 itens referentes às respectivas questões na primeira parte do instrumento, enunciado do Domínio II (Parte 2) - 16 itens referentes às respectivas questões na segunda parte do instrumento, enunciado do Domínio III (Parte 3) - e 23 itens referentes às respectivas questões na terceira parte do instrumento. O instrumento utilizado para a avaliação do comitê na etapa de validação de conteúdo encontra-se no Apêndice D.

Os 74 itens foram analisados pelos 10 participantes do comitê totalizando um quantitativo de 740 respostas, referentes a dez respostas relacionadas a cada item do instrumento. Para tal avaliação, foi utilizada uma escala de *Likert* de 1 a 4, sendo 1 o item não equivalente; 2 o item pouco equivalente que necessita de muitas revisões; 3 o item é

equivalente, mas requer poucas revisões e 4 o item é totalmente equivalente. Aqueles itens do instrumento que receberam pontuação 1 ou 2 foram excluídos, conforme recomendado pela literatura (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

A classificação de itens não equivalentes (classificação 1 na escala de *Likert*) se referia àqueles que não estavam de acordo com o contexto apresentado ou aqueles itens que os juízes julgaram irrelevantes para o estudo, sendo, portanto, removidos do instrumento. Os itens que necessitariam de grandes revisões (classificação 2 na escala de *Likert*) também foram removidos por serem de difícil adaptação, pois necessitariam de muitas alterações, sendo considerados de pouca relevância pelos especialistas.

No entanto, os itens classificados como 3 na escala de *Likert* foram mantidos por necessitarem de poucas revisões, como alterações de termos e correções semânticas e os itens classificados como 4 na escala de *Likert* foram mantidos por serem totalmente equivalentes e não necessitaram de nenhuma correção ou adaptação.

Ao término da avaliação subjetiva realizada pelo grupo de especialistas, seguida das sugestões e correções propostas, foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que mede o percentual de juízes que concordaram a respeito dos aspectos de cada item do instrumento. Para o cálculo do IVC, deve-se somar as respostas 3 e 4 dos participantes e dividir pelo número total de respostas (KIMBERLIN; WINTERSTEIN, 2008; ALEXANDRE; COLUCI, 2011). A descrição do cálculo do IVC encontra-se disponível no Apêndice E.

O Índice de Validade de Conteúdo, aceitável entre os membros do comitê de especialistas, deve ser de, no mínimo 0,80 e, preferencialmente, maior que 0,90 (POLIT; BECK, 2006; WYND; SCHMIDT; SCHAEFER, 2003). Finalizada essa avaliação, a Versão Preliminar IV do instrumento, após a etapa de validação de conteúdo, apresentou 69 itens, com 60 questões (APÊNDICE F).

#### **4.2.2 Validade de Construto**

A validade de construto, também conhecida como validade de conceito, é considerada uma das mais importantes medidas de validade de instrumentos em pesquisas e tem como objetivo verificar se os itens de determinado instrumento são, de fato, representação fidedigna e adequada do construto a ser medido (GORENSTEIN; WANG, 2016; PASQUALI, 2009).

Essa técnica é utilizada para confirmar um número menor de fatores em um número maior de itens observados. A validade de construto é identificada como validade fatorial, visto que, na maioria dos casos, são utilizadas estatísticas, como a Análise Fatorial (AF), cujo

principal objetivo é verificar quantos fatores são suficientes para representar o construto (WORTHINGTON; WHITTAKER, 2006; GORENSTEIN; WANG, 2016; PASQUALI, 2009).

Para se realizar essa análise, não há consenso na literatura quanto ao número da amostra. Alguns autores afirmam que não há bases teóricas que estabeleçam uma relação entre o número de itens do instrumento e o número de participantes (LAROS, 2012). Por outro lado, estudos indicam a necessidade de uma amostra superior a 50 e recomendam uma amostra acima de 100 para resultados mais concretos (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010). Ainda assim, grande parte dos autores recomenda um número de 5 a 10 respondentes para cada item do instrumento, considerando um número mínimo de 100 respondentes (WORTHINGTON; WHITTAKER, 2006; BANDEIRA *et al.*, 2011; BAGEHOT; TAYLOR, 2008).

Como grande parte dos autores recomenda um número de 5 a 10 respondentes para cada item do instrumento, considerando um número mínimo de 100 respondentes, seguiu-se essa recomendação.

A Versão Preliminar IV do instrumento, utilizada para a etapa de validação de construto, continha um total de 69 itens, com 60 questões. Assim, a amostra recomendada foi de 300 respondentes. A validade de construto foi verificada por meio da Análise Fatorial. Foram enviados 496 questionários e obteve-se um total de 364 respondentes. Do total de 364 questionários respondidos, 08 profissionais se recusaram a participar da pesquisa e 38 questionários não foram preenchidos completamente, apresentando uma taxa de perda de 26,6% (n=132). Ao final, foram coletados 318 questionários válidos.

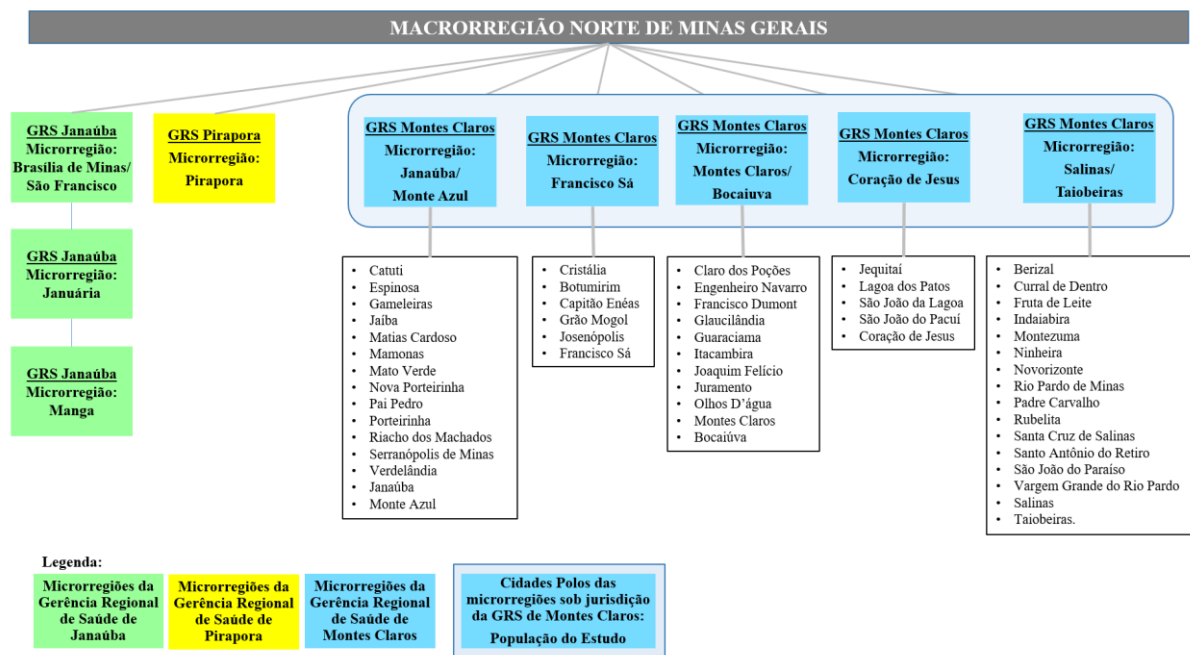
Os respondentes alocados nessa etapa foram profissionais de saúde de nível superior, que atuam nas cidades polos das cinco microrregiões de saúde sob a jurisdição da Gerência Regional de Saúde de Montes Claros. Essa Gerência Regional possui cinco microrregiões compostas por oito cidades polos e 53 municípios, e conta com 1.036.437 habitantes, configurando-se como a maior população entre todas as nove microrregiões que compõem a Macronorte. Encontra-se assim caracterizada:

- I) Microrregião: Janaúba/ Monte Azul (CIDADES POLOS): Catuti, Espinosa, Gameleiras, Jaíba, Matias Cardoso, Mamonas, Mato Verde, Nova Porteirinha, Pai Pedro, Porteirinha, Riacho dos Machados, Serranópolis de Minas, Verdelândia, Janaúba e Monte Azul.
- II) Microrregião: Francisco Sá (CIDADE POLO): Cristália, Botumirim, Capitão Enéas, Grão Mogol, Josenópolis e Francisco Sá (MINAS GERAIS, 2011).

- III) Microrregião: Montes Claros/Bocaiuva (CIDADES POLOS): Claro dos Poções, Engenheiro Navarro, Francisco Dumont, Glaucilândia, Guaraciama, Itacambira, Joaquim Felício, Juramento, Olhos D'água, Montes Claros e Bocaiuva.
- IV) Microrregião: Coração de Jesus (CIDADE POLO): Jequitaiá, Lagoa dos Patos, São João da Lagoa, São João do Pacuí e Coração de Jesus.
- V) Microrregião: Salinas/Taiobeiras (CIDADES POLOS): Berizal, Curral de Dentro, Fruta de Leite, Indaiabira, Montezuma, Ninheira, Novorizonte, Rio Pardo de Minas, Padre Carvalho, Rubelita, Santa Cruz de Salinas, Santo Antônio do Retiro, São João do Paraíso, Vargem Grande do Rio Pardo, Salinas e Taiobeiras.

A Figura 4 apresenta o desenho da Macrorregião de Saúde da região norte do Estado de Minas Gerais.

**FIGURA 4** - Desenho da Macrorregião de Saúde do Norte de Minas Gerais, com destaque na Gerência Regional de Saúde de Montes Claros, 2019



**Fonte:** Elaborado pelos autores

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) existente na área de abrangência da Gerência Regional de Saúde de Montes Claros possui 450 Unidades de Atenção Primária à Saúde, 18 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 25 Unidades de Serviço Móvel de Urgência e Emergência, 02 Consultórios na Rua e 37 leitos de Saúde Mental em hospitais gerais.

A Rede de Atenção Psicossocial conta com profissionais de saúde de nível superior da Rede de Atenção Psicossocial nas oito cidades polos das microrregiões da área de abrangência da Gerência Regional de Saúde de Montes Claros, sendo elas: Janaúba, Monte Azul, Salinas,

Taiobeiras, Coração de Jesus, Montes Claros, Bocaiuva e Francisco Sá. Atualmente totalizam 967 profissionais, sendo 492 enfermeiros, 413 médicos e 63 psicólogos (CNES, 2017).

Dessa população, foram alocados, em conformidade ao recomendado pelos autores referenciados, 318 profissionais de saúde para atender aos pressupostos da análise fatorial e realizar a validade de construto.

A coleta de dados aconteceu no período de dezembro de 2019 e janeiro de 2020, por meio da aplicação *online* da Versão Preliminar IV do instrumento na Plataforma *Qualtrics Survey Software*. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B) foi aplicado *on line* no início do processo de coleta de dados para que cada respondente pudesse confirmar ou não sua participação na pesquisa.

As instituições disponibilizaram o número de telefone de cada profissional e em seguida, realizou-se o contato com os 318 participantes previamente ao envio do questionário. A Versão Preliminar IV do instrumento, que continha também o TCLE, foi enviada pelo aplicativo *WhatsApp* para cada participante e as respostas foram consolidadas na Plataforma *Qualtrics Survey Software*, que se caracteriza como uma plataforma de respostas *online* de onde os dados foram enviados diretamente ao programa *Excel* e posteriormente foram exportados para o SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) versão 22.0 for Windows.

A análise fatorial exploratória (AFE) foi realizada para avaliar a estrutura fatorial do instrumento traduzido e adaptado. A validade da análise fatorial (isto é, a análise de que a matriz de dados pode ser submetida ao processo de análise fatorial) foi realizada pelo critério de teste *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e pelo Teste de Esfericidade de *Bartlett* (DZIUBAN; SHIRKEY, 1974). O índice de KMO, também conhecido como índice de adequação da amostra, é um resultado de um teste estatístico que sugere a proporção de variância dos itens que pode estar sendo explicada por uma variável latente (LORENZO-SEVA; TIMMERMAN; KIERS, 2011).

Na interpretação para o índice de KMO, valores menores desejáveis são acima de 0,80. Já o teste de esfericidade de *Bartlett* avalia em que medida a matriz de dados é similar a uma matriz-identidade. Em uma matriz-identidade, os elementos da diagonal principal têm valor igual a um, e os demais elementos da matriz devem ter valores próximos de zero, ou seja, não apresentam correlações entre si (FIELD, 2005). Para que a matriz possa ser considerada fatorável, o valor do teste de esfericidade de *Bartlett* deve ter nível de significância de até 5% ( $p < 0,05$ ) (TABACHNICK; FIDELL, 2007).

O modelo foi ajustado pelo método de análise dos componentes principais. Apesar de existirem várias técnicas estatísticas para a redução de fatores, a definição ou redução de fatores, no presente estudo, foi realizada considerando o número de fatores do instrumento original.

Nesse caso, a análise fatorial buscou confirmar a estrutura fatorial do instrumento traduzido e adaptado.

Após essa definição, seguiu-se a rotação da matriz, que buscou a separação das variáveis entre os fatores. As rotações fatoriais buscam identificar em qual fator cada variável apresenta carga fatorial mais elevada (ABDI, 2003). Utilizou-se o método de rotação ortogonal varimax, por tratar os domínios como independentes, considerando somente as cargas superiores a 0,5. Portanto, cinco questões (Q39, Q44, Q45, Q49, Q55 e Q59) foram eliminadas do instrumento por apresentarem valor inferior a 0,5. O método de rotação varimax é o mais comumente utilizado nas pesquisas dessa natureza (TABACHNICK; FIDELL, 2007). As cargas fatoriais para cada uma das variáveis permitiram a identificação de cada uma das variáveis com o respectivo fator.

Sendo assim, após exclusão das questões com carga fatorial  $< 0,5$ , os três fatores do instrumento representam 49,1% da variância total explicada cumulativa. Nesse caso, a análise fatorial buscou confirmar a estrutura fatorial do instrumento traduzido e adaptado. Autores recomendam que os Componentes Principais devem apresentar autovalores  $> 1$ , dessa forma, os três componentes extraídos, mantidos pela estrutura do instrumento original, são responsáveis por 49% da variação dos dados, o que é considerado adequado, uma vez que 10 componentes explicariam 68% (KAISER, 1958; FRAGA *et al.*, 2015).

### 4.3 Confiabilidade

A confiabilidade é a medida que se propõe a verificar a reprodutibilidade de um resultado em determinado tempo e espaço e refere-se à precisão de um instrumento, determinando o quão estável, consistente ou preciso pode ser. A consistência interna e a estabilidade são os principais procedimentos recomendados para verificar a confiabilidade de um instrumento, sendo a consistência interna verificada a partir do coeficiente alfa de *Cronbach* ( $\alpha$ -Cr) e a estabilidade a partir do teste-reteste pelo Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) (HUNGERBÜHLER; WANG, 2016, ALEXANDRE; COLUCI, 2011; POLIT; BECK, 2011; BAKER *et al.*, 2010; SANTOS; PESSOA; ARAÚJO, 2016).

A Consistência Interna (CI) está relacionada à homogeneidade do instrumento, ou seja, à possível relação entre os itens do instrumento e à pontuação total da escala. A CI indica se todas as partes do instrumento medem a mesma característica, portanto, trata-se de uma



importante medida a ser verificada em instrumentos que avaliam um construto em diversos itens (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; TERWEE *et al.*, 2007; STREINER, 2003).

O coeficiente Alfa de *Cronbach* é o mais utilizado para a verificação de consistência interna de instrumentos e reflete o grau de variância entre os itens que compõem uma escala. Sendo assim, quanto menor for a soma da variância entre itens, maior é a consistência do instrumento (STREINER, 2003; KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010; ALEXANDRE; COLUCI, 2011; BAKER *et al.*, 2010; SANTOS; PESSOA; ARAÚJO, 2016).

Não há consenso quanto à interpretação do Alfa de *Cronbach*. Estudos consideram valores próximos a 0,60 como satisfatórios, sendo o ideal valores próximos a 0,70 (TERWEE *et al.*, 2007; STREINER, 2003; BALBINOTTI; BARBOSA, 2008).

A estabilidade de um instrumento consiste em verificar o grau em que resultados semelhantes são encontrados em momentos diferentes. A medida de estabilidade pode ser verificada por meio do teste-reteste, que permite a reprodução de um resultado no tempo e no espaço, conferindo homogeneidade e equivalência entre diferentes respondentes, garantindo, assim, um instrumento confiável para a avaliação quantitativa do que se propõe (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; POLIT; BECK, 2011).

A confiabilidade do teste-reteste tende a diminuir quando o intervalo de tempo é prolongado, por esse motivo recomenda-se que as verificações ocorram em um intervalo de 10 a 14 dias entre o teste e o reteste em uma amostra de, pelo menos, 50 respondentes (TERWEE *et al.*, 2007; KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010). Alguns estudos recomendam que o teste-reteste seja realizado com aproximadamente 15% do total de respondentes participantes do estudo (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

A correlação de Pearson entre as médias dos escores para o cálculo do Coeficiente de Correlação Intraclasse nos dois momentos apresentou valor de  $r = 0,849$  ( $p < 0,001$ ). Considera-se correlação substancial CCI entre 0,60 e 0,79 e valores iguais ou acima de 0,80 caracterizam uma correlação quase completa (LEE *et al.*, 2012; SIM; WRIGHT, 2005).

A versão final do instrumento apresentou 54 questões (APÊNDICE G).

#### 4.4 Análise dos dados

As análises dos dados foram realizadas a partir da apresentação de valores absolutos e frequências e dos testes estatísticos empregados para a análise fatorial e análise do alfa de *Cronbach* e análise de correlação de *Pearson* (no teste-reteste). O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja,  $p\text{-valor} < 0,05$ . Todas as análises estatísticas foram realizadas com o uso do pacote estatístico IBM-SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) software, versão 22.0 for Windows.

#### 4.5 Aspectos Éticos

Os aspectos éticos desta pesquisa foram considerados de acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que estipula normas éticas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, sob o Parecer nº 2.398.868 - CAAE nº 79227517.4.0000.5146 (ANEXO C). Foi solicitada autorização por parte das Secretarias Municipais de Saúde de Janaúba, Monte Azul, Francisco Sá, Montes Claros, Bocaiuva, Coração de Jesus, Salinas e Taiobeiras por meio do Termo de Consentimento Institucional (ANEXO D). Os participantes, em todas as fases deste estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B), possibilitando esclarecimentos sobre os objetivos, motivos da pesquisa e ainda, justificativa da escolha dos integrantes e garantia do anonimato e sigilo acerca dos dados.

Destaca-se que este estudo contou com o consentimento do autor do instrumento original autorizando sua adaptação transcultural e validação para uso no Brasil.

## 5 RESULTADOS

Para a validação de conteúdo, este estudo contou com a participação de 10 profissionais especialistas na área de Saúde Mental, com conhecimento acerca de *Recovery*, para compor o comitê de juízes/especialistas *experts* que realizou a validação de conteúdo do instrumento, conforme apresentado na Tabela 1.

TABELA 1  
Caracterização dos membros do comitê de juízes *experts*, Montes Claros, 2019

Especialista	Formação Acadêmica	Experiência na área de Saúde Mental
1	Psicóloga. Especialista em Saúde Mental.	Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Atua na Atenção Primária. Atuou como psicóloga em CAPS.
2	Psicóloga. Especialista em Saúde da Família.	Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Atua na Atenção Primária. Atuou como psicóloga de CAPS.
3	Psicóloga. Especialista em Saúde da Família.	Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Atua na Atenção Primária.
4	Psicóloga. Especialista em Saúde Mental.	Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Saúde Mental. Atua na Atenção Primária. Atuou como psicóloga do CAPS.
5	Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família. Mestre em Cuidado Primário em Saúde.	Preceptor da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Atua em serviço da Atenção Primária.
6	Médico. Especialista em Psiquiatria e Psicoterapia.	Coordenador da Residência de Psiquiatria. Atua na rede privada. Professor do Departamento de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros.
7	Psicóloga. Doutora em Psicologia. Mestre em Saúde Pública.	Professora do Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Montes Claros.
8	Psicóloga. Especialista em Saúde Mental.	Atua na Atenção Primária. Atuou como estagiária em CAPS.
9	Cirurgiã-dentista. Especialista em Saúde da Família.	Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Atua em serviço da Atenção Primária.
10	Médico. Especialista em Medicina de Família e Comunidade.	Preceptor da Residência de Medicina de Família e Comunidade. Atua em serviço da Atenção Primária.

**Fonte:** Elaborada pelos autores

Verifica-se que o comitê de especialistas, que participou dessa etapa deste estudo, foi composto por profissionais médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas e psicólogos com variadas atuações em componentes da RAPS.

Destaca-se que tal organização encontra-se adequada, uma vez que os autores recomendam a participação de, no mínimo, cinco especialistas na área (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012; ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O instrumento apresentado para a realização da análise de conteúdo foi desenvolvido conforme descrição a seguir (Tabela 2) e encontra-se disponível no Apêndice D. O instrumento inicial apresentou 74 itens, com 65 questões.

TABELA 2  
Descrição dos itens para a verificação do comitê de especialistas na validação de conteúdo,  
Montes Claros, 2019

Item	Descrição
1	Termo de consentimento
2	Dados de identificação do participante
3	Tipo de serviço em que atua
4	Função que exerce
5	Tempo de trabalho
6	Título do instrumento
7	Enunciado da Parte 1
8 ao 33	26 questões referentes à primeira parte do instrumento
34	Enunciado da Parte 2
35 ao 50	16 questões referentes à segunda parte do instrumento
51	Enunciado da Parte 3
52 ao 74	23 questões referentes à terceira parte do instrumento

**Fonte:** Elaborada pelos autores

A Tabela 3 apresenta o resultado da validação de conteúdo pelo comitê de juízes *experts*, do qual cinco questões foram excluídas (Q02, Q22, Q32, Q33 e Q58), quinze itens foram mantidos na íntegra (I11, I26, I27, I31, I42, I45, I46, I49, I54, I58, I62, I66, I69, I71 e I72) e os demais itens sofreram poucas alterações e foram mantidos após as adequações.

TABELA 3  
 Resultado da avaliação dos itens após a validação de conteúdo pelo comitê de juízes experts,  
 Montes Claros, 2019

Item	Descrição	Resultado			IVC (%)
		M	A	E	
01	Termo de consentimento		X		100
02	Dados de identificação do participante		X		100
03	Tipo de serviço em que atua		X		100
04	Função que exerce		X		100
05	Tempo de trabalho		X		100
06	Título do instrumento		X		100
07	Enunciado da Parte 1		X		100
08	Q1: Realizar acolhimento		X		100
09	Q2: Realizar atividades biopsicossociais			X	60
10	Q3: Registrar um histórico pessoal e familiar completo		X		100
11	Q4: Realizar acompanhamento de casos	X			100
12	Q5: Fornecer técnico de referência para a gestão de casos		X		100
13	Q6: Fornecer aconselhamento e/ou orientações, psicoterapia ou outras intervenções psicológicas		X		100
14	Q7: Decidir sobre a formulação do diagnóstico		X		100
15	Q8: Prescrever e/ou administrar medicamentos		X		100
16	Q9: Monitorar a adesão medicamentosa		X		100
17	Q10: Fornecer orientação e acompanhamento sobre o uso de medicamentos e efeito sobre o quadro psíquico para os usuários e/ou seus familiares		X		100
18	Q11: Identificar e abordar os estigmas e a discriminação/preconceito		X		100
19	Q12: Indicar usuários para o atendimento/o cuidado médico		X		100
20	Q13: Indicar usuários para os serviços de apoios (associações de direito e serviços públicos) para o trabalho/emprego		X		100
21	Q14: Indicar usuários para o tratamento de alcoolismo ou de uso de substâncias		X		100
22	Q15: Indicar usuários para o serviço de apoio à moradia		X		100
23	Q16: Indicar usuários para a socialização e apoio recreativo/lazer		X		100
24	Q17: Indicar usuários para o suporte jurídico		X		100
25	Q18: Envolver membros da família no apoio aos usuários		X		100
26	Q19: Fornecer apoio ao trabalho/ emprego	X			100
27	Q20: Fornecer apoio à busca por moradia	X			100
28	Q21: Proporcionar socialização e apoio recreativo/lazer		X		100
29	Q22: Fornecer apoio jurídico e legal			X	60
30	Q23: Fornecer suporte entre pares e orientações e/ou acompanhante terapêutico		X		100
31	Q24: Orientar o autocuidado e o bem-estar dos usuários	X			100
32	Q25: Fornecer tratamento para o abuso de álcool e/ou de outras substâncias		X		100
33	Q26: Abordar temas sobre violência doméstica ou outros traumas		X		100
34	Enunciado da Parte 2		X		100
35	Q27: Definir uma meta para a obtenção de um emprego competitivo		X		100
36	Q28: Incluir usuários em programas de apoio para o trabalho/ emprego, independentemente da gravidade de seus sintomas ou outras dificuldades relacionadas a um transtorno mental grave		X		100

37	Q29: Realizar uma busca rápida de empregos tão logo a pessoa demonstre interesse em trabalhar	X	100
38	Q30: Fornecer um suporte vocacional com os cuidados clínicos ao usuário	X	100
39	Q31: Ficar atento às preferências dos usuários em relação a um trabalho/ emprego	X	100
40	Q32: Fornecer busca de trabalho/ emprego sem limite de tempo e individualizada	X	40
41	Q33: Fornecer um aconselhamento personalizado sobre os benefícios (de trabalhar ou do emprego)	X	40
42	Q34: Identificar e abordar casos de discriminação no trabalho/ emprego	X	100
43	Q35: Incentivar a pessoa na busca por um trabalho/ emprego	X	100
44	Q36: Identificar e abordar visões negativas internalizadas de si mesmos que façam com que outros acreditem que não são capazes de trabalhar	X	100
45	Q37: Envolver membros da família no apoio aos esforços do usuário para buscar ou manter o emprego	X	100
46	Q38: Envolver pares para apoiar os esforços do usuário para buscar ou manter o trabalho /emprego	X	100
47	Q39: Perceber o trabalho /emprego como uma necessidade importante no restabelecimento	X	100
48	Q40: Perceber o emprego como fonte de estresse que deve ser evitada	X	100
49	Q41: Perceber o emprego como a oferta de um papel social de valor ou como uma fonte importante de um reforço da identidade	X	100
50	Q42: Perceber o emprego como fator que possa aumentar o risco de recaída/crise de uma pessoa	X	100
51	Enunciado da Parte 3	X	100
52	Q43: Estar conectado a algo maior do que a si mesmo (por exemplo, espiritualidade/religiosidade)	X	100
53	Q44: Ter uma percepção de esperança de vida	X	100
54	Q45: Ter moradia estável/lugar	X	100
55	Q46: Estar abstinente de drogas e álcool	X	100
56	Q47: Estar empregado em trabalho formal	X	100
57	Q48: Eliminar todos os sintomas psiquiátricos	X	100
58	Q49: Ter apoio familiar	X	100
59	Q50: Ter amigos e/ou cônjuges	X	100
60	Q51: Aderir aos tratamentos prescritos	X	100
61	Q52: Aprender a viver com sintomas psiquiátricos	X	100
62	Q53: Ter senso de pertencimento na comunidade	X	100
63	Q54: Ter o controle da própria vida/autonomia	X	100
64	Q55: Ter senso de significado na vida	X	100
65	Q56: Ter saúde de boa qualidade	X	100
66	Q57: Acreditar em si mesmo como uma pessoa capaz	X	100
67	Q58: Saber o sentido de um lar	X	40
68	Q59: Ser financeiramente independente	X	100
69	Q60: Participar de atividades sociais recreativas/lazer	X	100
70	Q61: Ter um longo período de estabilidade (ou seja, sem crises)	X	100
71	Q62: Ter uma alimentação saudável e praticar atividade física	X	100
72	Q63: Questionar e rejeitar estereótipos sociais de pessoas com transtorno mental/comportamento (por exemplo "paciente com doença mental" ou viciado)	X	100

73	Q64: Ter percepção de sua identidade cultural e valorização da identidade social	X	100
74	Q65: Ser valorizado por suas atividades na comunidade	X	100

M: Mantido                      A: Alterado                      E: Excluído  
**Fonte:** Elaborada pelos autores

Após a avaliação qualitativa na validade de conteúdo, a Versão Preliminar IV apresentou 69 itens, com 60 questões distribuídas em três domínios, conforme apresentado na Tabela 4 e encontra-se disponível no Apêndice F.

TABELA 4  
 Descrição dos itens após a verificação do comitê de especialistas na validação de conteúdo, Montes Claros, 2019

Item	Descrição
1	Termo de consentimento
2	Dados de identificação do participante
3	Tipo de serviço em que atua
4	Função que exerce
5	Tempo de trabalho
6	Título do instrumento
7	Enunciado da Parte 1
8 ao 31	24 questões referentes à primeira parte do instrumento
32	Enunciado da Parte 2
33 ao 46	14 questões referentes à segunda parte do instrumento
47	Enunciado da Parte 3
48 ao 69	22 questões referentes à terceira parte do instrumento

**Fonte:** Elaborada pelos autores

Após a avaliação realizada pelo grupo de especialistas, seguida das sugestões e correções propostas, foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) conforme descrito na Tabela 5.

Os 74 itens foram analisados pelos 10 participantes do comitê, totalizando um quantitativo de 740 respostas, com 10 respostas referentes a cada item do instrumento. A partir da soma de todas as respostas com classificação 3 e 4, seguida da divisão pelo total de respostas, obteve-se o IVC de 97%, considerado aceitável, uma vez que o valor mínimo é de 0,80 e, preferencialmente, maior que 0,90 (POLIT; BECK, 2006; WYND; SCHMIDT; SCHAEFER, 2003).

$$\text{IVC} = \frac{\text{n}^\circ \text{ respostas 3 e 4 dos participantes}}{\text{Total de respostas}} = \frac{(154+561)}{(74 \times 10)} = \frac{715}{740} = 0,966 = 97\%$$

TABELA 5  
 Descrição da classificação dos itens de acordo com a escala de *Likert* para a validação de conteúdo, Montes Claros, 2019

<b>Classificação</b>	<b>Respostas (n)</b>	<b>Respostas (%)</b>
1. Não equivalente	14	1,89
2. Pouco equivalente	11	1,49
3. Equivalente	154	20,81
4. Muito equivalente	561	75,81
Total	740	100%

**Fonte:** Elaborada pelos autores

A validade de construto foi verificada por meio da Análise Fatorial. Foram enviados 496 questionários e obteve-se um total de 364 respondentes. Do total de 364 questionários respondidos, oito profissionais se recusaram a participar da pesquisa e 38 questionários não foram preenchidos completamente, apresentando uma taxa de perda de 26,6% (n 132). Ao final, foram coletados 318 questionários válidos. A Tabela 6 representa a distribuição de profissionais que participaram dessa etapa do estudo, conforme idade, sexo, município de atuação, área de atuação, cargo e tempo de atuação.

TABELA 6  
 Caracterização dos profissionais que participaram da validação de construto, Montes Claros, 2019 (n= 318)

<b>Variáveis</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
<b>Idade</b>		
18-24	13	4,1
25-34	162	50,9
35-44	108	34,0
45-54	28	8,8
55-64	6	1,9
65-74	1	0,3
Total	318	100,0
<b>Sexo</b>		
Masculino	71	22,3
Feminino	247	77,7
Total	318	100,0
<b>Município</b>		
Montes Claros	281	88,4
Bocaiuva	3	0,9
Janaúba	2	0,6
Salinas	5	1,6
Monte Azul	2	0,6



Prefiro não responder	25	7,9
Total	318	100,0
<b>Área de Atuação</b>		
Profissionais de serviços não especializados em Saúde Mental	269	84,6
Profissionais de serviços especializados em Saúde Mental	46	14,5
Prefiro não responder	3	0,9
Total	318	100,0
<b>Cargo</b>		
Assistente Social	12	3,8
Cirurgião dentista	63	19,8
Coordenador/Gerente	15	4,7
Enfermeiro(a) especialista em saúde mental	9	2,8
Enfermeiro(a) não especialista em saúde mental	119	37,4
Farmacêutico	2	0,6
Médico(a) (não psiquiatra)	62	19,5
Psiquiatra	2	0,6
Monitor de Oficina	1	0,3
Psicólogo	29	9,1
Terapeuta Ocupacional	3	0,9
Prefiro não responder	1	0 de ,3
Total	318	100,0
<b>Tempo de Atuação</b>		
Menos de um ano	26	8,2
1 a 2 anos	69	21,7
3 a 5 anos	84	26,4
6 a 9 anos	64	20,1
10 anos ou mais	75	23,6
Total	318	100,0

**Fonte:** Elaborada pelos autores

A caracterização dos profissionais que participaram dessa etapa mostra um grupo jovem, de 25-34 anos de idade, seguido de 35-44 anos de idade; do sexo feminino. As principais categorias de profissionais participantes foram enfermeiros, cirurgiões dentistas e médicos, distribuídos entre cinco municípios da região norte do Estado de Minas Gerais e com três a cinco anos de atuação, seguido de 10 anos ou mais, o que evidencia experiência na área de atuação.

A análise fatorial exploratória (AFE) foi realizada para avaliar a estrutura fatorial do instrumento. Os procedimentos iniciais da análise fatorial identificaram um índice de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) de 0,901 e um Teste de Esfericidade de *Bartlett* com nível de significância de  $p < 0,001$ , indicando, assim, a adequação da amostra, que evidencia a adequabilidade da análise fatorial.

Após essa definição, seguiu-se a rotação da matriz, que buscou a separação das variáveis entre os fatores. As rotações fatoriais buscam identificar em qual fator cada variável

apresenta carga fatorial elevada mais elevada (ABDI, 2003). Para isto, utilizou-se o método de rotação ortogonal varimax, por tratar os domínios como independentes, considerando somente as cargas superiores a 0,5. Sendo assim, cinco questões (Q39, Q44, Q45, Q49, Q55 e Q59) foram eliminadas do instrumento por apresentarem valor inferior a 0,5. O método de rotação varimax é o mais comumente utilizado nas pesquisas dessa natureza (TABACHNICK; FIDELL, 2007). As cargas fatoriais para cada uma das variáveis permitiram a identificação de cada uma das variáveis com o respectivo fator.

Na análise das comunalidades, todas as variáveis que apresentaram carga fatorial com valores superiores a 0,5 foram, portanto, mantidas para a rotação da matriz e as variáveis com valores inferiores a 0,5 foram excluídas (Q39, Q44, Q45, Q49, Q55 e Q59). Os resultados da matriz rotacionada com extração dos três fatores (componentes) são apresentados na Tabela 7.

TABELA 7  
Matriz de componente rotativa

Variáveis	Componentes		
	1	2	3
1. Realizar acolhimento ao usuário, sua família, e/ou acompanhantes	0,5	0,1	0,0
2. Registrar uma anamnese/histórico pessoal e familiar completo	0,7	0,1	0,1
3. Realizar acompanhamento de casos	0,6	0,3	0,0
4. Disponibilizar técnico de referência para gestão de casos	0,5	0,1	0,1
5. Ofertar aconselhamento e/ou orientações e/ou psicoterapia ou outras intervenções psicológicas	0,6	0,1	-0,1
6. Participar da formulação do diagnóstico	0,6	0,1	-0,1
7. Prescrever e/ou administrar medicamentos	0,5	0,0	0,1
8. Monitorar a adesão medicamentosa	0,6	0,1	0,1
9. Orientar quanto ao uso de medicamentos e efeito sobre o quadro psíquico do usuário para ele mesmo, seus familiares e acompanhantes	0,7	0,1	0,1
10. Identificar e abordar os estigmas e a discriminação/preconceito	0,6	0,0	0,2
11. Encaminhar usuários para o atendimento e cuidado médico	0,6	0,2	0,0
12. Encaminhar usuários para serviços de apoio social à busca por trabalho/emprego (associações de direito e serviços públicos)	0,7	0,1	0,2
13. Fornecer apoio à busca por trabalho/emprego	0,6	0,0	0,3
14. Encaminhar usuários para o tratamento de etilismo e/ou uso de substâncias psicoativas	0,7	0,3	0,0
15. Fornecer tratamento para o etilismo e/ou uso de outras substâncias psicoativas	0,6	0,2	0,0
16. Encaminhar usuários para o serviço de apoio à moradia	0,6	0,0	0,2
17. Fornecer apoio à busca por moradia	0,5	0,0	0,2
18. Encaminhar usuários para atividades de socialização e apoio recreativo/lazer	0,7	0,0	0,1
19. Proporcionar atividades de socialização e apoio recreativo/lazer	0,6	0,0	0,2
20. Encaminhar usuários para o suporte jurídico e legal	0,5	-0,1	0,2
21. Envolver membros da família no apoio aos usuários em sofrimento mental	0,7	0,1	0,0

22. Fornecer suporte entre pares e orientações e/ou acompanhante terapêutico	0,7	0,1	0,1
23. Orientar quanto ao autocuidado e bem-estar dos usuários	0,7	0,3	0,0
24. Abordar temáticas relacionadas às diversas formas de violência e ou/ outras formas de violação dos direitos	0,7	0,1	0,2
25. Definir uma meta para a obtenção de um emprego	0,2	0,1	0,6
26. Incluir usuários em programas de apoio para o trabalho/emprego, independentemente da gravidade de seus sintomas ou outras dificuldades presentes	0,1	0,2	0,6
27. Realizar uma busca de empregos tão logo a pessoa demonstrar interesse em trabalhar	0,2	0,1	0,7
28. Integrar um suporte vocacional com os cuidados clínicos ao usuário de maneira individualizada	0,2	0,1	0,8
29. Ficar atento às preferências dos usuários em relação a um trabalho/emprego	0,2	0,1	0,7
30. Identificar e abordar casos de discriminação no trabalho/emprego	0,2	0,1	0,7
31. Incentivar a pessoa na busca por um trabalho/emprego	0,2	0,3	0,5
32. Identificar e abordar visões negativas internalizadas de si mesmos que façam com que as pessoas acreditem que não são capazes de trabalhar	0,2	0,3	0,6
33. Envolver membros da família no apoio aos esforços do usuário para buscar ou manter o emprego	0,3	0,4	0,5
34. Envolver pares para apoiar os esforços do usuário para buscar ou manter o trabalho/emprego	0,3	0,3	0,6
35. Perceber o trabalho /emprego como uma necessidade importante no restabelecimento do usuário	0,2	0,4	0,6
36. Perceber o emprego como fonte de estresse que deve ser evitada	-0,1	0,0	0,6
37. Perceber o emprego como a oferta de um papel social de valor ou como uma fonte importante de um reforço da identidade	0,2	0,3	0,5
38. Perceber o emprego como fator que possa aumentar o risco de recaída/crise de usuários em sofrimento mental	-0,1	0,0	0,6
39. Estar conectado a algo que extrapole a si mesmo (por exemplo, espiritualidade/religiosidade)	0,0	0,3	0,3
40. Ter esperança	0,0	0,7	0,1
41. Ter um projeto de vida	0,2	0,7	0,0
42. Ter moradia estável/lugar	0,1	0,7	0,2
43. Estar abstinente de drogas e álcool	0,1	0,5	0,2
44. Estar empregado em trabalho formal ou informal	0,1	0,4	0,4
45. Eliminar todos os sintomas psiquiátricos	0,0	0,2	0,4
46. Ter apoio familiar	0,1	0,7	0,0
47. Ter amigos ou pessoas de sua confiança e/ou parceiro ou cônjuge	0,2	0,7	0,0
48. Aderir aos tratamentos prescritos	0,1	0,7	0,0
49. Adaptar-se aos sintomas psiquiátricos	0,0	0,2	0,4
50. Ter senso de pertencimento na comunidade e valorizar sua identidade cultural e social	0,2	0,7	0,2
51. Ter o controle da própria vida/autonomia	0,1	0,6	0,3
52. Ter algo que dê sentido/significado à vida	0,1	0,6	0,2
53. Ter assistência médica e/ou assistência multiprofissional de qualidade	0,1	0,7	0,1

54. Acreditar em si mesmo como uma pessoa capaz	0,1	0,8	0,0
55. Ser financeiramente independente	0,0	0,4	0,3
56. Participar de atividades sociais recreativas/lazer	0,1	0,6	0,2
57. Ter um longo período de estabilidade (ou seja, sem crises)	0,0	0,5	0,1
58. Ter uma alimentação saudável e praticar atividade física	0,1	0,6	0,2
59. Questionar e rejeitar estereótipos sociais de usuários em sofrimento mental (por exemplo, como "paciente com doença mental" ou viciado)	0,0	0,3	0,3
60. Ser valorizado por suas atividades na comunidade	0,1	0,7	0,2

**Método de Extração:** Análise de Componente Principal

**Método de Rotação:** Varimax com Normalização de Kaiser

O modelo foi ajustado pelo método de análise dos componentes principais. Apesar de existirem várias técnicas estatísticas para a redução de fatores, a definição ou redução de fatores, neste estudo, foi realizada levando em consideração o número de fatores do instrumento original. Assim sendo, os três fatores do instrumento representam 49,1% da variância total explicada cumulativa. Nesse caso, a análise fatorial buscou confirmar a estrutura fatorial do instrumento traduzido e adaptado.

Nesse sentido, autores recomendam que os componentes principais devem apresentar autovalores  $> 1$ , portanto, os três componentes extraídos, mantidos com base na estrutura do instrumento original, são responsáveis por 49% da variação dos dados, o que é considerado adequado uma vez que 10 componentes explicariam 68%, conforme apresentado na Tabela 8 (KAISER, 1958; FRAGA, *et al.*, 2015).

TABELA 8  
Variância Total Explicada

Componentes	Valores próprios iniciais		
	Autovalores	% de variância	% cumulativa
1	15,792	29,245	29,245
2	6,992	12,949	42,193
3	3,725	6,899	49,092
4	2,405	4,453	53,546
5	1,819	3,368	56,914
6	1,544	2,860	59,774
7	1,303	2,413	62,186
8	1,243	2,302	64,488
9	1,094	2,026	66,514
10	1,015	1,880	68,395

**Método de Extração:** Análise de Componente Principal.

Após AFE, a Versão Final do Instrumento (APÊNDICE G) apresentou um total de 54 questões. Em síntese, a versão inicial do instrumento apresentava 65 questões, das quais cinco foram eliminadas pela etapa de análise de conteúdo e seis questões foram eliminadas na validação de construto, conforme apresentado na Tabela 9.

TABELA 9  
Descrição dos itens após etapas de validação de conteúdo e validação de construto, Montes Claros, 2019

<b>Domínios</b>	<b>Versão Preliminar III</b>	<b>Versão Preliminar IV</b>	<b>Versão Final</b>
Etapa	Após adaptação transcultural	Após validação de conteúdo	Após validação de construto
Domínio I	26	24	24
Domínio II	16	14	14
Domínio III	23	22	16
Total	65	60	54

**Fonte:** Elaborada pelos autores.

Para verificar a confiabilidade foi realizado o reteste do instrumento no intervalo médio de 12 dias após o teste, com 51 participantes, conforme recomendado pela literatura (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Os participantes do reteste foram os mesmos respondentes da primeira etapa da AFE. O mesmo questionário foi enviado por meio do aplicativo *WhatsApp*, após contato prévio com os participantes.

Para a verificação da consistência interna, obteve-se o coeficiente Alfa de *Cronbach* de 0,95, considerado adequado, uma vez que valores acima de 0,70 são aceitos como adequados. Utilizou-se o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) que apresentou valor de 0,849, pelo teste de correlação de *Pearson* ( $p < 0,001$ ). O resultado é considerado aceitável, porque valores entre 0,6 e 0,79 indicam uma correlação substancial e valores maiores ou iguais a 0,80 indicam correlação quase completa, conforme ocorreu neste estudo.

## 6 PRODUTOS

### 6.1 Produtos Científicos

#### 6.1.1 Artigo

Manuscrito científico do tipo artigo original intitulado **Análise das Propriedades Psicométricas do Instrumento *The Providers Survey* no Contexto Brasileiro dos Serviços de Saúde Mental** a ser submetido ao periódico científico Brazilian Journal of Psychiatry, ISSN: 1809-452X, Qualis CAPES estrato A2 na área Interdisciplinar.

Brazilian Journal of Psychiatry  
**BJP**  
 Revista Brasileira de Psiquiatria



JCR IF 2018  
**2.440**  
 Fully open access  
 No author fees



ISSN (Online): 1809-452X  
 ISSN (Print): 1516-4446

#### BRAZILIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY

Editorial contact: [editorial@abp.org.br](mailto:editorial@abp.org.br)  
 Administrative contact: [rpb@abp.org.br](mailto:rpb@abp.org.br)  
 Publicity: [comercial@abp.org.br](mailto:comercial@abp.org.br)



**ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO INSTRUMENTO *THE PROVIDERS SURVEY* NO CONTEXTO BRASILEIRO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL**

**RESUMO**

**Objetivo:** Analisar as propriedades psicométricas do instrumento The Providers Survey no contexto brasileiro dos serviços de saúde mental. **Método:** Trata-se de estudo metodológico de validação do instrumento que utilizou o checklist de COSMIN para a análise das características de validade de conteúdo, validade de construto e confiabilidade. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2019 e janeiro de 2020. A amostra para a validação de conteúdo contou com um total de 10 profissionais e, para a coleta de dados, os itens foram organizados com opções de respostas utilizando a escala Likert de 1 a 4 e, em seguida, foi feito o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). A coleta de dados para a validação de construto ocorreu online pela Plataforma Qualtrics Survey Software e foi verificada por meio da Análise Fatorial Exploratória (AFE) pelo critério de Teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o Teste de Esfericidade de Bartlett em uma amostra de 318 respondentes. Para a análise da confiabilidade, foi utilizado o teste-reteste com uma amostra de 51 respondentes por meio do coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha$ -Cr), a fim de mensurar a consistência interna e o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) para a verificação da estabilidade. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja,  $p$ -valor < 0,05. Todas as análises estatísticas foram realizadas com o uso do pacote estatístico IBM-SPSS (Statistical Package for the Social Science) software, versão 22.0 for Windows. **Resultados:** O instrumento final apresentou 54 questões. Obteve-se o IVC de 97%. Os procedimentos iniciais da Análise Fatorial Exploratória identificaram o índice de Kaiser-Meyer-Olkin de 0,901 e o Teste de Esfericidade de Bartlett com nível de significância de  $p$  < 0,001. Após a verificação da consistência interna, obteve-se o coeficiente Alfa de

Cronbach de 0,95. O Coeficiente de Correlação Intraclasse e a correlação entre as médias dos escores nos dois momentos apresentaram valor de 0,849 ( $p < 0,001$ ). **Conclusão:** O instrumento The Providers Survey, traduzido e adaptado para o idioma português, recebeu o nome de Instrumento de Avaliação do Trabalho para o Recovery em Saúde Mental (IATRE-SM) e apresentou propriedades psicométricas adequadas para a avaliação das práticas dos profissionais relacionadas ao trabalho para o Recovery dos usuários da rede de atenção psicossocial.

**Palavras-chave:** Reprodutibilidade dos Testes. Confiabilidade dos Dados. Estudo de Validação.

## **ABSTRACT**

**Objective:** This dissertation aims to analyze the psychometric properties of the instrument The Providers Survey in the Brazilian context of mental health services. **Method:** This is a methodological study to validate the instrument that used the COSMIN checklist to analyze the characteristics of content validity, construct validity and reliability. Data were collected between December 2019 and January 2020. The sample for content validation had a total of 10 professionals and, for data collection, the items were organized with response options using the Likert scale of 1 to 4 and then the Content Validity Index (CVI) was calculated. Data collection for construct validation took place online using the Qualtrics Survey Software Platform and was verified through Exploratory Factor Analysis (AFE) using the Kaiser-Meyer-Olkin Test (KMO) criterion and Bartlett's Sphericity Test in a sample of 318 respondents. For the reliability analysis, the test-retest was used with a sample of 51 respondents by means of the Cronbach's alpha coefficient ( $\alpha$ -Cr) in order to verify the internal consistency and the Intraclass Correlation Coefficient (ICC) to check the stability. The level of significance adopted for the statistical tests was 5%, or,  $p$ -value  $< 0.05$ . All statistical analyzes were performed using the statistical package



IBM-SPSS (Statistical Package for the Social Science) software, version 22.0 for Windows.

**Results:** The final instrument presented 54 questions. 97% CVI was obtained. The initial procedures of the Exploratory Factor Analysis identified the Kaiser-Meyer-Olkin index of 0.901 and Bartlett's Sphericity Test with a significance level of  $p < 0.001$ . After checking the internal consistency, Cronbach's alpha coefficient of 0.95 was obtained. The Intraclass Correlation Coefficient and the correlation between the mean scores at the two moments presented a value of 0.849 ( $p < 0.001$ ). **Conclusion:** The instrument The Providers Survey, translated and adapted to the Portuguese language, received the name of Work Evaluation Instrument for Recovery in Mental Health (IATRE-SM) and presented adequate psychometric properties for the evaluation of the professionals' practices related to the work for the recovery of users of the psychosocial care network.

**Keywords:** Reproducibility of Tests. Data Reliability. Validation Study.

## INTRODUÇÃO

Existem vários instrumentos disponíveis para a realização de estudos em diversos âmbitos relacionados aos desfechos em saúde. Para que seja possível garantir a qualidade dos resultados, é necessário que o pesquisador escolha adequadamente o instrumento a ser utilizado, sobretudo suas propriedades de medida, uma vez que a qualidade das informações mensuradas pelos instrumentos de pesquisa depende de suas características psicométricas (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

A avaliação da qualidade do instrumento é de importância sobretudo para os estudos em que se opta por elaborar ou realizar a adaptação transcultural de um instrumento já existente. Recomenda-se que, após a adaptação transcultural de um instrumento, deve-se realizar sua validação, uma vez que o objetivo dessa etapa é verificar em que medida o instrumento pode

ser considerado válido para o contexto para o qual está sendo adaptado (HUNGERBÜHLER; WANG, 2016).

Estudos indicam a adoção do *checklist Consensus-Based Standards for the Selection of health Measurement Instruments* (COSMIM), que significa “Padrões Baseados em Consenso para a Seleção de Instrumentos de Medida de Saúde” para avaliar as propriedades psicométricas de um instrumento de medida (MOKKINK *et al.*, 2010).

Esse *checklist* foi desenvolvido em um estudo de *Delphi* internacional que objetivou alcançar um consenso sobre quais propriedades deveriam ser avaliadas em eventos relacionados à saúde e desenvolver padrões para a avaliação dessas propriedades. De acordo com o estudo de elaboração do *checklist* COSMIN, as características de validade de conteúdo e de construto e a confiabilidade são domínios relevantes para a validação de instrumentos de medida (MOKKINK *et al.*, 2010; HUNGERBÜHLER; WANG, 2016).

Determinar, de forma precisa, os aspectos relacionados às medidas de validade e confiabilidade do instrumento possibilita maior garantia na qualidade dos resultados. Entretanto, vale destacar que a validade e a confiabilidade não são medidas fixas e podem variar de acordo com a população, tipo de estudo e sua finalidade (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Seguindo essas recomendações, este estudo teve como objetivo analisar as propriedades psicométricas do instrumento *The Providers Survey*, no contexto brasileiro dos serviços de saúde mental.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo metodológico e quantitativo, com o propósito de descrever o processo de validação das propriedades psicométricas do instrumento *The Providers Survey* no

contexto brasileiro dos serviços de Saúde Mental, após o processo de adaptação transcultural (ALVES, 2020).

Para o processo de validação, foi utilizado o *checklist* de *Consensus-Based Standards for the Selection of health Measurement Instruments* (COSMIN) para a análise das características de validade, objetivando verificar a validade de conteúdo, validade de construto e confiabilidade, medida que foi verificada pela consistência interna e estabilidade. De acordo com o *checklist* de COSMIN, tais características são domínios relevantes para a validação de instrumentos de medida (MOKKINK *et al.*, 2010; HUNGERBÜHLER; WANG, 2016).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) sob o Parecer nº 2.398.868. Os participantes, em todas as etapas do estudo, foram esclarecidos quanto ao objetivo e natureza da coleta de dados e concordaram com a participação a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O presente estudo contou com o consentimento do autor do instrumento original autorizando sua adaptação transcultural e sua validação para o uso no Brasil.

O instrumento *The Providers Survey* originalmente possui 85 questões distribuídas em quatro domínios e, após a adaptação transcultural, o instrumento apresentou um total de 65 questões distribuídas em três domínios com a seguinte estrutura: Domínio I abordado em 26 questões referentes aos aspectos importantes do trabalho com clientes com transtornos mentais; Domínio II abordado em 16 questões referentes aos fatores que permitem que pessoas com transtornos mentais obtenham e mantenham emprego e o Domínio III abordado em 23 questões relacionadas aos fatores que promovem a recuperação de pessoas com transtornos mentais (ALVES, 2020).

Destaca-se que a versão original do instrumento possuía um quarto domínio referente às barreiras que os provedores de emprego enfrentam ao encaminhar indivíduos com

transtornos mentais para serviços de apoio ao emprego, entretanto esse domínio foi removido no processo de adaptação transcultural por não se aplicar ao contexto brasileiro.

A coleta de dados para a avaliação das propriedades psicométricas do Instrumento *The Providers Survey*, após sua adaptação transcultural (ALVES, 2020), ocorreu no período de dezembro de 2019 e janeiro de 2020.

A etapa de validação de conteúdo do instrumento *The Providers Survey* contou com a participação de profissionais especialistas para compor o comitê de *experts*. Para tanto, foi instituído um comitê composto por profissionais especialistas/juízes, a fim de verificar a clareza e a abrangência dos itens e outros aspectos relacionados à estrutura geral e *layout* do instrumento.

Esse comitê contou com 10 especialistas da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da cidade de Montes Claros, MG, Brasil, que possuíam conhecimento acerca da temática *Recovery*, e seguiu recomendações de vários autores ao afirmarem que o comitê seja composto por, no mínimo, cinco especialistas na área (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012; ALEXANDRE; COLUCI, 2011). As instituições disponibilizaram o número de telefone desses profissionais e, em seguida, foi feito o contato prévio com cada participante, antes de enviar o questionário.

Esse questionário continha o instrumento *The Providers Survey* com 74 itens, e 65 questões, a ser avaliado pelo grupo de especialistas. O conteúdo desse instrumento se refere ao TCLE, dados de identificação do participante, tipo de serviço, função que exerce, tempo de trabalho, título do instrumento, 26 questões relacionadas às atividades dos profissionais em seu trabalho com usuários em sofrimento mental, 16 questões referentes aos componentes que permitem que os usuários em sofrimento mental obtenham e mantenham seus empregos e 23 questões relacionadas aos componentes que podem promover o restabelecimento/recuperação dos usuários em sofrimento mental

Havia, nesse questionário, um campo específico relacionado a cada item do instrumento para que cada especialista colocasse por escrito suas considerações referentes ao item avaliado para posterior adequação, a fim de facilitar o consolidado das sugestões apresentadas. Durante todo o processo de avaliação pelos especialistas, a equipe responsável por esta pesquisa esteve disponível para esclarecer dúvidas e eventuais questionamentos.

Para realizar a referida apreciação dos itens do instrumento, foi utilizada a escala de *Likert* de 1 a 4, sendo 1 o item não equivalente; 2 o item pouco equivalente que necessita de muitas revisões; 3 o item é equivalente, mas requer poucas revisões e 4 o item é totalmente equivalente. Aqueles itens do instrumento que receberam pontuação 1 ou 2 foram excluídos, conforme recomendado pela literatura (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Após a avaliação subjetiva realizada pelo grupo de especialistas, foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que mede o percentual de juízes que concordaram sobre os aspectos de cada item do instrumento (KIMBERLIN; WINTERSTEIN, 2008; ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Após essa etapa, o instrumento *The Providers Survey* apresentou um total de 69 itens, sendo 60 questões.

A seguir, foi realizada a validade de construto desse instrumento, considerada uma das mais importantes medidas de validade de instrumentos em pesquisas e tem como objetivo verificar se os itens de determinado instrumento, de fato, têm representação fidedigna e adequada do construto a ser medido (GORENSTEIN; WANG, 2016; PASQUALI, 2009).

Neste estudo, a validade de construto foi verificada por meio da Análise Fatorial Exploratória (AFE), pelo critério de teste *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e pelo Teste de Esfericidade de *Bartlett* (DZIUBAN; SHIRKEY, 1974). A validade de construto é identificada como validade fatorial e tem como principal objetivo verificar quantos fatores são suficientes para representar o construto (WORTHINGTON; WHITTAKER, 2006; GORENSTEIN; WANG, 2016; PASQUALI, 2009).

Não há consenso na literatura quanto ao número da amostra ideal para se realizar os testes referentes a AFE (LAROS, 2012; FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010). Entretanto, grande parte dos autores recomenda um número de 5 a 10 respondentes para cada item do instrumento, considerando um número mínimo de 100 respondentes (WORTHINGTON; WHITTAKER, 2006; BANDEIRA *et al.*, 2011; BAGEHOT; TAYLOR, 2008). Assim, seguiu-se essa última recomendação.

Como a versão do instrumento avaliado pelo comitê de especialistas apresentou um total de 60 questões, a amostra recomendada foi de 300 respondentes. Neste estudo, para se efetuar a Análise Fatorial Exploratória foram enviados 496 questionários aos respondentes e obteve-se uma devolução de 364 respostas. Desse total de questionários respondidos, 08 profissionais se recusaram a participar da pesquisa e 38 questionários não foram preenchidos completamente, apresentando uma taxa de perda de 26,6% (n 132). Ao final, foram coletados 318 questionários válidos.

Os respondentes alocados nessa etapa foram profissionais de saúde de nível superior, que atuam nas cidades polos das cinco microrregiões de saúde sob a jurisdição da Gerência Regional de Saúde de Montes Claros, localizada em Montes Claros, na região norte do estado de Minas Gerais, Brasil. Essa Gerência Regional possui cinco microrregiões compostas por oito cidades polos e 53 municípios, e conta com 1.036.437 habitantes, configurando-se como a maior população entre todas as nove microrregiões que compõem a Macronorte.

As instituições disponibilizaram o número de telefone de cada profissional e, em seguida, foi feito o contato com cada participante antes de enviar o questionário. A versão do instrumento, que continha também o TCLE, foi enviada pelo aplicativo *WhatsApp* aos 318 participantes. As respostas foram consolidadas na Plataforma *Qualtrics Survey Software*, que se caracteriza como uma plataforma de respostas *online*, de onde os dados foram enviados

diretamente ao programa *excel* e, posteriormente, foram exportados para o *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 22.0 *for Windows*.

O modelo foi ajustado pelo método de análise dos componentes principais. Apesar de existirem várias técnicas estatísticas para a redução de fatores, a definição ou redução de fatores no presente estudo foi realizada considerando o número de fatores do instrumento original. Após essa definição, seguiu-se a rotação da matriz, que buscou a separação variáveis entre os fatores. As rotações fatoriais buscam identificar em qual fator cada variável apresenta carga fatorial elevada mais elevada (ABDI, 2003).

Utilizou-se o método de rotação ortogonal varimax, por tratar os domínios como independentes. Na análise das comunalidades, todas as variáveis que apresentaram carga fatorial com valores superiores a 0,5 foram, portanto, mantidas para a rotação da matriz. Sendo assim, cinco questões foram eliminadas do instrumento por apresentarem valor inferior a 0,5. As cargas fatoriais para cada uma das variáveis permitiram a identificação de cada uma das variáveis com o respectivo fator. Os três fatores/componentes principais do instrumento representam 49,1% da variância total explicada cumulativa.

Foi utilizado o coeficiente alfa de *Cronbach* ( $\alpha$ -Cr) para a verificação da consistência interna e o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI), por meio do teste de correlação de *Pearson*, para a verificação da estabilidade. A consistência interna e a estabilidade são os principais procedimentos recomendados para verificar a confiabilidade de um instrumento. A consistência interna foi verificada a partir do coeficiente alfa de *Cronbach* ( $\alpha$ -Cr) e a estabilidade por meio do teste-reteste a partir do CCI (POLIT; BECK, 2011; BAKER *et al.*, 2010; SANTOS; PESSOA; ARAÚJO, 2016).

Para a análise da estabilidade, foi utilizado o teste-reteste, que permite a reprodução de um resultado no tempo e no espaço, conferindo homogeneidade e equivalência entre diferentes respondentes, garantindo, assim, um instrumento confiável para a avaliação quantitativa do que

se propõe (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; POLIT; BECK, 2011). A estabilidade do teste-reteste foi verificada por meio do Coeficiente de Correlação Intraclasse, pelo teste de correlação de *Pearson* ( $p < 0,001$ ), para uma amostra de 51 respondentes no intervalo médio de 12 dias após o teste, conforme recomendado pela literatura. A confiabilidade do teste-reteste tende a diminuir quando o intervalo de tempo é prolongado e, por esse motivo, recomenda-se que as verificações ocorram em um intervalo de 10 a 14 dias entre o teste e o reteste em uma amostra de, pelo menos, 50 respondentes (TERWEE *et al.*, 2007; KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010).

Esses 51 respondentes do reteste foram os mesmos participantes do teste na etapa de validação de construto. Foram enviados os questionários pela segunda vez para os participantes do teste até atingir o quantitativo mínimo recomendado pela literatura de 15% dos participantes (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Como a etapa do teste contou com a participação de 318 respondentes o recomendado para o reteste seria de 48 respondentes. Ao enviar o instrumento pela segunda vez, seguindo o mesmo procedimento de coleta da etapa do teste da validação de construto, os respondentes foram orientados quanto ao objetivo da etapa da pesquisa, verificando assim, a disponibilidade do participante.

A correlação de *Pearson* entre as médias dos escores para o cálculo do CCI nos dois momentos apresentou valor de  $r = 0,849$  ( $p < 0,001$ ). Considera-se correlação substancial o CCI entre 0,60 e 0,79 e, valores iguais ou acima de 0,80 caracterizam uma correlação quase completa (LEE *et al.*, 2012; SIM; WRIGHT, 2005). Após os procedimentos da AFE, a Versão Final do instrumento *The Providers Survey* apresentou 54 questões.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja,  $p\text{-valor} < 0,05$ . Todas as análises estatísticas foram realizadas com o uso do pacote estatístico IBM-*Statistical Package for the Social Science* (SPSS) software, versão 22.0 for Windows.



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a validação de conteúdo do instrumento *The Providers Survey*, este estudo contou com a participação de 10 profissionais especialistas, sendo dois médicos, um enfermeiro, um cirurgião-dentista e seis psicólogos com variadas atuações nos componentes da RAPS, com conhecimento sobre *Recovery*, para compor o comitê de juízes *experts* que realizou a validação de conteúdo do instrumento. Destaca-se que tal organização encontra-se adequada, uma vez que os autores recomendam a participação de, no mínimo, cinco especialistas na área (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012; ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O instrumento *The Providers Survey* inicial, com 74 itens e 65 questões, foi apresentado para a verificação da validação de conteúdo ao comitê de especialistas, conforme descrição dos itens que se encontram na Tabela 1. A partir do julgamento dos especialistas na área, verificou-se o grau de equivalência de cada item do instrumento em análise e foi possível mensurar o grau de relevância de cada item do instrumento em determinado constructo (BELLUCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012; HUNGERBÜHLER; WANG, 2016; ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

TABELA 1  
Resultado da avaliação dos itens após a validação de conteúdo pelo comitê de juízes experts, Montes Claros, 2019

Item	Descrição	Resultado			IVC (%)
		M	A	E	
01	Termo de consentimento		X		100
02	Dados de identificação do participante		X		100
03	Tipo de serviço em que atua		X		100
04	Função que exerce		X		100
05	Tempo de trabalho		X		100
06	Título do instrumento		X		100
07	Enunciado da Parte 1		X		100
08	Q1: Realizar acolhimento		X		100
09	Q2: Realizar atividades biopsicossociais			X	60
10	Q3: Registrar um histórico pessoal e familiar completo			X	100
11	Q4: Realizar acompanhamento de casos	X			100
12	Q5: Fornecer técnico de referência para a gestão de casos		X		100

13	Q6: Fornecer aconselhamento e/ou orientações, psicoterapia ou outras intervenções psicológicas	X	100
14	Q7: Decidir sobre a formulação do diagnóstico	X	100
15	Q8: Prescrever e/ou administrar medicamentos	X	100
16	Q9: Monitorar a adesão medicamentosa	X	100
17	Q10: Fornecer orientação e acompanhamento sobre o uso de medicamentos e efeito sobre o quadro psíquico para os usuários e/ou seus familiares	X	100
18	Q11: Identificar e abordar os estigmas e a discriminação/preconceito	X	100
19	Q12: Indicar usuários para o atendimento/o cuidado médico	X	100
20	Q13: Indicar usuários para os serviços de apoios (associações de direito e serviços públicos) para o trabalho/emprego	X	100
21	Q14: Indicar usuários para o tratamento de alcoolismo ou de uso de substâncias	X	100
22	Q15: Indicar usuários para o serviço de apoio à moradia	X	100
23	Q16: Indicar usuários para a socialização e apoio recreativo/lazer	X	100
24	Q17: Indicar usuários para o suporte jurídico	X	100
25	Q18: Envolver membros da família no apoio aos usuários	X	100
26	Q19: Fornecer apoio ao trabalho/ emprego	X	100
27	Q20: Fornecer apoio à busca por moradia	X	100
28	Q21: Proporcionar socialização e apoio recreativo/lazer	X	100
29	Q22: Fornecer apoio jurídico e legal	X	60
30	Q23: Fornecer suporte entre pares e orientações e/ou acompanhante terapêutico	X	100
31	Q24: Orientar o autocuidado e o bem-estar dos usuários	X	100
32	Q25: Fornecer tratamento para o abuso de álcool e/ou de outras substâncias	X	100
33	Q26: Abordar temas sobre violência doméstica ou outros traumas	X	100
34	Enunciado da Parte 2	X	100
35	Q27: Definir uma meta para a obtenção de um emprego competitivo	X	100
36	Q28: Incluir usuários em programas de apoio para o trabalho/ emprego, independentemente da gravidade de seus sintomas ou outras dificuldades relacionadas a um transtorno mental grave	X	100
37	Q29: Realizar uma busca rápida de empregos tão logo a pessoa demonstre interesse em trabalhar	X	100
38	Q30: Fornecer um suporte vocacional com os cuidados clínicos ao usuário	X	100
39	Q31: Ficar atento às preferências dos usuários em relação a um trabalho/ emprego	X	100
40	Q32: Fornecer busca de trabalho/ emprego sem limite de tempo e individualizada	X	40
41	Q33: Fornecer um aconselhamento personalizado sobre os benefícios (de trabalhar ou do emprego)	X	40
42	Q34: Identificar e abordar casos de discriminação no trabalho/ emprego	X	100
43	Q35: Incentivar a pessoa na busca por um trabalho/ emprego	X	100
44	Q36: Identificar e abordar visões negativas internalizadas de si mesmos que façam com que outros acreditem que não são capazes de trabalhar	X	100
45	Q37: Envolver membros da família no apoio aos esforços do usuário para buscar ou manter o emprego	X	100
46	Q38: Envolver pares para apoiar os esforços do usuário para buscar ou manter o trabalho /emprego	X	100
47	Q39: Perceber o trabalho /emprego como uma necessidade importante no <i>restabelecimento</i>	X	100
48	Q40: Perceber o emprego como fonte de estresse que deve ser evitada	X	100

49	Q41: Perceber o emprego como a oferta de um papel social de valor ou como uma fonte importante de um reforço da identidade	X	100
50	Q42: Perceber o emprego como fator que possa aumentar o risco de recaída/crise de uma pessoa	X	100
51	Enunciado da Parte 3	X	100
52	Q43: Estar conectado a algo maior do que a si mesmo (por exemplo, espiritualidade/religiosidade)	X	100
53	Q44: Ter uma percepção de esperança de vida	X	100
54	Q45: Ter moradia estável/lugar	X	100
55	Q46: Estar abstinente de drogas e álcool	X	100
56	Q47: Estar empregado em trabalho formal	X	100
57	Q48: Eliminar todos os sintomas psiquiátricos	X	100
58	Q49: Ter apoio familiar	X	100
59	Q50: Ter amigos e/ou cônjuges	X	100
60	Q51: Aderir aos tratamentos prescritos	X	100
61	Q52: Aprender a viver com sintomas psiquiátricos	X	100
62	Q53: Ter senso de pertencimento na comunidade	X	100
63	Q54: Ter o controle da própria vida/autonomia	X	100
64	Q55: Ter senso de significado na vida	X	100
65	Q56: Ter saúde de boa qualidade	X	100
66	Q57: Acreditar em si mesmo como uma pessoa capaz	X	100
67	Q58: Saber o sentido de um lar		X 40
68	Q59: Ser financeiramente independente	X	100
69	Q60: Participar de atividades sociais recreativas/lazer	X	100
70	Q61: Ter um longo período de estabilidade (ou seja, sem crises)	X	100
71	Q62: Ter uma alimentação saudável e praticar atividade física	X	100
72	Q63: Questionar e rejeitar estereótipos sociais de pessoas com transtorno mental/comportamento (por exemplo "paciente com doença mental" ou viciado)	X	100
73	Q64: Ter percepção de sua identidade cultural e valorização da identidade social	X	100
74	Q65: Ser valorizado por suas atividades na comunidade	X	100

M: Mantido

A: Alterado

E: Excluído

**Fonte:** Elaborada pelos autores

Após a avaliação subjetiva realizada pelo comitê de especialistas, seguida das sugestões e correções propostas, calculou-se o Índice de Validade de Conteúdo para verificar o percentual de juízes que concordaram com os aspectos de cada item do instrumento inicial. O IVC aceitável deve ser de, no mínimo, 0,80 e, preferencialmente, maior que 0,90 (KIMBERLIN; WINTERSTEIN, 2008; ALEXANDRE; COLUCI, 2011; POLIT; BECK, 2006; WYND; SCHMIDT; SCHAEFER, 2003). Neste estudo, obteve-se o IVC de 97%, considerado

adequado. Após esse processo, o instrumento final *The Providers Survey* apresentou um total de 69 itens, com 60 questões.

A validade de construto foi verificada por meio da Análise Fatorial Exploratória, considerada uma das mais importantes medidas de validade de instrumentos em pesquisas e objetiva verificar se os itens de determinado instrumento são, de fato, representação fidedigna e adequada do construto a ser medido (GORENSTEIN; WANG, 2016; PASQUALI, 2009).

Seguindo as recomendações quanto à constituição da amostra para se realizar a Análise Fatorial (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012; WORTHINGTON; WHITTAKER, 2006; BANDEIRA *et al.*, 2011; BAGEHOT; TAYLOR, 2008), a amostra utilizada nesta etapa do presente estudo (n=318) é considerada adequada. A Tabela 2 apresenta a caracterização dos profissionais que participaram dessa etapa, conforme idade, sexo, município de atuação, área de atuação, cargo e tempo de atuação.

Tabela 2. Caracterização dos profissionais que participaram da validação de construto, Montes Claros, 2019 (n= 318)

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
18-24	13	4,1
25-34	162	50,9
35-44	108	34,0
45-54	28	8,8
55-64	6	1,9
65-74	1	0,3
Total	318	100,0
<b>Sexo</b>		
Masculino	71	22,3
Feminino	247	77,7
Total	318	100,0
<b>Município</b>		
Montes Claros	281	88,4
Bocaiuva	3	0,9
Janaúba	2	0,6
Salinas	5	1,6
Monte Azul	2	0,6
Prefiro não responder	25	7,9
Total	318	100,0
<b>Área de Atuação</b>		

Profissionais de serviços não especializados em Saúde Mental	269	84,6
Profissionais de serviços especializados em Saúde Mental	46	14,5
Prefiro não responder	3	0,9
<b>Total</b>	<b>318</b>	<b>100,0</b>
<b>Cargo</b>		
Assistente Social	12	3,8
Cirurgião-dentista	63	19,8
Coordenador/Gerente	15	4,7
Enfermeiro(a) especialista em saúde mental	9	2,8
Enfermeiro(a) não especialista em saúde mental	119	37,4
Farmacêutico	2	0,6
Médico(a) (não psiquiatra)	62	19,5
Psiquiatra	2	0,6
Monitor de Oficina	1	0,3
Psicólogo	29	9,1
Terapeuta Ocupacional	3	0,9
Prefiro não responder	1	0,3
<b>Total</b>	<b>318</b>	<b>100,0</b>
<b>Tempo de Atuação</b>		
Menos de um ano	26	8,2
1 a 2 anos	69	21,7
3 a 5 anos	84	26,4
6 a 9 anos	64	20,1
10 anos ou mais	75	23,6
<b>Total</b>	<b>318</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** Elaborada pelos autores

A caracterização dos profissionais que participaram da etapa de validação de construto mostra um grupo jovem, de 25-34 anos (50,9%), seguido de 35-44 (34%) anos de idade; do sexo feminino (77,7%). As principais categorias profissionais participantes foram enfermeiros (37,4%), cirurgiões-dentistas (19,8%) e médicos (19,5%), distribuídos entre cinco municípios da região norte do estado de Minas Gerais com destaque para a cidade de Montes Claros (88,4%) e com 3 a 5 anos de atuação (26,4%), seguido de 10 anos ou mais (23,6%), o que evidencia a experiência na área de atuação.

A análise fatorial exploratória foi realizada para avaliar a estrutura fatorial do instrumento. Os procedimentos iniciais indicaram um índice de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) de 0,901 e o Teste de Esfericidade de *Bartlett* com nível de significância de  $p < 0,001$ , indicando,

assim, adequação da amostra e que a análise fatorial se mostrou adequada nesse processo (HAIR; ANDERSON; TATHAM, 1987).

Após essa definição, seguiu-se a rotação da matriz, que buscou a separação variáveis entre os fatores. As rotações fatoriais buscam identificar em qual fator cada variável apresenta carga fatorial elevada mais elevada (ABDI, 2003). Utilizou-se o método de rotação ortogonal varimax, por tratar os domínios como independentes, considerando somente as cargas superiores a 0,5. O método de rotação varimax é o mais comumente utilizado nas pesquisas dessa natureza (TABACHNICK; FIDELL, 2007). As cargas fatoriais para cada uma das variáveis permitiram a identificação de cada uma das variáveis com o respectivo fator.

Na análise das comunalidades, realizada para verificar a proporção de variabilidade de cada variável que é explicada pelos fatores, todas as variáveis que apresentaram carga fatorial superior a 0,5 foram, portanto, mantidas para a rotação da matriz e seis variáveis apresentaram valores inferiores a 0,5 e foram excluídas (Q39, Q44, Q45, Q49, Q55 e Q59). Os resultados da matriz de componente rotativa com extração dos três fatores (componentes) são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Matriz de componente rotativa

Variáveis	Componentes		
	1	2	3
1. Realizar acolhimento ao usuário, sua família, e/ou acompanhantes.	0,5	0,1	0,0
2. Registrar uma anamnese/histórico pessoal e familiar completo.	0,7	0,1	0,1
3. Realizar acompanhamento de casos.	0,6	0,3	0,0
4. Disponibilizar técnico de referência para a gestão de casos.	0,5	0,1	0,1
5. Ofertar aconselhamento e/ou orientações e/ou psicoterapia ou outras intervenções psicológicas.	0,6	0,1	-0,1
6. Participar da formulação do diagnóstico.	0,6	0,1	-0,1
7. Prescrever e/ou administrar medicamentos.	0,5	0,0	0,1
8. Monitorar a adesão medicamentosa.	0,6	0,1	0,1
9. Orientar quanto ao uso de medicamentos e efeito sobre o quadro psíquico do usuário para o mesmo, seus familiares e/ou acompanhantes.	0,7	0,1	0,1
10. Identificar e abordar os estigmas e a discriminação/preconceito.	0,6	0,0	0,2
11. Encaminhar usuários para o atendimento e cuidado médico.	0,6	0,2	0,0

12. Encaminhar usuários para serviços de apoio social à busca por trabalho/emprego (associações de direito e serviços públicos).	0,7	0,1	0,2
13. Fornecer apoio à busca por trabalho/emprego.	0,6	0,0	0,3
14. Encaminhar usuários para o tratamento de etilismo e/ou uso de substâncias psicoativas.	0,7	0,3	0,0
15. Fornecer tratamento para o etilismo e/ou uso de outras substâncias psicoativas.	0,6	0,2	0,0
16. Encaminhar usuários para o serviço de apoio à moradia.	0,6	0,0	0,2
17. Fornecer apoio à busca por moradia.	0,5	0,0	0,2
18. Encaminhar usuários para atividades de socialização e apoio recreativo/lazer.	0,7	0,0	0,1
19. Proporcionar atividades de socialização e apoio recreativo/lazer.	0,6	0,0	0,2
20. Encaminhar usuários para o suporte jurídico e legal.	0,5	-0,1	0,2
21. Envolver membros da família no apoio aos usuários em sofrimento mental.	0,7	0,1	0,0
22. Fornecer suporte entre pares e orientações e/ou acompanhante terapêutico.	0,7	0,1	0,1
23. Orientar quanto ao autocuidado e bem-estar dos usuários.	0,7	0,3	0,0
24. Abordar temáticas relacionadas às diversas formas de violência e ou/ outras formas de violação dos direitos.	0,7	0,1	0,2
25. Definir uma meta para a obtenção de um emprego.	0,2	0,1	0,6
26. Incluir usuários em programas de apoio para o trabalho/emprego, independentemente da gravidade de seus sintomas ou outras dificuldades presentes.	0,1	0,2	0,6
27. Realizar uma busca de empregos tão logo a pessoa demonstrar interesse em trabalhar.	0,2	0,1	0,7
28. Integrar um suporte vocacional com os cuidados clínicos ao usuário de maneira individualizada.	0,2	0,1	0,8
29. Ficar atento às preferências dos usuários em relação a um trabalho/emprego.	0,2	0,1	0,7
30. Identificar e abordar casos de discriminação no trabalho/emprego.	0,2	0,1	0,7
31. Incentivar a pessoa na busca por um trabalho/emprego.	0,2	0,3	0,5
32. Identificar e abordar visões negativas internalizadas de si mesmos que façam com que as pessoas acreditem que não são capazes de trabalhar.	0,2	0,3	0,6
33. Envolver membros da família no apoio aos esforços do usuário para buscar ou manter o emprego.	0,3	0,4	0,5
34. Envolver pares para apoiar os esforços do usuário para buscar ou manter o trabalho/emprego.	0,3	0,3	0,6
35. Perceber o trabalho /emprego como uma necessidade importante no restabelecimento do usuário.	0,2	0,4	0,6
36. Perceber o emprego como fonte de estresse que deve ser evitada.	-0,1	0,0	0,6
37. Perceber o emprego como a oferta de um papel social de valor ou como uma fonte importante de um reforço da identidade.	0,2	0,3	0,5
38. Perceber o emprego como fator que possa aumentar o risco de recaída/crise de usuários em sofrimento mental.	-0,1	0,0	0,6
39. Estar conectado a algo que extrapole a si mesmo (por exemplo, espiritualidade/religiosidade).	0,0	0,3	0,3
40. Ter esperança.	0,0	0,7	0,1

41. Ter um projeto de vida.	0,2	0,7	0,0
42. Ter moradia estável/lugar.	0,1	0,7	0,2
43. Estar abstinente de drogas e álcool.	0,1	0,5	0,2
44. Estar empregado em trabalho formal ou informal.	0,1	0,4	0,4
45. Eliminar todos os sintomas psiquiátricos.	0,0	0,2	0,4
46. Ter apoio familiar.	0,1	0,7	0,0
47. Ter amigos ou pessoas de sua confiança e/ou parceiro ou cônjuge.	0,2	0,7	0,0
48. Aderir aos tratamentos prescritos.	0,1	0,7	0,0
49. Adaptar-se aos sintomas psiquiátricos.	0,0	0,2	0,4
50. Ter senso de pertencimento na comunidade e valorizar sua identidade cultural e social.	0,2	0,7	0,2
51. Ter o controle da própria vida/autonomia.	0,1	0,6	0,3
52. Ter algo que dê sentido/significado à vida.	0,1	0,6	0,2
53. Ter assistência médica e/ou assistência multiprofissional de qualidade	0,1	0,7	0,1
54. Acreditar em si mesmo como uma pessoa capaz.	0,1	0,8	0,0
55. Ser financeiramente independente.	0,0	0,4	0,3
56. Participar de atividades sociais recreativas/lazer.	0,1	0,6	0,2
57. Ter um longo período de estabilidade (ou seja, sem crises).	0,0	0,5	0,1
58. Ter uma alimentação saudável e praticar atividade física.	0,1	0,6	0,2
59. Questionar e rejeitar estereótipos sociais de usuários em sofrimento mental (por exemplo, como "paciente com doença mental" ou viciado).	0,0	0,3	0,3
60. Ser valorizado por suas atividades na comunidade.	0,1	0,7	0,2

**Método de Extração:** Análise de Componente Principal.

**Método de Rotação:** Varimax com Normalização de Kaiser.

O modelo foi ajustado pelo método de análise dos componentes principais. Apesar de existirem várias técnicas estatísticas para a redução de fatores, a definição ou redução de fatores no presente estudo foi realizada considerando o número de fatores do instrumento original. Nesse caso, a análise fatorial buscou confirmar a estrutura fatorial do instrumento traduzido e adaptado.

Sendo assim, após a exclusão das questões com carga fatorial  $< 0,5$ , os três fatores do instrumento representam 49,1% da variância total explicada cumulativa. Autores recomendam que os Componentes Principais devem apresentar autovalores  $> 1$ . Assim, os três componentes extraídos, mantidos pela estrutura do instrumento original, são responsáveis por 49% da variação dos dados, o que é considerado adequado, uma vez que 10 componentes explicariam 68% (KAISER, 1958; FRAGA, *et al.*, 2015).



Após AFE, a Versão Final do Instrumento apresentou um total de 54 questões, conforme descrito na Figura 1. Para avaliar a confiabilidade desse instrumento final, utilizaram-se os principais procedimentos recomendados: a consistência interna verificada a partir do coeficiente alfa de *Cronbach* ( $\alpha$ -Cr) e a estabilidade a partir do teste-reteste pelo Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) (HUNGERBÜHLER; WANG, 2016, ALEXANDRE; COLUCI, 2011; POLIT; BECK, 2011; BAKER *et al.*, 2010; SANTOS; PESSOA; ARAÚJO, 2016).

Para a verificação da consistência interna, obteve-se o coeficiente Alfa de *Cronbach* de 0,95, considerado adequado, uma vez que valores acima de 0,70 são aceitos como adequados (TERWEE *et al.*, 2007; STREINER, 2003; BALBINOTTI; BARBOSA, 2008). Utilizou-se o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) que apresentou valor de 0,849, pelo teste de correlação de *Pearson* ( $p < 0,001$ ). O resultado é considerado aceitável, porque valores entre 0,6 e 0,79 indicam uma correlação substancial e valores maiores ou iguais a 0,80 indicam correlação quase completa, conforme ocorreu no presente estudo.

Após a análise das propriedades psicométricas do instrumento *The Providers Survey*, vale ressaltar que tais medidas podem variar de acordo com a mudança da população do estudo e com o contexto apresentado. Destaca-se que o contexto, organização e composição da Rede de Atenção Psicossocial de cada região do Brasil podem variar, ocasionando, assim, diferentes resultados em contextos diferentes, sendo essa uma limitação do presente estudo. Determinar, de forma precisa, os aspectos relacionados às medidas de validade e confiabilidade do instrumento possibilita maior garantia na qualidade dos resultados. Entretanto, vale esclarecer que a validade e a confiabilidade não são medidas fixas e podem variar de acordo com a população, tipo de estudo sua finalidade (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

É desejável que novos estudos sejam conduzidos em diversas regiões brasileiras com o objetivo de verificar as atitudes e/ou ações dos profissionais voltadas às práticas de incentivo e técnicas de abordagem direcionadas ao *Recovery* dos usuários dos serviços da RAPS.

**Figura 1** – Versão Final do Instrumento após análise das propriedades psicométricas, Montes Claros, 2019.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO TRABALHO PARA O *RECOVERY* EM SAÚDE MENTAL (IATRE-SM)

PARTE 1						
Indique o grau de importância das seguintes atividades em seu trabalho com usuários em sofrimento mental. (Sendo: 1-Não é importante, 2-Pouco importante, 3-Nem pouco e nem muito importante, 4-Importante, 5-Muito importante, 6-Não faz parte do meu trabalho).						
DOMÍNIO						
1. Realizar acolhimento ao usuário, sua família, e/ou acompanhantes.	1	2	3	4	5	6
2. Registrar uma anamnese/histórico pessoal e familiar completo.						
3. Realizar acompanhamento de casos.						
4. Disponibilizar técnico de referência para gestão de casos.						
5. Ofertar aconselhamento e/ou orientações ou psicoterapia/outras intervenções psicológicas.						
6. Participar da formulação do diagnóstico.						
7. Prescrever e/ou administrar medicamentos.						
8. Monitorar a adesão medicamentosa.						
9. Orientar quanto uso de medicamentos e efeito sobre o quadro psíquico do usuário para o mesmo, seus familiares e/ou acompanhantes.						
10. Identificar e abordar os estigmas e a discriminação/preconceito.						
11. Encaminhar usuários para atendimento e cuidado médico.						
12. Encaminhar usuários para serviços de apoio social à busca por trabalho/emprego (associações de direito e serviços públicos).						
13. Fornecer apoio à busca por trabalho/emprego.						
14. Encaminhar usuários para tratamento de etilismo e/ou uso de substâncias psicoativas.						
15. Fornecer tratamento para etilismo e/ou uso de outras substâncias psicoativas.						
16. Encaminhar usuários para o serviço de apoio à moradia.						
17. Fornecer apoio à busca por moradia.						
18. Encaminhar usuários para atividades de socialização e apoio recreativo/lazer.						
19. Proporcionar atividades de socialização e apoio recreativo/lazer.						
20. Encaminhar usuários para o suporte jurídico e legal.						
21. Envolver membros da família no apoio aos usuários em sofrimento mental.						
22. Fornecer suporte entre pares e orientações e/ou acompanhante terapêutico.						
23. Orientar quanto ao autocuidado e bem-estar dos usuários.						
24. Abordar temáticas relacionadas às formas de violência ou formas de violação dos direitos.						
PARTE 2						
Indique o grau de importância dos seguintes componentes para permitir que usuários em sofrimento mental obtenham e mantenham seus empregos. (Sendo: 1-Não é importante, 2-Pouco importante, 3-Nem pouco e nem muito importante, 4-Importante, 5-Muito importante, 6-Prefiro não responder).						
DOMÍNIO						
25. Definir uma meta para obtenção de um emprego.	1	2	3	4	5	6
26. Incluir usuários em programas de apoio para o trabalho/emprego, independentemente da gravidade de seus sintomas ou outras dificuldades presentes.						
PARTE 3						
Indique o grau de importância dos seguintes componentes para promover o restabelecimento/recuperação dos usuários em sofrimento mental. (Sendo: 1-Não é importante, 2-Pouco importante, 3-Nem pouco e nem muito importante, 4-Importante, 5-Muito importante, 6-Prefiro não responder).						
DOMÍNIO						
39. Ter esperança.	1	2	3	4	5	6
40. Ter um projeto de vida.						
41. Ter moradia estável/lugar.						
42. Estar abstendo de drogas e álcool.						
43. Ter apoio familiar.						
44. Ter amigos ou pessoas de sua confiança e/ou parceiro ou cônjuge.						
45. Aderir aos tratamentos prescritos.						
46. Ter senso de pertencimento na comunidade e valorizar sua identidade cultural e social.						
47. Ter o controle da própria vida/autonomia.						
48. Ter algo que dê sentido/significado à vida.						
49. Ter assistência médica e/ou assistência multiprofissional de qualidade.						
50. Acreditar em si mesmo como uma pessoa capaz.						
51. Participar de atividades sociais recreativas/lazer.						
52. Ter um longo período de estabilidade (ou seja, sem crises).						
53. Ter uma alimentação saudável e praticar atividade física.						
54. Ser valorizado por suas atividades na comunidade.						

Fonte: Elaborado pelos autores

## CONCLUSÃO

Mediante esses valores obtidos no decorrer do processo de validação do Instrumento *The Providers Survey*, pela utilização do *checklist* de COSMIN, verificou-se que a versão brasileira do instrumento apresenta validade de conteúdo, validade de construto e confiabilidade, medida que foi verificada pela consistência interna e estabilidade. Portanto, trata-se de um instrumento com um conteúdo que é capaz de explorar o fenômeno a ser estudado; seus itens têm representação fidedigna e adequada do construto a ser medido. Destaca-se que todas as suas partes medem a mesma característica, o que garante a confiabilidade do instrumento, importante medida a ser verificada em instrumentos que avaliam um construto em diversos itens e confere homogeneidade entre os diferentes respondentes, garantindo, assim, um instrumento confiável para a avaliação quantitativa do que se propõe.

O instrumento em questão recebeu o nome de **Instrumento de Avaliação do Trabalho para o Recovery em Saúde Mental** (IATRE-SM). Espera-se, a partir de sua utilização, que os Serviços de Saúde Mental do Brasil sejam orientados pelo *Recovery*, a fim de nortear ações necessárias para preparar o usuário de modo que ele consiga enfrentar a sociedade e engajar-se no seu processo de *Recovery*. Espera-se, também, que o usuário seja visto como um indivíduo capaz de integrar-se à sociedade e exercer sua autonomia, assumindo papel ativo na comunidade. Nessa perspectiva, que este estudo possa estimular pesquisas importantes sobre a percepção dos profissionais de saúde quanto à relação entre o trabalho e o restabelecimento das pessoas com transtornos mentais.

## REFERÊNCIAS

- ABDI, H. Factor rotations in factor analyses. In: LEWIS-BECK, M.; BRYMAN, A.; FUTING, T. (Orgs.), *Encyclopedia of social sciences research methods* (pp. 1-8). Thousand Oaks, CA: Sage. 2003.
- ALEXANDRE, N. M.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cien Saude Colet.*, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- ALVES, J. P. Restabelecimento da vida: a estratégia de Recovery. Montes Claros, 2020. Dissertação (Mestrado em Cuidado Primário) – Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros.
- BAGEHOT, W.; TAYLOR, M. *Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use*. OUP Oxford, 2008.
- BAKER, D. L.; MELNIKOW, J.; LY, M. Y.; SHOULTZ, J.; NIEDERHAUSER, V.; DIAZ-ESCAMILLA, R. Translation of Health Surveys Using Mixed Methods. *J Nurs Scholarsh.*, v. 42, n. 4, p. 430-438, 2010.
- BALBINOTTI, M. A. A.; BARBOSA, M. L. L. Análise da consistência interna e fatorial confirmatório do IMPRAFE-126 com praticantes de atividades físicas gaúchos. *Psico-USF*, v. 13, n. 1, p. 1-12, 2008.
- BANDEIRA, M. B.; ANDRADE, M. C. R.; COSTA, C. S.; SILVA, M. A. Percepção dos pacientes sobre o tratamento em serviços de saúde mental: validação da Escala de Mudança Percebida. *Psicol Reflexão e Crítica* [Internet], v. 24, n. 2, p. 236-244, 2011.

BELLUCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com classificação de risco. *Rev Bras Enferm*, v. 65, n. 5, p. 751, 2012.

BORSA, J. C., DAMÁSIO, B. F., BANDEIRA, D. R. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto, v. 22, n. 53, p. 423-432, Dec. 2012.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015.

DZIUBAN, C. D.; SHIRKEY, E. S. When is a correlation matrix appropriate for factor analysis. Some decision rules. *Psychol, Bull*, v. 81, p. 358-361, 1974.

FIGUEIREDO FILHO, D. B.; SILVA JÚNIOR, J. A. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Opinião Pública.*, v. 16, n. 1, p. 160-185, 2010.

FRAGA, A.B.; SILVA, F.L.; HONGYU, K.; SANTOS, D.D.S.; MURPHY, T.W.; LOPES, F.B. Multivariate analysis to evaluate genetic groups and production traits of crossbred Holstein × Zebu cows. *Trop Anim Health Prod.* p. 1-6, 2015.

GORENSTEIN, C.; WANG, Y. *Fundamentos de mensuração em saúde mental*. In: GORENSTEIN, C.; WANG, Y.; HUNGERBÜHLER, I, organizadores. Instrumentos de avaliação em saúde mental. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 1-52.

HAIR, J. F; ANDERSON, R. E; TATHAM, R. L. *Multivariate data analysis with readings*. 2 ed. New York: Macmillan, 1987

HUNGERBÜHLER, I.; WANG, Y. P. *Aspectos transculturais na adaptação de instrumentos*. In: Gorenstein, C.; Wang, Y. H. I, organizador. Instrumentos de avaliação em Saúde Mental. Porto alegre: Artmed, 2016.

KAISER, H. F. The varimax criterion for analytic rotation in fator analysis. *Psychometrika*, v. 23, n. 3.p. 187-200, 1958.

KESZEI, A. P.; NOVAK, M.; STREINER, D. L. Introduction to health measurement scales. *J Psychosom Res.*, v. 68, n. 4, p. 319-323, 2010.

KIMBERLIN, C. L.; WINTERSTEIN, A. G. Validity and reliability of measurement instruments used in research. *American Journal of Health-System Pharmacy*, v. 65, n. 23, p. 2276-2284, 2008.

LAROS, J. A. *O uso da Análise Fatorial: Algumas diretrizes para pesquisadores*. In: Pasquali L, organizador. Análise fatorial para pesquisadores. Brasília: LabPAM Saber e Tecnologia, 2012.

LEE, K. M.; LEE, J.; CHUNG, C. Y.; AHN, S.; SUNG, K. H.; KIM, T. W.; LEE, H. J.; PARK, M. S. Pitfalls and important issues in testing reliability using intraclass correlation coefficients in orthopaedic research. *Clin Orthop Surg*, v. 4, n. 2, p. 149-155, 2012.

MOKKINK, L. B.; TERWEE, C. B.; PATRICK, D. L.; ALONSO, J.; STRATFORD, P. W.; KNOL, D. L.; BOUTER, L. M.; VET, E. C. W. The COSMIN checklist for assessing the

methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *Qual Life Res.*, v. 19, n. 4, p. 539-549, 2010.

OLIVEIRA, L. B.; SOARES, F. A.; SILVEIRA, M. F.; PINHO, L.; CALDEIRA, A. P.; LEITE, M. T. S. Domestic violence on children: development and validation of an instrument to evaluate knowledge of health professional. *Rev Latino-Am Enfermagem.*, v. 24, n. 2772, p. 2-8, 2016.

PASQUALI, L. Psicometria. *Rev da Esc Enferm da USP*, v. 43 (spe), p. 992-999, 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670 p.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health.*, v. 29, n. 5, p. 489-497, 2006.

SANTOS, W. S.; PESSOA, V. S.; ARAÚJO, R. C. R. *Propriedades psicométricas*. In: GORENSTEIN, C.; WANG, Y. H. I. Instrumentos de avaliação em saúde mental. 2016. p. 22-6.

SIM, J.; WRIGHT, C. C. The kappa statistic in reliability studies: use, interpretation, and sample size requirements. *Phys Ther.* v. 85, n. 3, p. 257-268, 2005.

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 26, n. 3, p. 649-659, 2017.

STREINER, D. L. Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *J Pers Assess*, v. 80, n. 1, p. 99-103, 2003.

TERWEE, C. B.; BOT, S. D. M.; BOER, M. R.; VAN DER WINDT, D. A. W. M.; KNOL, D. L.; DEKKER, J.; BOUTER, L. M.; VET, H. C. W. Show more. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol.*, v. 60, n. 1, p. 34-42, 2007.

WORTHINGTON, R. L.; WHITTAKER, T. A. Scale Development Research: A Content Analysis and Recommendations for Best Practices. *The Counseling Psychologist*, v. 34, n. 6, p. 806-838, 2006.

WYND, C. A.; SCHMIDT, B.; SCHAEFER, M. A. Two Quantitative Approaches for Estimating Content Validity. *Western Journal of Nursing Research*, v. 25, n. 5, p. 508-518, 2003.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE II Simpósio de Atualização em Doença de Chagas

## CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE TRABALHO CIENTÍFICO

Certificamos que **Mayara Karoline Silva Lacerda** apresentou o trabalho científico intitulado **“Tradução e Adaptação Transcultural do Instrumento Providers Survey para Uso no Brasil”**, tendo como autores: **Mayara Karoline Silva Lacerda, Juliana Pereira Alves; Jucimere Fagundes Durães Rocha; Fabrine Costa Marques, Aparecida Rosângela Silveira; Maria Aparecida Vieira, Cristina Andrade Sampaio**, no I Congresso Internacional em Ciências da Saúde e II Simpósio de Atualização em Doença de Chagas realizados entre os dias 26 e 27 de novembro de 2018.

*Os trabalhos científicos deste evento foram publicados nos Anais da Revista Unimontes Científica.*

**Alfredo Maurício Batista de Paula**  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

**João Marcus Oliveira Andrade**  
Presidente da Comissão Organizadora do Evento

**Ester Cerdeira Sabino**  
Coordenadora do São Paulo-Minas Gerais Tropical Medicine Research Center (SaMi-Trop)








VIII CONGRESO  
IBEROAMERICANO  
DE INVESTIGACION  
CUALITATIVA EN  
SALUD

VIII CONGRESO IBEROAMERICANO DE  
PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE

# Certificado

Certificamos que,

o trabalho intitulado **PROCESSO DE RECOVERY: ESTUDO DE CASO A LUZ DA CARTOGRAFIA** apresentado como Comunicação Oral dos autores Juliana Pereira Alves, Mayara Karoline Silva Lacerda, Jucimere Fagundes Durães Rocha, Isabela Amorim Moura, Jaciara Aparecida Dias Santos, Juliano Arruda Silveira, Aparecida Rosângela Silveira, Cristina Andrade Sampaio foi apresentado no VIII Congresso Iberoamericano de Pesquisa Qualitativa em Saúde, realizado nos dias 04 a 06 de setembro de 2018, no Centro de Eventos Governador Luiz Henrique da Silveira em Florianópolis - Santa Catarina - Brasil.

  
Dra. Marta Lenise do Prado  
Presidente do VIII CIICS 2018

  
Dra. Denise Guerreiro V. da Silva  
Coordenadora Comitê Científico do VIII CIICS

REALIZACIÓN



Programa  
de Pós-Graduação  
em Enfermagem

PÓS GRADUAÇÃO  
EM SAÚDE COLETIVA  
INSTITUTO FEDERAL DE SÃO CARLOS

Programa  
de Pós-Graduação  
em Odontologia

APOYO



APOYO INSTITUCIONAL



## 6.2 Produto Técnico

### 6.2.1 Vídeo Educativo

Disponível em:

[https://drive.google.com/file/d/10hLY86PZI-ZD2IWuxRr\\_zUh84eu2kCde/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/10hLY86PZI-ZD2IWuxRr_zUh84eu2kCde/view?usp=sharing)





## 7 CONCLUSÃO

Mediante esses valores obtidos no decorrer do processo de validação do Instrumento *The Providers Survey*, pela utilização do *checklist* de COSMIN, verificou-se que a versão brasileira do instrumento apresenta validade de conteúdo, validade de construto e confiabilidade, medida que foi verificada pela consistência interna e estabilidade.

Portanto, trata-se de um instrumento com um conteúdo que é capaz de explorar o fenômeno a ser estudado; seus itens têm representação fidedigna e adequada do construto a ser medido. Destaca-se que todas as suas partes medem a mesma característica, o que garante a confiabilidade do instrumento, importante medida a ser verificada em instrumentos que avaliam um construto em diversos itens e confere homogeneidade entre os diferentes respondentes, garantindo, assim, um instrumento confiável para a avaliação quantitativa do que se propõe.

### 7.1 Relevância

Este estudo conclui com êxito a análise das propriedades psicométricas (validade e confiabilidade) da versão adaptada do instrumento *The Providers Survey*, o que permitiu sua validação por meio de medidas consistentes e adequadas ao construto avaliado. Trata-se de um instrumento que permite a identificação de lacunas e fatores que dificultam e/ou impedem os profissionais de trabalharem o contexto do *Recovery*, direcionado à obtenção de emprego, com os usuários dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

Nota-se a necessidade de instrumentos e ferramentas que mensurem ou norteiem as práticas dos profissionais da RAPS no que diz respeito às estratégias de *Recovery* dos pacientes, sobretudo aquelas que envolvam a obtenção de emprego, visto que tal fator pode contribuir, de maneira positiva, para o bem-estar desses usuários.

Em conclusão, o instrumento *The Providers Survey* que, após validação de conteúdo, recebeu o nome de Instrumento de Avaliação do Trabalho para o *Recovery* em Saúde Mental (IATRE-SM) apresenta níveis adequados de confiabilidade e validade.

## 7.2 Devolutiva

Como forma de devolutiva, foi apresentado um relatório (APÊNDICE H) ao coordenador da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da sede da Gerência Regional de Saúde de Montes Claros e aos gestores dos componentes da RAPS que atuam com usuários dos serviços de saúde mental. Esse relatório constitui parte essencial do compromisso do pesquisador após a realização de pesquisas e objetiva contribuir para com o trabalho dos participantes deste estudo.

No relatório de pesquisa, foram apresentados os resultados da pesquisa com destaque para os conceitos, experiências e estratégias que permitam o *Recovery* do usuário dos serviços de saúde mental com ênfase no fortalecimento de sua capacidade produtiva na sociedade e o papel dos profissionais de saúde na contribuição para com esse processo. Anexo ao relatório foi disponibilizado o vídeo informativo, elaborado como produto técnico da pesquisa, para que seja repassado aos profissionais de cada coordenação em forma de capacitação.

## 7.3 Limitações

Apesar de terem sido analisadas as propriedades psicométricas do instrumento, como validade e confiabilidade, vale ressaltar que tais medidas podem variar de acordo com a mudança da população do estudo e com o contexto apresentado. Faz-se importante considerar a organização e a composição da RAPS de cada região, já que podem ocasionar diferentes resultados. Entretanto, vale esclarecer que a validade e a confiabilidade não são medidas fixas e podem variar de acordo com a população, tipo de estudo e sua finalidade (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

É desejável que novos estudos sejam conduzidos em diversas regiões do País, com o objetivo de verificar as atitudes e/ou ações dos profissionais voltadas às práticas de incentivo e técnicas de abordagem direcionadas ao *Recovery* dos usuários dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

## REFERÊNCIAS

- ABDI, H. Factor rotations in factor analyses. In: LEWIS-BECK, M.; BRYMAN, A.; FUTING, T. (Orgs.), *Encyclopedia of social sciences research methods* (pp. 1-8). Thousand Oaks, CA: Sage. 2003.
- ALEXANDRE, N. M.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- ALVES, J. P. *Restabelecimento da vida: a estratégia de Recovery*. Montes Claros, 2020. Dissertação (Mestrado em Cuidado Primário) – Programa de Pós Graduação em Cuidado Primário em Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros.
- AMARANTE P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro (RJ): SNE/ENDP; 1995.
- ANASTÁCIO, C. C.; FURTADO, J. P. Reabilitação psicossocial e recovery: conceitos e influências nos serviços oferecidos pelo sistema de Saúde Mental. *Cad Bras Saúde Ment*, v. 4, n. 9, p. 72-83, 2012.
- ANTHONY, W. A. Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, v. 16, n. 4, 1993.
- ARBEX, D. *O holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- AYRES, A.; GHISI, M.; RIEDER, C. R. M.; MANOR, Y.; OLCHIK, M. R. Tradução e adaptação cultural do swallowing disturbance questionnaire para o português-brasileiro. *Rev CEFAC*, v. 18, n. 4, p. 828-834, 2016.
- BACCARI, I. O. P.; CAMPOS, R. T. O.; STEFANELLO, S. Recovery: revisão sistemática de um conceito. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 20, n. 1, p. 125-136, 2015.
- BAGEHOT, W.; TAYLOR, M. *Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use*. OUP Oxford, 2008.
- BAKER, D. L.; MELNIKOW, J.; LY, M. Y.; SHOULTZ, J.; NIEDERHAUSER, V.; DIAZ-ESCAMILLA, R. Translation of Health Surveys Using Mixed Methods. *J Nurs Scholarsh.*, v. 42, n. 4, p. 430-438, 2010.
- BALBINOTTI, M. A. A; BARBOSA, M. L. L. Análise da consistência interna e fatorial confirmatório do IMPRAFE-126 com praticantes de atividades físicas gaúchos. *Psico-USF*, v. 13, n. 1, p. 1-12, 2008.
- BANDEIRA, M. B.; ANDRADE, M. C. R.; COSTA, C. S.; SILVA, M. A. Percepção dos pacientes sobre o tratamento em serviços de saúde mental: validação da Escala de Mudança Percebida. *Psicol Reflexão e Crítica* [Internet], v. 24, n. 2, p. 236-244, 2011.

BEATON, D.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M. B. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

BELLUCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com classificação de risco. *Rev Bras Enferm*, v. 65, n. 5, p. 751, 2012.

BOND, G. R. *Individual placement and support (IPS) supported employment*. Oxford, UK: Oxford University Press, 2016.

BOND, G. R.; DRAKE, R. E.; BECKER, D. R. Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*, v. 11, p. 32-39, 2012.

BOND, G. R.; KUKLA, M. Is job tenure brief in individual placement and support (IPS) employment programs? *Psychiatr Serv*, v. 62, n. 8, p. 950-953, 2011.

BOND, G. R.; RESNICK, S. G.; DRAKE, R. E.; XIE, H.; MCHUGO, G. J.; BEBOUT, R. R. Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 69, n. 3, p. 489-501, 2001.

BORSA, J. C., DAMÁSIO, B. F., BANDEIRA, D. R. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto, v. 22, n. 53, p. 423-432, Dec. 2012.

BRASIL. Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. *Diário Oficial da União*, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica 11 de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. *Diário Oficial da União*, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

BRASIL. Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 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 União*, 2011.

BRASIL. Portaria 3.588 de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2017.

BREKKE, E.; LIEN, E.; DAVIDSON, L.; BIONG, S. First-person experiences of recovery in co-occurring mental health and substance use conditions. *Adv Dual Diagn.*, v. 10, n. 01, p. 13-24, 2017.

CNES – CADASTROS NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAUDE. Ministério da Saúde. Minas Gerais, 2017. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015.

COSTA, M.; BAKER, M.; DAVIDSON, L.; GIARD, J.; GUILLORN, L.; IBÁÑEZ, A. G.; WEITZ, D.; O'CONNELL, M. Provider perspectives on employment for people with serious mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, v. 63, n. 3, 2017.

DAVIDSON, L. *Living Outside Mental Illness*. Qualitative studies of recovery in Schizophrenia. New York: New York University Press, 2003.

DAVIDSON, L. The recovery movement: Implications for mental health care and enabling people to participate fully in life. *Health Affairs*, v. 35, p. 1091-1091, 2016.

DAVIDSON, L.; SCHMUTTE, T.; DINZEO, T.; HYMAN, R. A. Remission and recovery in schizophrenia: practitioner and patient perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, v. 34, n. 1, p. 5-8, 2008.

DORTAS JUNIOR, S. D.; LUPI, O.; DIAS, G. A. C.; GUIMARÃES, M. B. S.; VALLE, S. O. R. Adaptação transcultural e validação de questionários na área da saúde. *Braz J Allergy Immunol.*, v. 4, n. 1, 2016.

DRAKE, R. E.; BOND, G. R.; BECKER, D. R. Individual placement and support: an evidence-based approach to supported employment. *New York (NY)*: Oxford University Press, 2012.

DRAKE, R. E.; BOND, G. R.; GOLDMAN, H. H.; HOGAN, M. F.; KARAKUS, M. Individual Placement and Support Services Boost Employment for People with Serious Mental Illnesses, But Funding Is Lacking. *Health Aff (Millwood)*, v. 35, n. 6, p. 1098-1105, 2016.

DRAKE, R. E.; M. D.; BECKER, D. R.; BOND, G. R. Introducing Individual Placement and Support (IPS) supported employment in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, v. 73, p. 47-49, 2019.

DUARTE, T. Recovery da doença mental: uma visão para os sistemas e serviços de Saúde Mental. *Análise Psicológica*, Lisboa, v. 25, n. 1, p. 127-133, 2007.

DZIUBAN, C. D.; SHIRKEY, E. S. When is a correlation matrix appropriate for factor analysis Some decision rules. *Psychol, Bull*, v. 81, p. 358-361, 1974.

FARKAS, M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry*, Boston, v. 6, n. 2, p. 68-74, 2007.

FIELD, A. *Discovering Statistics Using SPSS*. (2. ed.), London: Sage. 2005.

FIGUEIREDO FILHO, D. B.; SILVA JÚNIOR, J. A. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Opinião Pública.*, v. 16, n. 1, p. 160-185, 2010.

FIGUEIREDO, M. L. R.; DELEVATI, D. M.; TAVARES, M. G. Entre Loucos e Manicômios: história da loucura e a Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Ciências humanas e sociais*, v. 2, n. 2, p. 121-136, 2014.

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 1. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978. 551p.

FOUCAULT, M. *História da loucura: na idade clássica*. 9.ed., São Paulo: Perspectiva, 2012.

FRAGA, A.B.; SILVA, F.L.; HONGYU, K.; SANTOS, D.D.S.; MURPHY, T.W.; LOPES, F.B. Multivariate analysis to evaluate genetic groups and production traits of crossbred Holstein × Zebu cows. *Trop Anim Health Prod.* p. 1-6, 2015.

GIUSTI, E.; BEFI-LOPES, D. M. Tradução e adaptação transcultural de instrumentos estrangeiros para o Português Brasileiro (PB). *Pró-Fono*, v. 20, n. 3, p. 207-210, 2008.

GONSALEZ, E. C. M.; ALMEIDA, K. Adaptação cultural do questionário Speech, Spatial and Qualities of Hearing Scale (SSQ) para o Português Brasileiro. *Audiol Commun Res*, v. 20, n. 3, p. 215-224, 2015.

GORENSTEIN, C.; WANG, Y. *Fundamentos de mensuração em saúde mental*. In: GORENSTEIN, C.; WANG, Y.; HUNGERBÜHLER, I, organizadores. Instrumentos de avaliação em saúde mental. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 1-52.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.14, n.1, p.297-305, 2009.

HOFFMANN, H.; JÄCKEL, D.; GLAUSER, S.; MUESER, K. T.; KUPPER, Z. Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, v. 171, n. 11, p. 1183-1190, 2014.

HUNGERBÜHLER, I.; WANG, Y. P. *Aspectos transculturais na adaptação de instrumentos*. In: Gorenstein, C.; Wang, Y. H. I, organizador. Instrumentos de avaliação em Saúde Mental. Porto alegre: Artmed, 2016.

JACOBSON, N.; GREENLEY, D. What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, Madison, v. 52, n. 4, p. 482-485, 2001.

JOHNSON-KWOCHKA, A. V.; BOND, G. R.; DRAKE, R. E.; BECKER, D. R.; GREENE, M. A. Prevalence and quality of Individual Placement and Support (IPS) supported employment in the United States. *Adm. Policy Ment. Health*, v. 44, p. 311-319, 2017.

KAISER, H. F. The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. *Psychometrika*, v. 23, n. 3, p. 187-200, 1958.

KESZEI, A. P.; NOVAK, M.; STREINER, D. L. Introduction to health measurement scales. *J Psychosom Res.*, v. 68, n. 4, p. 319-323, 2010.

KIMBERLIN, C. L.; WINTERSTEIN, A. G. Validity and reliability of measurement instruments used in research. *American Journal of Health-System Pharmacy*, v. 65, n. 23, p. 2276-2284, 2008.

KRAUS, S. W.; STEIN, C. H. Recovery-Oriented Services for Individuals with Mental Illness and Case Managers' Experience of Professional Burnout. *Community Ment Heal J Heal J.*, v. 49, p. 7-13, 2013.

LAROS, J. A. *O uso da Análise Fatorial: Algumas diretrizes para pesquisadores*. In: Pasquali L, organizador. *Análise fatorial para pesquisadores*. Brasília: LabPAM Saber e Tecnologia, 2012.

LEAL, E. M.; SERPA JÚNIOR, O. D.; MUÑOZ, N. M.; GOLDENSTEIN, N.; DELGADO, P. G. G. Psicopatologia da autonomia: a importância do conhecimento psicopatológico nos novos dispositivos de assistência psiquiátrica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 433-446, 2006.

LEE, K. M.; LEE, J.; CHUNG, C. Y.; AHN, S.; SUNG, K. H.; KIM, T. W.; LEE, H. J.; PARK, M. S. Pitfalls and important issues in testing reliability using intraclass correlation coefficients in orthopaedic research. *Clin Orthop Surg*, v. 4, n. 2, p. 149-155, 2012.

LOPES, T. S.; DAHL, C. M.; SERPA JUNIOR, O. D.; LEAL, E. M.; CAMPOS, R. T. O.; DIAZ, A. G. O Processo de Restabelecimento na Perspectiva de Pessoas com Diagnóstico de Transtornos do Espectro Esquizofrênico e de Psiquiatras na Rede Pública de Atenção Psicossocial. *Saúde Soc.* v. 21, n. 3, p. 558-571, 2012.

LORENZO-SEVA, U.; TIMMERMAN, M. E.; KIERS, H. A. The hull method for selecting the number of common factors. *Multivariate Behavioral Research*, v. 46, n. 2, p. 340-364, 2011.

MARIN, I. A perspectiva do usuário esperto e a casa *Recovery* em trieste. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 9, n. 21, p. 114-124, 2017.

MARSHALL, T.; GOLDBERG, R. W.; BRAUDE, L.; DOUGHERTY, R. H.; DANIELS, A. S.; GHOSE, S. S.; GEORGE, P.; DELPHIN-RITTMON, M. E. Supported employment: assessing the evidence. *Psychiatr Serv*, v. 65, n. 1, p. 16-23, 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção em Saúde Mental*. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006. 238 p.

MIRANDA, A. M. P.; PIMENTEL, F. A.; VILLARES, C. C. Anjos de uma asa só: processos de superação na esquizofrenia em um grupo de ajuda mútua. *Nova Perspectiva Sistêmica*, n. 48, p. 64-79, 2014.

MOKKINK, L. B.; TERWEE, C. B.; PATRICK, D. L.; ALONSO, J.; STRATFORD, P. W.; KNOL, D. L.; BOUTER, L. M.; VET, E. C. W. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *Qual Life Res.*, v. 19, n. 4, p. 539-549, 2010.

MONTANHER, M. K.; LEAL, E. M. As redes sociais na perspectiva de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia em tratamento em um CAPS de Campinas e as implicações no recovery. *Rev Ter Ocup Univ.*, v.24, n.3, p.183-190, set./dez., 2013.

MONTEIRO, F. J.; MATIAS, J. Atitudes Face ao Recovery na Doença Mental em Utilizadores e Profissionais de uma Organização Comunitária: Uma Ajuda na Planificação de Intervenções Efetivas? *Análise Psicológica*, v. 1, n. 35, p. 111-125, 2007.

MUESER, K. T.; DRAKE, R. E.; BOND, G. R. Recent advances in supported employment for people with Serious Mental Illness. *Current Opinion in Psychiatry*, v. 29, n. 3, p. 196-201, 2016.

MUÑIZ, J.; ELOSUA, P.; HAMBLETON, R. K. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. *Psicothema.*, v. 25, n. 2, p. 151-157, 2013.

OLIVEIRA, L. B.; SOARES, F. A.; SILVEIRA, M. F.; PINHO, L.; CALDEIRA, A. P.; LEITE, M. T. S. Domestic violence on children: development and validation of an instrument to evaluate knowledge of health professional. *Rev Latino-Am Enfermagem.*, v. 24, n. 2772, p. 2-8, 2016.

PASQUALI, L. Psicometria. *Rev da Esc Enferm da USP*, v. 43 (spe), p. 992-999, 2009.

PIAT, M. M. S. W.; BRIAND, C.; BATES, E. M. S. W.; LABONTÉ, L. M. S. C. Recovery Communities of Practice: An Innovative Strategy for Mental Health System Transformation. *Psychiatric Services*, v. 67, p. 10–12, 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670 p.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health.*, v. 29, n. 5, p. 489-497, 2006.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments. *Rev Saúde Pública*, v. 41, n. 4, São p. 665-673, 2007.

RIDGWAY, P. Restorying psychiatric disability: learning from first person recovery narratives. *Psychiatr Rehabil Journal*, v. 24, n. 4, p. 335-43, 2001.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. *Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: Aspectos Históricos e Metodológicos*. In: Bezerra B Júnior, Amarante P, organizadores. *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro (RJ): Relume-Dumará; 1992. p. 41- 55.

ROWE, M. *Citizenship and mental health*. New York, NY: Oxford University Press, 2015.

SANTOS, W. S.; PESSOA, V. S.; ARAÚJO, R. C. R. *Propriedades psicométricas*. In: GORENSTEIN, C.; WANG, Y. H. I. *Instrumentos de avaliação em saúde mental*. 2016. p. 22-6.



SILVEIRA, A. R.; ALMEIDA, A. P. S.; SOUZA, C. L.; PRATES, T. E. C.; RABELO, M. O.; SAMPAIO, C. A.; SILVEIRA, J. A. Recovery e Experiência Brasileira na Atenção Psicossocial: diálogos e aproximações. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 9, n. 21, p. 17-30, 2017.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de Saúde Mental. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 13, n. 4, p. 591-595, 2005.

SIM, J.; WRIGHT, C. C. The kappa statistic in reliability studies: use, interpretation, and sample size requirements. *Phys Ther.* v. 85, n. 3, p. 257-268, 2005.

STREINER, D. L. Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *J Pers Assess*, v. 80, n. 1, p. 99-103, 2003.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA). National consensus statement on mental health recovery, 2006.

TABACHNICK, B. G.; FIDELL, L. S. *Using Multivariate Statistics* (5th. ed.). Boston: Allyn and Bacon, 2007.

TERWEE, C. B.; BOT, S. D. M.; BOER, M. R.; VAN DER WINDT, D. A. W. M.; KNOL, D. L.; DEKKER, J.; BOUTER, L. M.; VET, H. C. W. Show more. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol.*, v. 60, n. 1, p. 34-42, 2007.

VASCONCELOS, E. M. As Abordagens Anglo-Saxônicas de Empoderamento e Recovery (recuperação, restabelecimento) em Saúde Mental I: uma apresentação histórica e conceitual para o leitor brasileiro. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 9, n. 21, p. 31-47, 2017.

WILD, D.; GROVE, A.; MARTIN, M.; EREMENCO, S.; MCELROY, S.; VERJEE-LORENZ, A.; ERIKSON, P. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Heal.*, v. 8, n. 2, p. 94-104, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services. 2013.

WORTHINGTON, R. L.; WHITTAKER, T. A. Scale Development Research. A Content Analysis and Recommendations for Best Practices. *Counseling Psychol.*, v. 34, n. 6, p. 806-838, 2006.

WYND, C. A.; SCHMIDT, B.; SCHAEFER, M. A. Two quantitative approaches for estimating content validity. *West J Nurs Res.*, v. 25, n. 5, p. 508-518, 2003.

ZUMPARNO, C. E.; MENDONÇA, T. M. S.; SILVA, C. H. M.; CORREIA, H.; ARNOLD, B.; PINTO, R. M. C. Adaptação transcultural e validação da escala de Saúde Global do PROMIS para a língua portuguesa. *Cad. Saúde Pública*, v. 33, n. 1, p. 1-14, 2017.

## ANEXO A

Versão original do Instrumento *The Providers Survey**The providers survey*

*Part 1.* Please indicate the degree to which each of the following activities is an important component of what you do in working with clients with serious mental illnesses (from 1 – *Not at all important*, to 5 – *Very important*, 6 – *Not part of my job*):

1. 'Conducting intake evaluations'
2. 'Carrying out biopsychosocial assessments'
3. 'Taking extensive personal and family histories'
4. 'Providing case management services'
5. 'Providing counseling, psychotherapy, or other psychological interventions'
6. 'Deciding on diagnostic formulations'
7. 'Prescribing and/or administering medications'
8. 'Monitoring medication adherence'
9. 'Providing psychoeducation about medications and illness management to clients and/or families'
10. 'Identifying and addressing stigma and discrimination'
11. 'Referring clients for medical care'
12. 'Referring clients for employment support'
13. 'Referring clients for alcohol or substance use treatment'
14. 'Referring clients for housing support'
15. 'Referring clients for socialization and recreational support'
16. 'Referring clients for advocacy, legal, or entitlements support'
17. 'Involving family members in supporting clients'
18. 'Providing employment support'
19. 'Providing housing support'
20. 'Providing socialization and recreational support'
21. 'Providing advocacy and legal support'
22. 'Providing peer support, mentoring, or health navigation'
23. 'Promoting client self-care and wellness'
24. 'Providing alcohol and/or substance abuse treatment'
25. 'Addressing domestic violence or other trauma'

*Part 2.* Please indicate the degree to which each of the following components are important in enabling clients with serious mental illnesses to obtain and maintain employment (from 1 – *Not at all important*, to 5 – *Very important*, 6 – *Don't know*):

26. 'Setting a goal of obtaining competitive employment'
27. 'Including clients in supported employment programs regardless of the severity of their symptoms or other difficulties associated with having a serious mental illness'
28. 'Conducting a rapid job search as soon as the person expresses interest in working'
29. 'Integrating vocational support with the person's clinical care'
30. 'Paying attention to client preferences with respect to employment'
31. 'Providing time unlimited and individualized job search'
32. 'Providing personalized benefit counseling'
33. 'Identifying and addressing instances of employment discrimination'
34. 'Providing encouragement for the person to seek employment'
35. 'Identifying and addressing internalized negative views of themselves that lead people to believe they are not capable of working'
36. 'Involving family members in supporting the person's efforts to seek or maintain employment'
37. 'Involving peers in supporting the person's efforts to seek or maintain employment'
38. 'Viewing employment as an important step in recovery'
39. 'Viewing employment as something that needs to wait until the person has achieved other recovery goals (e.g., clinical stability)'
40. 'Viewing employment as a source of stress that should be avoided'
41. 'Viewing employment as offering the person a valued social role or as an important source of a positive sense of identity'
42. 'Viewing employment as increasing a person's risk of relapse'

**Part 3.** Please indicate the degree to which you think each of the following items are important factors in the recovery of persons with serious mental illnesses (from 1 – *Not at all important*, to 5 – *Very important*, 6 – *Don't know*):

43. 'Being connected to something larger than oneself (e.g. sense of spirituality)'
44. 'Having a sense of hope'
45. 'Being stably housed'
46. 'Being abstinent from drugs and alcohol'
47. 'Being employed in competitive job'
48. 'Eliminating all psychiatric symptoms'
49. 'Having family support'
50. 'Having friends and/or romantic partners'
51. 'Adhering to prescribed treatments'
52. 'Learning how to live with psychiatric symptoms'
53. 'Having sense of belonging in the community'
54. 'Taking control of one's own life'
55. 'Having sense of purpose and meaning in life'
56. 'Having good quality medical care'
57. 'Believing in oneself as a capable person'
58. 'Having sense of home'
59. 'Being financially independent'
60. 'Participating in social and recreational activities'
61. 'Having an extended period of stability (i.e., free from crisis)'
62. 'Eating well and exercising'
63. 'Questioning and rejecting negative social stereotypes of persons with behavioral health condition (e.g., such as "mental patient" or addict)'
64. 'Having one's sense of cultural identity and affiliations valued and respected'
65. 'Being valued for one's contributions to the community'

**Part 4.** While you rated employment as an important factor in recovery, you also indicated that referring clients for employment support is not a major part of your role. Please rate the degree to which the following factors are barriers to making referrals for employment support (from 1 – *Not at all a barrier*, to 5 – *Very much a barrier*, 6 – *Don't know*):

66. 'My clients are too ill or disabled to work'
67. 'My clients are not interested in working'
68. 'My clients have no previous work experience'
69. 'My clients don't have the skills they would need to work'
70. 'My clients' families do not support their working'
71. 'Working would be too stressful for my clients'
72. 'Working might precipitate a relapse'
73. 'Persons with mental illnesses are discriminated against in the workplace'
74. 'Making referrals for employment support is not part of my role or job (e.g., I provide employment support directly myself)'
75. 'There is too much paperwork required in making referrals'
76. 'I used to make referrals but they never worked out'
77. 'I don't have the time it would take to make referrals'
78. 'My clients have addictions and would use their income on alcohol or other drugs'
79. 'My clients have unresolved histories of trauma that would make working extremely difficult'
80. 'My clients are disheartened from previous failures at work'
81. 'My clients are too unreliable to work'
82. 'My clients have internalized negative views of themselves that keep them from working'
83. 'My clients are too dangerous to work; employers would be afraid of them'
84. 'My clients will not accept that they have one or more behavioral health conditions'
85. 'My clients will not disclose to employers that they have one or more behavioral health conditions'

## ANEXO B

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA**

**Titulo da pesquisa:** Restabelecimento da vida: A estratégia de *Recovery* na Atenção Psicossocial

**Instituição promotora:** Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes

**Pesquisadores Responsáveis:** Juliana Pereira Alves, Jucimere Fagundes Durães Rocha, Cristina Andrade Sampaio

**Atenção:**

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

**1 Objetivo Geral:** Analisar a abordagem para o reestabelecimento da vida de usuários dos serviços de saúde mental por meio da estratégia de *Recovery* na perspectiva de profissionais da Rede de Atenção Psicossocial em cinco Microrregiões de saúde da Macro Norte de Minas Gerais, Brasil.

**2 Metodologia/ procedimento:** Trata-se de um estudo do tipo metodológico, compreendendo duas etapas: tradução, adaptação e validação da adaptação transcultural do instrumento *Providers Survey* e a segunda etapa trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de abordagem quanti-qualitativa com a proposta metodológica de Cartografia.

**3 Justificativa:** Com a realização desse estudo, pretende-se analisar sobre o reestabelecimento da vida em uma perspectiva de profissionais em Saúde Mental por meio da abordagem de *Recovery* na Atenção Psicossocial. O enfoque também desse estudo é disseminar e empoderar conhecimento sobre a temática do *Recovery*, com contribuição para políticas de Saúde Mental e significância na literatura sobre Saúde Mental.

**4 Benefícios:** Este estudo possibilitará uma melhor compreensão sobre o tema e ainda poderá trazer um conhecimento mais amplo sobre *Recovery* na Rede de atenção Psicossocial, podendo gerar dados e informações que possa subsidiar planejamento de ações de saúde para a realidade estudada.



**5 Desconforto e riscos:** Pode haver desconforto no desprendimento do tempo para responder as perguntas como também desconfortável ao responder o questionário. Os pesquisadores se comprometem em suspender a coleta de dados, caso haja algum risco físico ou moral.

**6 Danos:** O estudo não tem potencial para causar nenhum tipo de dano físico ou moral.

**7 Confidencialidade das informações:** As informações concedidas serão usadas somente para fins científicos, e os participantes da pesquisa terão identidade preservada.

**8 Compensação/Indenização:** Uma vez que não são previstos quaisquer tipos de riscos, desconfortos ou danos morais e físicos aos participantes da pesquisa, também não é prevista nenhuma forma de indenização ou recompensa.

**9 Consentimento:** Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. Em se tratando de pesquisa a ser realizada com menores de idade, responsabilizarei pela divulgação dos dados.

_____	_____	____/____/____
Pesquisador responsável	Assinatura	Data
		09/09/2017
Pesquisador responsável	Assinatura	Data

## ANEXO C

## Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MONTES CLAROS -  
UNIMONTES



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Restabelecimento da vida: A estratégia de Recovery na Atenção Psicossocial

**Pesquisador:** Jucimere Fagundes Durães Rocha

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 79227517.4.0000.5146

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.398.868

## Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo do tipo metodológico, compreendendo duas etapas: tradução, adaptação e validação da adaptação transcultural do instrumento Providers Survey e a segunda etapa trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de abordagem quanti-qualitativa com a proposta metodológica de Cartografia.

## Objetivo da Pesquisa:

Analisar a abordagem para o reestabelecimento da vida de usuários dos serviços de saúde mental por meio da estratégia de Recovery na perspectiva de profissionais da Rede de Atenção Psicossocial em cinco Microrregiões de saúde da região Macro Norte de Minas Gerais, Brasil.

## Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como mínimo, tendo em vista que demanda tempo para responder o questionário, o que poderia atrapalhar as atividades laborais dos pesquisados. Tais riscos serão minimizados da seguinte forma: a coleta de dados será agendada previamente com o participante em horário e data que lhe forem convenientes.

Benefícios:

Este estudo possibilitará uma melhor compreensão sobre o tema e ainda poderá trazer um conhecimento mais amplo sobre o Movimento do Recovery na Rede de Atenção Psicossocial,

**Endereço:** Av. Dr. Rui Braga s/n - Camp. Univers. Prof. Darcy Rib

**Bairro:** Vila Mauricéia

**CEP:** 39.401-089

**UF:** MG

**Município:** MONTES CLAROS

**Telefone:** (38)3229-8180

**Fax:** (38)3229-8103

**E-mail:** smelocosta@gmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MONTES CLAROS -  
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 2.398.868

podendo gerar dados e informações que possam subsidiar planejamento de ações de saúde para a realidade estudada.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante na área de saúde mental em cinco Microrregiões de saúde da região Macro Norte de Minas Gerais, Brasil.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados.

**Recomendações:**

Apresentação de relatório final por meio da plataforma Brasil, em "enviar notificação".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1001445.pdf	22/10/2017 17:07:35		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/10/2017 17:07:00	Jucimere Fagundes Durães Rocha	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	26/09/2017 13:57:38	Jucimere Fagundes Durães Rocha	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	26/09/2017 13:53:57	Jucimere Fagundes Durães Rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Recovery_anexos_CEP.pdf	26/09/2017 13:52:18	Jucimere Fagundes Durães Rocha	Aceito
Outros	TCI_MICROS.pdf	26/09/2017 13:51:39	Jucimere Fagundes Durães Rocha	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	26/09/2017 13:50:30	Jucimere Fagundes Durães Rocha	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MONTES CLAROS, 25 de Novembro de 2017

Assinado por:  
**SIMONE DE MELO COSTA**  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Pro<sup>o</sup> Darcy Rib  
**Bairro:** Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089  
**UF:** MG **Município:** MONTES CLAROS  
**Telefone:** (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

## ANEXO D

## Termo de Concordância da Instituição para Participação em Pesquisa

TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM  
PESQUISA

Título da pesquisa: Restabelecimento da vida: A estratégia de *Recovery* na Atenção Psicossocial

Instituição/ empresa onde será realizada a pesquisa: Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria Municipal de Saúde de Janaúba/MG

Pesquisadores responsáveis: Juliana Pereira Alves,

Jucimere Fagundes Durães Rocha

Cristina Andrade Sampaio

Endereço e telefone: Rua Rio Gurutuba, nº 310, Planalto cep 39404-675, Montes Claros Minas Gerais (38) 991192211

**Atenção:**

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que o responsável pela Instituição leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/ procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis e o seu direito de interromper o estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

**1Objetivo Geral:** Analisar a abordagem para o reestabelecimento da vida de usuários dos serviços de saúde mental por meio da estratégia de *Recovery* na perspectiva de profissionais da Rede de Atenção Psicossocial em cinco Microrregiões de saúde da Macro Norte de Minas Gerais, Brasil.

**2Metodologia/ procedimento:** Trata-se de um estudo do tipo metodológico, compreendendo duas etapas: tradução, adaptação e validação da adaptação transcultural do instrumento *Providers Surveys* a segunda etapa trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de abordagem quanti-qualitativa com a proposta metodológica de Cartografia.

**3Justificativa:** Com a realização desse estudo, pretende-se analisar sobre o reestabelecimento da vida em uma perspectiva de profissionais em Saúde Mental por meio da abordagem de *Recovery* na Atenção Psicossocial. O enfoque também desse estudo é disseminar e empoderar conhecimento sobre a temática do *Recovery*, com contribuição para políticas de Saúde Mental e significância na literatura sobre Saúde Mental.

**4Benefícios:** Este estudo possibilitará uma melhor compreensão sobre o tema e ainda poderá trazer um conhecimento mais amplo sobre *Recovery* na Rede de atenção Psicossocial, podendo gerar dados e informações que possa subsidiar planejamento de ações de saúde para a realidade estudada.

**5 Desconforto e riscos:** Pode haver desconforto no desprendimento do tempo para responder as perguntas como também desconfortável ao responder o questionário. Os pesquisadores se comprometem em suspender a coleta de dados, caso haja algum risco físico ou moral.

**6Danos:** O estudo não tem potencial para causar nenhum tipo de dano físico ou moral.

  
Rubrica do responsável pela instituição

  
Rubrica pesquisador responsável



## TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA-CONTINUAÇÃO

**Título da pesquisa:** Restabelecimento da vida: A estratégia de *Recovery* na Atenção Psicossocial  
**Instituição/ empresa onde será realizada a pesquisa:** Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria Municipal de Saúde de Janaúba/MG  
**Pesquisadores responsáveis:** Juliana Pereira Alves,

Jucimere Fagundes Durães Rocha

Cristina Andrade Sampaio

**Endereço e telefone:** Rua Rio Gurutuba, nº 310, Planalto cep 39404-675, Montes Claros Minas Gerais (38) 991192211

**7 Confidencialidade das informações:** As informações concedidas serão usadas somente para fins científicos, e os participantes da pesquisa terão identidade preservada.

**8 Compensação/Indenização:** Uma vez que não são previstos quaisquer tipos de riscos, desconfortos ou danos morais e físicos aos participantes da pesquisa, também não é prevista nenhuma forma de indenização ou recompensa.

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para a participação desta instituição/ empresa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. E que o mesmo só poderá ser aprovado nesta instituição após aprovação no Comitê de Ética da Instituição fomentadora da pesquisa.

<p><u>Cecilia Moreira Freitas</u></p> <p>Nome do responsável pela instituição</p>	<p style="text-align: center;"><u>Cecilia Moreira Freitas</u> Secretária Municipal de Saúde Janaúba/MG</p> <p>Secretário Municipal de Saúde de Janaúba</p>	<p style="text-align: center;"><u>12/09/17</u></p> <p>Data</p>
<p style="text-align: center;"><u>[Assinatura]</u></p> <p>Assinatura do responsável pela instituição</p>	<p style="text-align: center;"><u>Cecilia Moreira Freitas</u> Secretária Municipal de Saúde Janaúba/MG</p> <p>Carimbo do responsável pela instituição.</p>	<p style="text-align: center;"><u>12/09/17</u></p> <p>Data</p>
<p><u>Cristina Andrade Sampaio</u></p> <p>Nome do pesquisador responsável pela pesquisa</p>	<p style="text-align: center;"><u>[Assinatura]</u></p> <p>Assinatura do pesquisador responsável pela pesquisa</p>	<p style="text-align: center;"><u>12/09/17</u></p> <p>Data</p>



## TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

**Título da pesquisa:** Restabelecimento da vida: A estratégia de *Recovery* na Atenção Psicossocial

**Instituição/ empresa onde será realizada a pesquisa:** Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria Municipal de Saúde de Monte Azul/MG

**Pesquisadores responsáveis:** Juliana Pereira Alves,

Jucimere Fagundes Durães Rocha

Cristina Andrade Sampaio

**Endereço e telefone:** Rua Rio Gurutuba, nº 310, Planalto cep 39404-675, Montes Claros Minas Gerais (38) 991192211

### **Atenção:**

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que o responsável pela Instituição leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/ procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis e o seu direito de interromper o estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

**1 Objetivo Geral:** Analisar a abordagem para o reestabelecimento da vida de usuários dos serviços de saúde mental por meio da estratégia de *Recovery* na perspectiva de profissionais da Rede de Atenção Psicossocial em cinco Microrregiões de saúde da Macro Norte de Minas Gerais, Brasil.

**2 Metodologia/ procedimento:** Trata-se de um estudo do tipo metodológico, compreendendo duas etapas: tradução, adaptação e validação da adaptação transcultural do instrumento *Providers Surveys* a segunda etapa trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de abordagem quanti-qualitativa com a proposta metodológica de Cartografia.

**3 Justificativa:** Com a realização desse estudo, pretende-se analisar sobre o reestabelecimento da vida em uma perspectiva de profissionais em Saúde Mental por meio da abordagem de *Recovery* na Atenção Psicossocial. O enfoque também desse estudo é disseminar e empoderar conhecimento sobre a temática do *Recovery*, com contribuição para políticas de Saúde Mental e significância na literatura sobre Saúde Mental.

**4 Benefícios:** Este estudo possibilitará uma melhor compreensão sobre o tema e ainda poderá trazer um conhecimento mais amplo sobre *Recovery* na Rede de atenção Psicossocial, podendo gerar dados e informações que possa subsidiar planejamento de ações de saúde para a realidade estudada.

**5 Desconforto e riscos:** Pode haver desconforto no desprendimento do tempo para responder as perguntas como também desconfortável ao responder o questionário. Os pesquisadores se comprometem em suspender a coleta de dados, caso haja algum risco físico ou moral.

**6 Danos:** O estudo não tem potencial para causar nenhum tipo de dano físico ou moral.

  
Rubrica do responsável pela instituição

  
Rubrica pesquisador responsável

**TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM  
PESQUISA-CONTINUAÇÃO**

**Título da pesquisa:** Restabelecimento da vida: A estratégia de *Recovery* na Atenção Psicossocial

**Instituição/ empresa onde será realizada a pesquisa:** Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria Municipal de Saúde de Monte Azul/MG

**Pesquisadores responsáveis:** Juliana PereiraAlves,

Jucimere Fagundes Durães Rocha



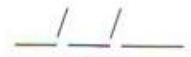


Cristina AndradeSampaio

**Endereço e telefone:** Rua Rio Gurutuba, nº 310, Planalto cep 39404-675, Montes Claros Minas Gerais (38) 991192211

**7 Confidencialidade das informações:** As informações concedidas serão usadas somente para fins científicos, e os participantes da pesquisa terão identidade preservada.

**8 Compensação/Indenização:** Uma vez que não são previstos quaisquer tipos de riscos, desconfortos ou danos morais e físicos aos participantes da pesquisa, também não é prevista nenhuma forma de indenização ou recompensa.

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para a participação desta instituição/ empresa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. E que o mesmo só poderá ser aprovado nesta instituição após aprovação no Comitê de Ética da Instituição fomentadora da pesquisa.

Nome do responsável pela instituição	 Secretário Municipal de Saúde de Monte Azul	 Data
Assinatura do responsável pela instituição	Carimbo do responsável pela instituição.	 Data
Nome do pesquisador responsável pela pesquisa	 Assinatura do pesquisador responsável pela pesquisa	 Data



## TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

**Título da pesquisa:** Restabelecimento da vida: A estratégia de *Recovery* na Atenção Psicossocial

**Instituição/ empresa onde será realizada a pesquisa:** Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria Municipal de Saúde de Francisco Sá/MG

**Pesquisadores responsáveis:** Juliana Pereira Alves,

Jucimere Fagundes Durães Rocha

Cristina Andrade Sampaio

**Endereço e telefone:** Rua Rio Gurutuba, nº 310, Planalto cep 39404-675, Montes Claros Minas Gerais (38) 991192211

### Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que o responsável pela Instituição leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/ procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis e o seu direito de interromper o estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

**1 Objetivo Geral:** Analisar a abordagem para o reestabelecimento da vida de usuários dos serviços de saúde mental por meio da estratégia de *Recovery* na perspectiva de profissionais da Rede de Atenção Psicossocial em cinco Microrregiões de saúde da Macro Norte de Minas Gerais, Brasil.

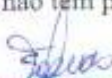
**2 Metodologia/ procedimento:** Trata-se de um estudo do tipo metodológico, compreendendo duas etapas: tradução, adaptação e validação da adaptação transcultural do instrumento *Providers Surveys* a segunda etapa trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de abordagem quanti-qualitativa com a proposta metodológica de Cartografia.

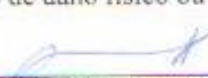
**3 Justificativa:** Com a realização desse estudo, pretende-se analisar sobre o reestabelecimento da vida em uma perspectiva de profissionais em Saúde Mental por meio da abordagem de *Recovery* na Atenção Psicossocial. O enfoque também desse estudo é disseminar e empoderar conhecimento sobre a temática do *Recovery*, com contribuição para políticas de Saúde Mental e significância na literatura sobre Saúde Mental.

**4 Benefícios:** Este estudo possibilitará uma melhor compreensão sobre o tema e ainda poderá trazer um conhecimento mais amplo sobre *Recovery* na Rede de atenção Psicossocial, podendo gerar dados e informações que possa subsidiar planejamento de ações de saúde para a realidade estudada.

**5 Desconforto e riscos:** Pode haver desconforto no desprendimento do tempo para responder as perguntas como também desconfortável ao responder o questionário. Os pesquisadores se comprometem em suspender a coleta de dados, caso haja algum risco físico ou moral.

**6 Danos:** O estudo não tem potencial para causar nenhum tipo de dano físico ou moral.

  
\_\_\_\_\_  
Rubrica do responsável pela instituição

  
\_\_\_\_\_  
Rubrica pesquisador responsável

## TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA-CONTINUAÇÃO

**Título da pesquisa:** Restabelecimento da vida: A estratégia de *Recovery* na Atenção Psicossocial

**Instituição/ empresa onde será realizada a pesquisa:** Rede Municipal de Atenção Psicossocial de Francisco Sá/MG

**Pesquisadores responsáveis:** Juliana Pereira Alves,

Jucimere Fagundes Durães Rocha

Cristina Andrade Sampaio

**Endereço e telefone:** Rua Rio Gurutuba, nº 310, Planalto cep 39404-675, Montes Claros Minas Gerais (38) 991192211

**7 Confidencialidade das informações:** As informações concedidas serão usadas somente para fins científicos, e os participantes da pesquisa terão identidade preservada.

**8 Compensação/Indenização:** Uma vez que não são previstos quaisquer tipos de riscos, desconfortos ou danos morais e físicos aos participantes da pesquisa, também não é prevista nenhuma forma de indenização ou recompensa.

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para a participação desta instituição/ empresa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. E que o mesmo só poderá ser aprovado nesta instituição após aprovação no Comitê de Ética da Instituição fomentadora da pesquisa.

Simeão Augusto de Oliveira Pires

Nome do responsável pela instituição

Secretário Municipal de Saúde de  
Francisco Sá

12/03/17

Data

[Assinatura]

Assinatura do responsável pela  
instituição

Carimbo do responsável pela  
instituição.

12/03/17

Data

Cristina Andrade Sampaio

Nome do pesquisador responsável pela  
pesquisa

[Assinatura]

Assinatura do pesquisador responsável  
pela pesquisa

04/09/2017

Data



## TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

**Título da pesquisa:** Restabelecimento da vida: A estratégia de *Recovery* na Atenção Psicossocial

**Instituição/ empresa onde será realizada a pesquisa:** Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros/MG

**Pesquisadores responsáveis:** Juliana Pereira Alves,

Jucimere Fagundes Durães Rocha

Cristina Andrade Sampaio

**Endereço e telefone:** Rua Rio Gurutuba, nº 310, Planalto cep 39404-675, Montes Claros Minas Gerais (38) 991192211

### **Atenção:**

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que o responsável pela Instituição leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/ procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis e o seu direito de interromper o estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

**1 Objetivo Geral:** Analisar a abordagem para o reestabelecimento da vida de usuários dos serviços de saúde mental por meio da estratégia de *Recovery* na perspectiva de profissionais da Rede de Atenção Psicossocial em cinco Microrregiões de saúde da Macro Norte de Minas Gerais, Brasil.


**2 Metodologia/ procedimento:** Trata-se de um estudo do tipo metodológico, compreendendo duas etapas: tradução, adaptação e validação da adaptação transcultural do instrumento *Providers Surveys* a segunda etapa trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de abordagem quanti-qualitativa com a proposta metodológica de Cartografia.

**3 Justificativa:** Com a realização desse estudo, pretende-se analisar sobre o reestabelecimento da vida em uma perspectiva de profissionais em Saúde Mental por meio da abordagem de *Recovery* na Atenção Psicossocial. O enfoque também desse estudo é disseminar e empoderar conhecimento sobre a temática do *Recovery*, com contribuição para políticas de Saúde Mental e significância na literatura sobre Saúde Mental.

**4 Benefícios:** Este estudo possibilitará uma melhor compreensão sobre o tema e ainda poderá trazer um conhecimento mais amplo sobre *Recovery* na Rede de atenção Psicossocial, podendo gerar dados e informações que possa subsidiar planejamento de ações de saúde para a realidade estudada.

**5 Desconforto e riscos:** Pode haver desconforto no desprendimento do tempo para responder as perguntas como também desconfortável ao responder o questionário. Os pesquisadores se comprometem em suspender a coleta de dados, caso haja algum risco físico ou moral.

**6 Danos:** O estudo não tem potencial para causar nenhum tipo de dano físico ou moral.

  
Rubrica do responsável pela instituição

  
Rubrica pesquisador responsável

## TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA-CONTINUAÇÃO

**Título da pesquisa:** Restabelecimento da vida: A estratégia de *Recovery* na Atenção Psicossocial

**Instituição/ empresa onde será realizada a pesquisa:** Rede Municipal de Atenção Psicossocial de Montes Claros/MG

**Pesquisadores responsáveis:** Juliana Pereira Alves,

Jucimere Fagundes Durães Rocha

Cristina Andrade Sampaio

**Endereço e telefone:** Rua Rio Gurutuba, nº 310, Planalto cep 39404-675, Montes Claros Minas Gerais (38) 991192211

**7 Confidencialidade das informações:** As informações concedidas serão usadas somente para fins científicos, e os participantes da pesquisa terão identidade preservada.

**8 Compensação/Indenização:** Uma vez que não são previstos quaisquer tipos de riscos, desconfortos ou danos morais e físicos aos participantes da pesquisa, também não é prevista nenhuma forma de indenização ou recompensa.

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para a participação desta instituição/ empresa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. E que o mesmo só poderá ser aprovado nesta instituição após aprovação no Comitê de Ética da Instituição fomentadora da pesquisa.

Dulce Pimenta Gonçalves  
Nome do responsável pela instituição

Coordenador de Saúde Mental da  
Rede Municipal de Atenção  
Psicossocial de Montes Claros

12/09/17  
Data

Dulce Pimenta Gonçalves  
Secretária Municipal de Saúde  
SUS/SMS - Montes Claros - MG

Dulce Pimenta Gonçalves  
Secretária Municipal de Saúde  
SUS/SMS - Montes Claros - MG

12/09/17  
Data

Assinatura do responsável pela  
instituição

Carimbo do responsável pela  
instituição.

Cristina Andrade Sampaio  
Nome do pesquisador responsável pela  
pesquisa

[Assinatura]  
Assinatura do pesquisador responsável  
pela pesquisa

12/09/17  
Data



## TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

**Título da pesquisa:** Restabelecimento da vida: A estratégia de *Recovery* na Atenção Psicossocial

**Instituição/ empresa onde será realizada a pesquisa:** Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria Municipal de Saúde de Bocaiúva/MG

**Pesquisadores responsáveis:** Juliana Pereira Alves,

Jucimere Fagundes Durães Rocha

Cristina Andrade Sampaio

**Endereço e telefone:** Rua Rio Gurutuba, nº 310, Planalto cep 39404-675, Montes Claros Minas Gerais (38) 991192211

### Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que o responsável pela Instituição leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/ procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis e o seu direito de interromper o estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

**1 Objetivo Geral:** Analisar a abordagem para o reestabelecimento da vida de usuários dos serviços de saúde mental por meio da estratégia de *Recovery* na perspectiva de profissionais da Rede de Atenção Psicossocial em cinco Microrregiões de saúde da Macro Norte de Minas Gerais, Brasil.

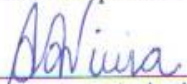
**2 Metodologia/ procedimento:** Trata-se de um estudo do tipo metodológico, compreendendo duas etapas: tradução, adaptação e validação da adaptação transcultural do instrumento *Providers Surveys* a segunda etapa trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de abordagem quanti-qualitativa com a proposta metodológica de Cartografia.

**3 Justificativa:** Com a realização desse estudo, pretende-se analisar sobre o reestabelecimento da vida em uma perspectiva de profissionais em Saúde Mental por meio da abordagem de *Recovery* na Atenção Psicossocial. O enfoque também desse estudo é disseminar e empoderar conhecimento sobre a temática do *Recovery*, com contribuição para políticas de Saúde Mental e significância na literatura sobre Saúde Mental.

**4 Benefícios:** Este estudo possibilitará uma melhor compreensão sobre o tema e ainda poderá trazer um conhecimento mais amplo sobre *Recovery* na Rede de atenção Psicossocial, podendo gerar dados e informações que possa subsidiar planejamento de ações de saúde para a realidade estudada.

**5 Desconforto e riscos:** Pode haver desconforto no desprendimento do tempo para responder as perguntas como também desconfortável ao responder o questionário. Os pesquisadores se comprometem em suspender a coleta de dados, caso haja algum risco físico ou moral.

**6 Danos:** O estudo não tem potencial para causar nenhum tipo de dano físico ou moral.

  
Rubrica do responsável pela instituição

  
Rubrica pesquisador responsável

**TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM  
PESQUISA-CONTINUAÇÃO**

**Título da pesquisa:** Restabelecimento da vida: A estratégia de *Recovery* na Atenção Psicossocial

**Instituição/ empresa onde será realizada a pesquisa:** Rede Municipal de Atenção Psicossocial de Bocaiuva/MG

**Pesquisadores responsáveis:** Juliana Pereira Alves,

Jucimere Fagundes Durães Rocha

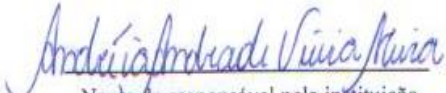



Cristina Andrade Sampaio

**Endereço e telefone:** Rua Rio Gurutuba, nº 310, Planalto cep 39404-675, Montes Claros Minas Gerais (38) 991192211

**7 Confidencialidade das informações:** As informações concedidas serão usadas somente para fins científicos, e os participantes da pesquisa terão identidade preservada.

**8 Compensação/Indenização:** Uma vez que não são previstos quaisquer tipos de riscos, desconfortos ou danos morais e físicos aos participantes da pesquisa, também não é prevista nenhuma forma de indenização ou recompensa.

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para a participação desta instituição/ empresa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. E que o mesmo só poderá ser aprovado nesta instituição após aprovação no Comitê de Ética da Instituição fomentadora da pesquisa.

 Nome do responsável pela instituição	 Secretário Municipal de Saúde de Bocaiuva	<u>12/10/2017</u> Data
 Assinatura do responsável pela instituição	<b>Andréia Andrade V. Meira</b> <b>Secretária Municipal de Saúde</b> <b>Bocaiuva - MG</b> Decreto Municipal Nº 6475/2017 Carimbo do responsável pela instituição.	<u>12/03/17</u> Data
<u>Cristina Andrade Sampaio</u> Nome do pesquisador responsável pela pesquisa	 Assinatura do pesquisador responsável pela pesquisa	<u>09/09/2017</u> Data



## TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

**Título da pesquisa:** Restabelecimento da vida: A estratégia de *Recovery* na Atenção Psicossocial

**Instituição/ empresa onde será realizada a pesquisa:** Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria Municipal de Saúde de Coração de Jesus/MG

**Pesquisadores responsáveis:** Juliana Pereira Alves,

Jucimere Fagundes Durães Rocha

Cristina Andrade Sampaio

**Endereço e telefone:** Rua Rio Gurutuba, nº 310, Planalto cep 39404-675, Montes Claros Minas Gerais (38) 991192211

### Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que o responsável pela Instituição leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/ procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis e o seu direito de interromper o estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

**1 Objetivo Geral:** Analisar a abordagem para o reestabelecimento da vida de usuários dos serviços de saúde mental por meio da estratégia de *Recovery* na perspectiva de profissionais da Rede de Atenção Psicossocial em cinco Microrregiões de saúde da Macro Norte de Minas Gerais, Brasil.

**2 Metodologia/ procedimento:** Trata-se de um estudo do tipo metodológico, compreendendo duas etapas: tradução, adaptação e validação da adaptação transcultural do instrumento *Providers Surveys* a segunda etapa trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de abordagem quanti-qualitativa com a proposta metodológica de Cartografia.

**3 Justificativa:** Com a realização desse estudo, pretende-se analisar sobre o reestabelecimento da vida em uma perspectiva de profissionais em Saúde Mental por meio da abordagem de *Recovery* na Atenção Psicossocial. O enfoque também desse estudo é disseminar e empoderar conhecimento sobre a temática do *Recovery*, com contribuição para políticas de Saúde Mental e significância na literatura sobre Saúde Mental.

**4 Benefícios:** Este estudo possibilitará uma melhor compreensão sobre o tema e ainda poderá trazer um conhecimento mais amplo sobre *Recovery* na Rede de atenção Psicossocial, podendo gerar dados e informações que possa subsidiar planejamento de ações de saúde para a realidade estudada.

**5 Desconforto e riscos:** Pode haver desconforto no desprendimento do tempo para responder as perguntas como também desconfortável ao responder o questionário. Os pesquisadores se comprometem em suspender a coleta de dados, caso haja algum risco físico ou moral.

**6 Danos:** O estudo não tem potencial para causar nenhum tipo de dano físico ou moral.

  
 Rubrica do responsável pela Instituição  
 Edina de Fátima Rodrigues Lopes  
 Secretária Municipal de Saúde  
 Coração de Jesus - MG

  
 Rubrica pesquisador responsável

**TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM  
PESQUISA-CONTINUAÇÃO**

**Título da pesquisa:** Restabelecimento da vida: A estratégia de *Recovery* na Atenção Psicossocial

**Instituição/ empresa onde será realizada a pesquisa:** Rede Municipal de Atenção Psicossocial de Coração de Jesus/MG

**Pesquisadores responsáveis:** Juliana Pereira Alves,

Jucimere Fagundes Durães Rocha

Cristina Andrade Sampaio


**Endereço e telefone:** Rua Rio Gurutuba, nº 310, Planalto cep 39404-675, Montes Claros Minas Gerais (38) 991192211

**7 Confidencialidade das informações:** As informações concedidas serão usadas somente para fins científicos, e os participantes da pesquisa terão identidade preservada.

**8 Compensação/Indenização:** Uma vez que não são previstos quaisquer tipos de riscos, desconfortos ou danos morais e físicos aos participantes da pesquisa, também não é prevista nenhuma forma de indenização ou recompensa.

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para a participação desta instituição/ empresa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. E que o mesmo só poderá ser aprovado nesta instituição após aprovação no Comitê de Ética da Instituição fomentadora da pesquisa.

Edinaldo Rodrigues Lopes  
Nome do responsável pela instituição

  
Secretário Municipal de Saúde de  
Coração de Jesus  
Secretário Municipal de Saúde  
Coração de Jesus - MG


12/03/17  
Data

Assinatura do responsável pela  
instituição

Carimbo do responsável pela  
instituição.

1/1  
Data

Cristina Andrade Sampaio  
Nome do pesquisador responsável pela  
pesquisa

  
Assinatura do pesquisador responsável  
pela pesquisa

09/09/2017  
Data



## TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

**Título da pesquisa:** Restabelecimento da vida: A estratégia de *Recovery* na Atenção Psicossocial  
**Instituição/ empresa onde será realizada a pesquisa:** Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria Municipal de Saúde de Salinas/MG

**Pesquisadores responsáveis:** Juliana Pereira Alves,  
Jucimere Fagundes Durães Rocha  
Cristina Andrade Sampaio

**Endereço e telefone:** Rua Rio Gurutuba, nº 310, Planalto cep 39404-675, Montes Claros Minas Gerais (38) 991192211

### Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que o responsável pela Instituição leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/ procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis e o seu direito de interromper o estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

**1 Objetivo Geral:** Analisar a abordagem para o reestabelecimento da vida de usuários dos serviços de saúde mental por meio da estratégia de *Recovery* na perspectiva de profissionais da Rede de Atenção Psicossocial em cinco Microrregiões de saúde da Macro Norte de Minas Gerais, Brasil.

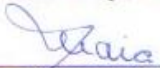
**2 Metodologia/ procedimento:** Trata-se de um estudo do tipo metodológico, compreendendo duas etapas: tradução, adaptação e validação da adaptação transcultural do instrumento *Providers Surveys* a segunda etapa trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de abordagem quanti-qualitativa com a proposta metodológica de Cartografia.

**3 Justificativa:** Com a realização desse estudo, pretende-se analisar sobre o reestabelecimento da vida em uma perspectiva de profissionais em Saúde Mental por meio da abordagem de *Recovery* na Atenção Psicossocial. O enfoque também desse estudo é disseminar e empoderar conhecimento sobre a temática do *Recovery*, com contribuição para políticas de Saúde Mental e significância na literatura sobre Saúde Mental.

**4 Benefícios:** Este estudo possibilitará uma melhor compreensão sobre o tema e ainda poderá trazer um conhecimento mais amplo sobre *Recovery* na Rede de atenção Psicossocial, podendo gerar dados e informações que possa subsidiar planejamento de ações de saúde para a realidade estudada.

**5 Desconforto e riscos:** Pode haver desconforto no desprendimento do tempo para responder as perguntas como também desconfortável ao responder o questionário. Os pesquisadores se comprometem em suspender a coleta de dados, caso haja algum risco físico ou moral.

**6 Danos:** O estudo não tem potencial para causar nenhum tipo de dano físico ou moral.

  
 Rubrica do responsável pela instituição

  
 Rubrica pesquisador responsável

## TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA-CONTINUAÇÃO

**Título da pesquisa:** Restabelecimento da vida: A estratégia de *Recovery* na Atenção Psicossocial

**Instituição/ empresa onde será realizada a pesquisa:** Rede Municipal de Atenção Psicossocial de Salinas/MG

**Pesquisadores responsáveis:** Juliana Pereira Alves,

Jucimere Fagundes Durães Rocha

Cristina Andrade Sampaio

**Endereço e telefone:** Rua Rio Gurutuba, nº 310, Planalto cep 39404-675, Montes Claros Minas Gerais (38) 991192211

**7 Confidencialidade das informações:** As informações concedidas serão usadas somente para fins científicos, e os participantes da pesquisa terão identidade preservada.

**8 Compensação/Indenização:** Uma vez que não são previstos quaisquer tipos de riscos, desconfortos ou danos morais e físicos aos participantes da pesquisa, também não é prevista nenhuma forma de indenização ou recompensa.

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para a participação desta instituição/ empresa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. E que o mesmo só poderá ser aprovado nesta instituição após aprovação no Comitê de Ética da Instituição fomentadora da pesquisa.

 Nome do responsável pela instituição	 Secretário Municipal de Saúde de Salinas	<u>12/03/17</u> Data
---	---	-------------------------

 Assinatura do responsável pela instituição	 Carimbo do responsável pela instituição.	<u>12/03/17</u> Data
---	---	-------------------------

<u>Cristina Andrade Sampaio</u> Nome do pesquisador responsável pela pesquisa	 Assinatura do pesquisador responsável pela pesquisa	<u>04/04/2017</u> Data
--	---	---------------------------



## TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

**Título da pesquisa:** Restabelecimento da vida: A estratégia de *Recovery* na Atenção Psicossocial

**Instituição/ empresa onde será realizada a pesquisa:** Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria Municipal de Saúde de Taiobeiras/MG

**Pesquisadores responsáveis:** Juliana Pereira Alves,

Jucimere Fagundes Durães Rocha

Cristina Andrade Sampaio

**Endereço e telefone:** Rua Rio Gurutuba, nº 310, Planalto cep 39404-675, Montes Claros Minas Gerais (38) 991192211

### Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que o responsável pela Instituição leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/ procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis e o seu direito de interromper o estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

**1 Objetivo Geral:** Analisar a abordagem para o reestabelecimento da vida de usuários dos serviços de saúde mental por meio da estratégia de *Recovery* na perspectiva de profissionais da Rede de Atenção Psicossocial em cinco Microrregiões de saúde da Macro Norte de Minas Gerais, Brasil.

**2 Metodologia/ procedimento:** Trata-se de um estudo do tipo metodológico, compreendendo duas etapas: tradução, adaptação e validação da adaptação transcultural do instrumento *Providers Surveys* a segunda etapa trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de abordagem quanti-qualitativa com a proposta metodológica de Cartografia.

**3 Justificativa:** Com a realização desse estudo, pretende-se analisar sobre o reestabelecimento da vida em uma perspectiva de profissionais em Saúde Mental por meio da abordagem de *Recovery* na Atenção Psicossocial. O enfoque também desse estudo é disseminar e empoderar conhecimento sobre a temática do *Recovery*, com contribuição para políticas de Saúde Mental e significância na literatura sobre Saúde Mental.

**4 Benefícios:** Este estudo possibilitará uma melhor compreensão sobre o tema e ainda poderá trazer um conhecimento mais amplo sobre *Recovery* na Rede de atenção Psicossocial, podendo gerar dados e informações que possa subsidiar planejamento de ações de saúde para a realidade estudada.

**5 Desconforto e riscos:** Pode haver desconforto no desprendimento do tempo para responder as perguntas como também desconfortável ao responder o questionário. Os pesquisadores se comprometem em suspender a coleta de dados, caso haja algum risco físico ou moral.

**6 Danos:** O estudo não tem potencial para causar nenhum tipo de dano físico ou moral.




**TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM  
PESQUISA-CONTINUAÇÃO**

**Título da pesquisa:** Restabelecimento da vida: A estratégia de *Recovery* na Atenção Psicossocial

**Instituição/ empresa onde será realizada a pesquisa:** Rede Municipal de Atenção Psicossocial de Taiobeiras/MG

**Pesquisadores responsáveis:** Juliana Pereira Alves,

Jucimere Fagundes Durães Rocha

Cristina Andrade Sampaio

**Endereço e telefone:** Rua Rio Gurutuba, nº 310, Planalto cep 39404-675, Montes Claros Minas Gerais (38) 991192211

**7 Confidencialidade das informações:** As informações concedidas serão usadas somente para fins científicos, e os participantes da pesquisa terão identidade preservada.

**8 Compensação/Indenização:** Uma vez que não são previstos quaisquer tipos de riscos, desconfortos ou danos morais e físicos aos participantes da pesquisa, também não é prevista nenhuma forma de indenização ou recompensa.

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para a participação desta instituição/ empresa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. E que o mesmo só poderá ser aprovado nesta instituição após aprovação no Comitê de Ética da Instituição fomentadora da pesquisa.

 _____ Nome do responsável pela instituição	 _____ Secretário Municipal de Saúde de Taiobeiras	<u>12/09/17</u> _____ Data
--	--	----------------------------------

_____ Assinatura do responsável pela instituição	_____ Carimbo do responsável pela instituição.	<u>  /  /  </u> _____ Data
--	--	----------------------------------

 _____ Nome do pesquisador responsável pela	 _____ Assinatura do pesquisador responsável	<u>04/09/2017</u> _____ Data
--	---	------------------------------------

## APÊNDICE A

### Versão Preliminar I

#### INSTRUMENTO *PROVIDERS SURVEY*

*(Usuários de Serviço Saúde Mental) (Serviço Saúde Mental)*

#### PARTE 1

Indicar o grau de importância em que cada uma das seguintes atividades é um componente importante no que você faz com usuários de serviço de saúde mental. (sendo que 1 – Não é importante, até 5 - Muito importante. 6 - Não faz parte do meu trabalho)

1. Realizar acolhimento
2. Realizar atividades biopsicossociais. Realizar escuta dos aspectos biopsicossociais
3. Registrar um histórico pessoal e familiar completo
4. Realizar acompanhamento de casos
5. Fornecer técnico de referência para gestão de casos
6. Fornecer aconselhamento e/ou orientações, psicoterapia ou outras intervenções psicológicas
7. Decidir sobre a formulação do diagnóstico. Estabelecer Hipótese diagnóstica
8. Prescrever e/ou administrar medicamentos
9. Monitorar a adesão medicamentosa
10. Fornecer orientação e acompanhamento sobre o uso de medicamentos e efeito sobre o quadro psíquico para os usuários e/ou seus familiares
11. Identificar e abordar os estigmas e a discriminação/preconceito
12. Indicar - usuários para o atendimento/o cuidado médico
13. Indicar usuários para os serviços de apoios (associações de direito e serviços públicos) para o trabalho/emprego
14. Indicar usuários para tratamento de alcoolismo ou do uso de substâncias
15. Indicar usuários para o serviço de apoio à moradia
16. Indicar usuários para a socialização e apoio recreativo/lazer
17. Indicar usuários para o suporte jurídico
18. Envolver membros da família no apoio aos usuários
19. Fornecer apoio ao trabalho/emprego
20. Fornecer apoio à busca por moradia

21. Proporcionar socialização e apoio recreativo/lazer
22. Fornecer apoio jurídico e legal
23. Fornecer suporte entre pares e orientações e/ou acompanhante terapêutico
24. Orientar o autocuidado e o bem-estar dos usuários
25. Fornecer tratamento para o abuso de álcool e/ou de outras substâncias
26. Abordar temas sobre violência doméstica ou outros traumas

## PARTE 2

Indique em que grau cada um dos seguintes componentes são importantes para permitir que usuários com transtornos mentais graves obtenham e mantenham seus trabalhos/ empregos. (de 1–Não é importante, até 5 - Muito importante. 6 –Não sei)

27. Definir uma meta para obtenção de um emprego competitivo
28. Incluir usuários em programas de apoio para o trabalho/ emprego, independentemente da gravidade de seus sintomas ou outras dificuldades presentes a possuir um transtorno mental grave.
29. Realizar uma busca rápida de empregos tão logo a pessoa demonstrar interesse em trabalhar
30. Fornecer um suporte vocacional com os cuidados clínicos ao usuário
31. Ficar atento às preferências dos usuários em relação a um trabalho/ emprego
32. Fornecer uma busca de trabalho/emprego sem limite de tempo e individualizada
33. Fornecer um aconselhamento personalizado sobre os benefícios (de trabalhar ou do emprego)
34. Identificar e abordar casos de discriminação no trabalho/emprego
35. Incentivar a pessoa na busca por um trabalho/emprego
36. Identificar e abordar visões negativas internalizadas de si mesmos que faça com que as pessoas acreditem que não são capazes de trabalhar
37. Envolver membros da família no apoio aos esforços do usuário para buscar ou manter o emprego
38. Envolver pares para apoiar os esforços do usuário para buscar ou manter o trabalho /emprego
39. Perceber o trabalho /emprego como uma necessidade importante no *restabelecimento*
40. Perceber o emprego trabalho /emprego como fonte de estresse que deve ser evitada



41. Perceber o emprego trabalho/emprego como a oferta de um papel social de valor ou como uma fonte importante de um reforço da identidade
42. Perceber o emprego trabalho /emprego como fator que possa aumentar o risco de recaída/crise de uma pessoa

### **PARTE 3**

Indique o grau em que você acredita que cada um dos seguintes itens são fatores importantes na recuperação de pessoas com transtornos mentais graves (de 1–Não é importante, até 5 - Muito importante. 6 –Não sei)

43. Estar conectado a algo maior do que a si mesmo (por exemplo, espiritualidade/religiosidade)
44. Ter uma percepção de esperança de vida
45. Ter moradia estável/lugar
46. Estar abstinente de drogas e álcool
47. Estar empregado em trabalho formal
48. Eliminar todos os sintomas psiquiátricos
49. Ter apoio familiar
50. Ter amigos e/ou cônjuges
51. Aderir aos tratamentos prescritos
52. Aprender a viver com sintomas psiquiátricos
53. Ter senso de pertencimento na comunidade
54. Ter o controle da própria vida/autonomia
55. Ter senso de significado na vida
56. Ter saúde de boa qualidade
57. Acreditar em si mesmo como uma pessoa capaz
58. Saber o sentido de um lar
59. Ser financeiramente independente
60. Participar de atividades sociais recreativas/lazer
61. Ter um longo período de estabilidade (ou seja, sem crises)
62. Ter uma alimentação saudável e praticar atividade física
63. Questionar e rejeitar estereótipos sociais de pessoas com transtorno mental/comportamento (por exemplo, como "paciente com doença mental" ou viciado)
64. Ter percepção de sua identidade cultural e valorização da identidade social
65. Ser valorizado por suas para a comunidade


**PARTE 4**

Quando você classificou o emprego como um fator importante no restabelecimento, você também considerou que indicar usuários ao apoio ao emprego (serviço de suporte ao emprego) não é uma parte importante do seu trabalho. Por favor, avalie o grau que os seguintes fatores representam empecilhos para fazer referência para o serviço de suporte ao emprego. (de 1–Não é uma barreira, até 5 –É uma grande barreira. 6 –Não sei)

66. Meus usuários são muito doentes ou estão incapacitados para trabalhar
67. Meus usuários não estão interessados em trabalhar
68. Meus usuários não possuem experiência anterior com trabalho/emprego
69. Meus usuários não possuem as habilidades necessárias para trabalhar
70. As famílias dos meus usuários não os apoiam para o trabalho
71. Trabalhar seria muito estressante para os meus usuários
72. O trabalho pode precipitar uma recaída/crise
73. Pessoas com transtornos mentais são discriminadas no local de trabalho
74. Fazer indicação para o serviço de suporte ao emprego não faz parte do meu papel ou não é a minha função
75. Há muita burocracia necessária para fazer indicações
76. Eu costumava fazer indicações, mas elas nunca funcionaram
77. Não tenho o tempo necessário para fazer indicações
78. Meus usuários são viciados e usariam seu salário com álcool ou outras drogas
79. Meus usuários têm históricos de trauma não superados que tornariam o trabalho extremamente difícil
80. Meus usuários estão desencorajados por fracassos em trabalhos/ empregos anteriores
81. Meus usuários não são confiáveis para trabalhar
82. Meus usuários têm visões negativas internalizadas de si mesmos que os impedem de trabalhar
83. Meus usuários são muito perigosos para trabalhar; os empregadores teriam medo deles
84. Meus usuários não aceitarão que eles tenham um ou mais transtorno mental
85. Meus usuários não revelarão aos empregadores que eles têm um ou mais transtornos mentais

## APÊNDICE B

### Versão Preliminar II

Área de atuação _____ Pós-Graduação: _____ Tempo de Serviço: _____ Idade: _____ Local: _____						
<b>INSTRUMENTO PROVIDERS SURVEY</b>						
<b>PARTE I</b>						
Indicar o grau de importância de cada uma das seguintes atividades do seu trabalho com usuários de saúde mental (sendo que 1 – Não é importante, até 5 - Muito importante. 6 - Não faz parte do meu trabalho)						
Perguntas	Não é importante -		Muito importante +			Não faz parte do meu trabalho
						
	1	2	3	4	5	6
1. Realizar acolhimento						
2. Realizar atividades biopsicossociais						
3. Registrar um histórico pessoal e familiar completo						
4. Realizar acompanhamento de casos						
5. Fornecer técnico de referência para gestão de casos						
6. Fornecer aconselhamento e/ou orientações, psicoterapia ou outras intervenções psicológicas						
7. Decidir sobre a formulação do diagnóstico						
8. Prescrever e/ou administrar medicamentos						
9. Monitorar a adesão medicamentosa						
10. Fornecer orientação e acompanhamento sobre o uso de medicamentos e efeito sobre o quadro psíquico para os usuários e/ou seus familiares						
11. Identificar e abordar os estigmas e a discriminação/preconceito						
12. Indicar usuários para o atendimento/o cuidado médico						
13. Indicar usuários para os serviços de apoios (associações de direito e serviços públicos)para o trabalho/emprego						
14. Indicar usuários para tratamento de alcoolismo ou do uso de substâncias						
15. Indicar usuários para o serviço de apoio à moradia						
16. Indicar usuários para a socialização e apoio recreativo/lazer						
17. Indicar usuários para o suporte jurídico						
18. Envolver membros da família no apoio aos usuários						
19. Fornecer apoio ao trabalho/ emprego						
20. Fornecer apoio à busca por moradia						
21. Proporcionar socialização e apoio recreativo/lazer						
22. Fornecer apoio jurídico e legal						
23. Fornecer suporte entre pares e orientações e/ou acompanhante terapêutico						
24. Orientar o autocuidado e o bem-estar dos usuários						
25. Fornecer tratamento para o abuso de álcool e/ou de outras substâncias						
26. Abordar temas sobre violência doméstica ou outros traumas						

PARTE 2						
Indique em que grau cada um dos seguintes componentes são importantes para permitir que usuários com transtornos mentais graves obtenham e mantenham seus trabalhos/ empregos. (de 1–Não é importante, até 5 - Muito importante. 6 –Não sei)						
Perguntas	Não é importante -		Muito importante +			Não sei
	1	2	3	4	5	6
27. Definir uma meta para obtenção de um emprego competitivo						
28. Incluir usuários em programas de apoio para o trabalho/ emprego, independentemente da gravidade de seus sintomas ou outras dificuldades presentes a possuir um transtorno mental grave.						
29. Realizar uma busca rápida de empregos tão logo a pessoa demonstrar interesse em trabalhar						
30. Fornecer um suporte vocacional com os cuidados clínicos ao usuário						
31. Ficar atento às preferências dos usuários em relação a um trabalho/ emprego						
32. Fornecer uma busca de trabalho/ emprego sem limite de tempo e individualizada						
33. Fornecer um aconselhamento personalizado sobre os benefícios (de trabalhar ou do emprego)						
34. Identificar e abordar casos de discriminação no trabalho/ emprego						
35. Incentivar a pessoa na busca por um trabalho/ emprego						
36. Identificar e abordar visões negativas internalizadas de si mesmos que faça com que as pessoas acreditem que não são capazes de trabalhar						
37. Envolver membros da família no apoio aos esforços do usuário para buscar ou manter o emprego						
38. Envolver pares para apoiar os esforços do usuário para buscar ou manter o trabalho /emprego						
39. Perceber o trabalho /emprego como uma necessidade importante no restabelecimento						
40. Perceber o emprego como fonte de estresse que deve ser evitada						
41. Perceber o emprego como a oferta de um papel social de valor ou como uma fonte importante de um reforço da identidade						
42. Perceber o emprego como fator que possa aumentar o risco de recaída/crise de uma pessoa						

<b>PARTE 3</b>						
Indique o grau em que você acredita que cada um dos seguintes itens são fatores importantes na recuperação de pessoas com transtornos mentais graves (de 1–Não é importante, até 5 - Muito importante. 6 –Não sei).						
Perguntas	Não é importante -	Muito importante +			Não faz parte do meu trabalho	
	1	2	3	4		
43. Estar conectado a algo maior do que a si mesmo (por exemplo, espiritualidade/religiosidade)						
44. Ter uma percepção de esperança de vida						
45. Ter moradia estável/lugar						
46. Estar abstinente de drogas e álcool						
47. Estar empregado em trabalho formal						
48. Eliminar todos os sintomas psiquiátricos						
49. Ter apoio familiar						
50. Ter amigos e/ou cônjuges						
51. Aderir aos tratamentos prescritos						
52. Aprender a viver com sintomas psiquiátricos						
53. Ter senso de pertencimento na comunidade						
54. Ter o controle da própria vida/autonomia						
55. Ter senso de significado na vida						
56. Ter saúde de boa qualidade						
57. Acreditar em si mesmo como uma pessoa capaz						
58. Saber o sentido de um lar						
59. Ser financeiramente independente						
60. Participar de atividades sociais recreativas/lazer						
61. Ter um longo período de estabilidade (ou seja, sem crises)						
62. Ter uma alimentação saudável e praticar atividade física						
63. Questionar e rejeitar estereótipos sociais de pessoas com transtorno mental/comportamento (por exemplo, como "paciente com doença mental" ou viciado)						
64. Ter percepção de sua identidade cultural e valorização da identidade social						
65. Ser valorizado por suas atividades na comunidade						

## APÊNDICE C

### Versão Preliminar III

#### *The Providers Survey*

#### **PARTE 1**

Indicar o grau de importância de cada uma das seguintes atividades do seu trabalho com usuários de saúde mental (*sendo que 1 – muito pouco importante, 2-pouco importante,3-nem pouco importante nem muito importante,4-importante,5-Muito importante,6-Não faz parte do meu trabalho,7-Prefiro não responder*)

1. Realizar acolhimento
2. Realizar atividades biopsicossociais
3. Registrar um histórico pessoal e familiar completo
4. Realizar acompanhamento de casos
5. Fornecer técnico de referência para a gestão de casos
6. Fornecer aconselhamento e/ou orientações, psicoterapia ou outras intervenções psicológicas
7. Decidir sobre a formulação do diagnóstico
8. Prescrever e/ou administrar medicamentos
9. Monitorar a adesão medicamentosa
10. Fornecer orientação e acompanhamento sobre o uso de medicamentos e efeito sobre o quadro psíquico para os usuários e/ou seus familiares
11. Identificar e abordar os estigmas e a discriminação/preconceito
12. Indicar usuários para o atendimento/o cuidado médico
13. Indicar usuários para os serviços de apoios (associações de direito e serviços públicos) para o trabalho/emprego
14. Indicar usuários para o tratamento de alcoolismo ou de uso de substâncias
15. Indicar usuários para o serviço de apoio à moradia
16. Indicar usuários para a socialização e apoio recreativo/lazer
17. Indicar usuários para o suporte jurídico
18. Envolver membros da família no apoio aos usuários
19. Fornecer apoio ao trabalho/ emprego
20. Fornecer apoio à busca por moradia
21. Proporcionar socialização e apoio recreativo/lazer
22. Fornecer apoio jurídico e legal
23. Fornecer suporte entre pares e orientações e/ou acompanhante terapêutico
24. Orientar o autocuidado e o bem-estar dos usuários
25. Fornecer tratamento para o abuso de álcool e/ou de outras substâncias
26. Abordar temas sobre violência doméstica ou outros traumas

#### **PARTE 2**

Indique em que grau cada um dos seguintes componentes são importantes para permitir que usuários com transtornos mentais graves obtenham e mantenham seus trabalhos/ empregos. (*sendo que 1 – muito pouco importante, 2-pouco importante,3-nem pouco importante nem muito importante,4-importante,5-Muito importante,6-Não faz parte do meu trabalho,7-Prefiro não responder*)

27. Definir uma meta para a obtenção de um emprego competitivo
28. Incluir usuários em programas de apoio para o trabalho/ emprego, independentemente da gravidade de seus sintomas ou outras dificuldades relacionadas a um transtorno mental grave
29. Realizar uma busca rápida de empregos tão logo a pessoa demonstre interesse em trabalhar
30. Fornecer um suporte vocacional com os cuidados clínicos ao usuário
31. Ficar atento às preferências dos usuários em relação a um trabalho/ emprego

- 
32. Fornecer uma busca de trabalho/ emprego sem limite de tempo e individualizada
- 
33. Fornecer um aconselhamento personalizado sobre os benefícios (de trabalhar ou do emprego)
- 
34. Identificar e abordar casos de discriminação no trabalho/ emprego
- 
35. Incentivar a pessoa na busca por um trabalho/ emprego
- 
36. Identificar e abordar visões negativas internalizadas de si mesmos que façam com que outros acreditem que não são capazes de trabalhar
- 
37. Envolver membros da família no apoio aos esforços do usuário para buscar ou manter o emprego
- 
38. Envolver pares para apoiar os esforços do usuário para buscar ou manter o trabalho /emprego
- 
39. Perceber o trabalho /emprego como uma necessidade importante no *restabelecimento*
- 
40. Perceber o emprego como fonte de estresse que deve ser evitada
- 
41. Perceber o emprego como a oferta de um papel social de valor ou como uma fonte importante de um reforço da identidade
- 
42. Perceber o emprego como fator que possa aumentar o risco de recaída/crise de uma pessoa
- 

### PARTE 3

Indique o grau em que você acredita que cada um dos seguintes itens são fatores importantes na recuperação de pessoas com transtornos mentais graves (*sendo que 1 - muito pouco importante, 2 - pouco importante, 3 - nem pouco importante nem muito importante, 4 - importante, 5 - Muito importante, 6 - Não faz parte do meu trabalho, 7 - Prefiro não responder*)

- 
43. Estar conectado a algo maior do que a si mesmo (por exemplo, espiritualidade/religiosidade)
- 
44. Ter uma percepção de esperança de vida
- 
45. Ter moradia estável/lugar
- 
46. Estar abstinente de drogas e álcool
- 
47. Estar empregado em trabalho formal
- 
48. Eliminar todos os sintomas psiquiátricos
- 
49. Ter apoio familiar
- 
50. Ter amigos e/ou cônjuges
- 
51. Aderir aos tratamentos prescritos
- 
52. Aprender a viver com sintomas psiquiátricos
- 
53. Ter senso de pertencimento na comunidade
- 
54. Ter o controle da própria vida/autonomia
- 
55. Ter senso de significado na vida
- 
56. Ter saúde de boa qualidade
- 
57. Acreditar em si mesmo como uma pessoa capaz
- 
58. Saber o sentido de um lar
- 
59. Ser financeiramente independente
- 
60. Participar de atividades sociais recreativas/lazer
- 
61. Ter um longo período de estabilidade (ou seja, sem crises)
- 
62. Ter uma alimentação saudável e praticar atividade física
- 
63. Questionar e rejeitar estereótipos sociais de pessoas com transtorno mental/comportamento (por exemplo, como "paciente com doença mental" ou viciado)
- 
64. Ter percepção de sua identidade cultural e valorização da identidade social
- 
65. Ser valorizado por suas atividades na comunidade
-

## APÊNDICE D

### Versão Preliminar III – Versão para Validação de Conteúdo

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

**Título da pesquisa:** Restabelecimento da vida: A estratégia de *Recovery* na Atenção Psicossocial  
**Instituição/ empresa onde será realizada a pesquisa:** Rede Municipal de Atenção Psicossocial das cidades polos das Microrregiões de Saúde da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros/MG.  
**Pesquisadores Responsáveis:** Aparecida Rosângela Silveira, Cristina Andrade Sampaio, Juliana Pereira Alves, Jucimere Fagundes Durães Rocha, Mayara Karoline Silva Lacerda, Maria Aparecida Vieira  
**Endereço e telefone:** Rua Rio Gurutuba, nº 310, Planalto CEP: 39404-675, Montes Claros Minas Gerais (38) 991192211

Caro Participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada “Restabelecimento da vida: A estratégia de *Recovery* na Atenção Psicossocial”, referente a um projeto de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes.

O objetivo do presente trabalho é *analisar a abordagem para o reestabelecimento da vida de usuários dos serviços de saúde mental por meio da estratégia de Recovery* na perspectiva de profissionais da Rede de Atenção Psicossocial e Atenção Primária em cinco Microrregiões de saúde da Macro Norte de Minas Gerais, Brasil.

Sua forma de participação consiste em responder um questionário semiestruturado. O tempo gasto para você responder a todas as questões será de 10 a 20 minutos.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato. Não será cobrado valor algum para a execução desta pesquisa, não haverá gastos e não estão previstos ressarcimentos ou indenizações.

Nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como risco mínimo, tendo em vista a demanda de tempo para responder o questionário, sendo este minimizado pelo formato *on line* dessa aplicação.

É esperado como benefício da sua participação possibilitar uma melhor compreensão sobre *Recovery* na Rede de Atenção Psicossocial e na Atenção Primária, podendo gerar dados e informações que possam subsidiar planejamento de ações e saúde. O resultado dessa pesquisa ficará disponível para consulta em formato digital para aqueles participantes que disponibilizarem o endereço eletrônico.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma e sem prejuízo. Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Confirmando que este texto me esclareceu os objetivos desta pesquisa, bem como a forma da minha participação. As alternativas para minha participação também foram claras. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Não concordo em participar dessa pesquisa

\_\_\_\_\_  
Nome Completo

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

1. REFERENTE AO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO				
DISCORDO		CONCORDO		Comentários/Sugestões
1 Não equivalente	2 Grandes revisões	3 Poucas revisões	4 Totalmente equivalente	



## IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Primeiro, gostaríamos de fazer algumas perguntas a seu respeito:

A. Nome completo: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

B. Idade \_\_\_\_\_

C. Gênero:

- Masculino
- Feminino

D. Escolaridade

- Ensino Fundamental
- Ensino Médio
- Graduação
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-doutorado

E. Em qual estado/município você trabalha? (se preferir não responder, escreva prefiro não responder) \_\_\_\_\_

2. REFERENTE AOS ITENS "A" A "E"				Comentários/Sugestões
DISCORDO		CONCORDO		
1 Não equivalente	2 Grandes revisões	3 Poucas revisões	4 Totalmente equivalente	

F. Em qual tipo de serviço você trabalha? (favor marcar todas as respostas que se aplicam a você)

- Ambulatório especializado em outra área (diferente de psiquiatria/saúde mental)
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- Centro de Saúde
- Equipe da Atenção Básica (eAB)
- Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP)
- Equipe de Consultório na Rua (eCnR)
- Equipe de Saúde Bucal (eSB)
- Equipe de Saúde da Família (eSF)
- Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)
- Equipe de Saúde da Família Fluvial (eSFF)
- Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS)
- Gestão
- Hospital Geral: leito de saúde mental
- Hospital Psiquiátrico
- Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)
- Serviços de Atenção em Regime Residencial (Comunidades Terapêuticas)
- Serviço Residencial Terapêutico
- Unidade de Acolhimento
- Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
- Outro tipo de serviço (favor especificar) \_\_\_\_\_
- Prefiro não responder

3. REFERENTE AO ITEM "F"				Comentários/Sugestões
DISCORDO		CONCORDO		
1 Não equivalente	2 Grandes revisões	3 Poucas revisões	4 Totalmente equivalente	

**G. Qual é o trabalho que você exerce:**

- Agente Comunitário de Saúde
- Assistente de Comunicação/Recepcionista
- Assistente Executivo/Assistente Administrativo
- Assistente Social
- Cirurgião-dentista
- Cuidador/auxiliar de educador
- Educador Físico(a)
- Enfermeiro especialista em saúde mental
- Enfermeiro (a) (não especialista em saúde mental)
- Farmacêutico(a)
- Fisioterapeuta(a)
- Fonoaudiólogo(a)
- Gerente de serviço/Chefe de Unidade
- Gestão municipal e/ou estadual de saúde/saúde mental
- Médico(a) (não psiquiatra)
- Médico(a) psiquiatra
- Monitor de oficina
- Nutricionista
- Pedagogo
- Psicólogo(a)
- Técnico(a) de referência
- Técnico(a)/Auxiliar de enfermagem
- Técnico(a)/Auxiliar de saúde bucal
- Terapeuta Ocupacional
- Zeladoria/Serviços gerais
- Outro tipo de serviço (favor especificar) \_\_\_\_\_
- Prefiro não responder

4. REFERENTE AO ITEM "G"				
DISCORDO		CONCORDO		Comentários/Sugestões
1 Não equivalente	2 Grandes revisões	3 Poucas revisões	4 Totalmente equivalente	

**H. Há quantos anos você exerce este trabalho?**

- Há menos de 1 ano
- De 1 a 2 anos
- De 3 a 5 anos
- De 6 a 9 anos
- Há 10 anos ou mais
- Prefiro não responder

5. REFERENTE AO ITEM "H"				
DISCORDO		CONCORDO		Comentários/Sugestões
1 Não equivalente	2 Grandes revisões	3 Poucas revisões	4 Totalmente equivalente	

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO TRABALHO PARA O RECOVERY EM SAÚDE MENTAL  
(PROVIDERS SURVEY)**

6. REFERENTE AO TÍTULO				
DISCORDO		CONCORDO		Comentários/Sugestões
1 Não equivalente	2 Grandes revisões	3 Poucas revisões	4 Totalmente equivalente	

7. PARTE 1	DISCORDO		CONCORDO	
	1	2	3	4
Indicar o grau de importância de cada uma das seguintes atividades do seu trabalho com usuários de saúde mental (sendo 1 - Não é importante, 2 - Pouco importante, 3 - Nem pouco nem muito importante, 4 - Importante, 5 - Muito importante, 6 - Não faz parte do meu trabalho, 7 - Prefiro não responder).				
<b>DOMINIO</b>	DISCORDO		CONCORDO	
	1	2	3	4
8. Realizar acolhimento				
9. Realizar atividades biopsicossociais				
10. Registrar um histórico pessoal e familiar completo				
11. Realizar acompanhamento de casos				
12. Fornecer técnico de referência para gestão de casos				
13. Fornecer aconselhamento e/ou orientações, psicoterapia ou outras intervenções psicológicas				
14. Decidir sobre a formulação do diagnóstico				
15. Prescrever e/ou administrar medicamentos				
16. Monitorar a adesão medicamentosa				
17. Fornecer orientação e acompanhamento sobre o uso de medicamentos e efeito sobre o quadro psíquico para os usuários e/ou seus familiares				
18. Identificar e abordar os estigmas e a discriminação/preconceito				
19. Indicar usuários para o atendimento/o cuidado médico				
20. Indicar usuários para os serviços de apoios (associações de direito e serviços públicos) para o trabalho/emprego				
21. Indicar usuários para tratamento de alcoolismo ou do uso de substâncias				
22. Indicar usuários para o serviço de apoio à moradia				
23. Indicar usuários para a socialização e apoio recreativo/lazer				
24. Indicar usuários para o suporte jurídico				
25. Envolver membros da família no apoio aos usuários				
26. Fornecer apoio ao trabalho/ emprego				
27. Fornecer apoio à busca por moradia				
28. Proporcionar socialização e apoio recreativo/lazer				
29. Fornecer apoio jurídico e legal				
30. Fornecer suporte entre pares e orientações e/ou acompanhante terapêutico				
31. Orientar o autocuidado e o bem-estar dos usuários				
32. Fornecer tratamento para o abuso de álcool e/ou de outras substâncias				
33. Abordar temas sobre violência doméstica ou outros traumas				

34. PARTE 2	DISCORDO		CONCORDO	
	1	2	3	4
Indique em que grau cada um dos seguintes componentes são importantes para permitir que usuários com transtornos mentais graves obtenham e mantenham seus trabalhos/ empregos (sendo 1 - Não é importante, 2 - Pouco importante, 3 - Nem pouco nem muito importante, 4 - Importante, 5 - Muito importante, 6 - Não faz parte do meu trabalho, 7 - Prefiro não responder).				
DOMINIO	DISCORDO		CONCORDO	
	1	2	3	4
35. Definir uma meta para obtenção de um emprego competitivo				
36. Incluir usuários em programas de apoio para o trabalho/ emprego, independentemente da gravidade de seus sintomas ou outras dificuldades presentes a possuir um transtorno mental grave.				
37. Realizar uma busca rápida de empregos tão logo a pessoa demonstrar interesse em trabalhar				
38. Fornecer um suporte vocacional com os cuidados clínicos ao usuário				
39. Ficar atento às preferências dos usuários em relação a um trabalho/ emprego				
40. Fornecer uma busca de trabalho/ emprego sem limite de tempo e individualizada				
41. Fornecer um aconselhamento personalizado sobre os benefícios (de trabalhar ou do emprego)				
42. Identificar e abordar casos de discriminação no trabalho/ emprego				
43. Incentivar a pessoa na busca por um trabalho/ emprego				
44. Identificar e abordar visões negativas internalizadas de si mesmos que faça com que as pessoas acreditem que não são capazes de trabalhar				
45. Envolver membros da família no apoio aos esforços do usuário para buscar ou manter o emprego				
46. Envolver pares para apoiar os esforços do usuário para buscar ou manter o trabalho /emprego				
47. Perceber o trabalho /emprego como uma necessidade importante no <i>restabelecimento</i>				
48. Perceber o emprego como fonte de estresse que deve ser evitada				
49. Perceber o emprego como a oferta de um papel social de valor ou como uma fonte importante de um reforço da identidade				
50. Perceber o emprego como fator que possa aumentar o risco de recaída/crise de uma pessoa				

51. PARTE 3	DISCORDO		CONCORDO	
	1	2	3	4
Indique em que grau cada um dos seguintes componentes são importantes para permitir que usuários com transtornos mentais graves obtenham e mantenham seus empregos (sendo 1 - Não é importante, 2 - Pouco importante, 3 - Nem pouco nem muito importante, 4 - Importante, 5 - Muito importante, 6 - Não sei).				
DOMINIO	DISCORDO		CONCORDO	
	1	2	3	4
52. Estar conectado a algo maior do que a si mesmo (por exemplo, espiritualidade/religiosidade)				
53. Ter uma percepção de esperança de vida				
54. Ter moradia estável/lugar				
55. Estar abstinente de drogas e álcool				
56. Estar empregado em trabalho formal				
57. Eliminar todos os sintomas psiquiátricos				
58. Ter apoio familiar				
59. Ter amigos e/ou cônjuges				
60. Aderir aos tratamentos prescritos				
61. Aprender a viver com sintomas psiquiátricos				
62. Ter senso de pertencimento na comunidade				
63. Ter o controle da própria vida/autonomia				
64. Ter senso de significado na vida				
65. Ter saúde de boa qualidade				
66. Acreditar em si mesmo como uma pessoa capaz				
67. Saber o sentido de um lar				
68. Ser financeiramente independente				
69. Participar de atividades sociais recreativas/lazer				
70. Ter um longo período de estabilidade (ou seja, sem crises)				
71. Ter uma alimentação saudável e praticar atividade física				
72. Questionar e rejeitar estereótipos sociais de pessoas com transtorno mental/comportamento (por exemplo, como "paciente com doença mental" ou viciado)				
73. Ter percepção de sua identidade cultural e valorização da identidade social				
74. Ser valorizado por suas atividades na comunidade				

Alternativas →	1	2	3	4	Total
Total de Respostas →					740

OBRIGADA POR SUA CONTRIBUIÇÃO!

## APÊNDICE E

### Cálculo do Índice de Validade de Conteúdo - IVC

1. REFERENTE AO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO				
DISCORDO		CONCORDO		Comentários/Sugestões
1	2	3	4	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
Não equivalente	Grandes revisões	Poucas revisões 01 RESPOSTAS	Totalmente equivalente 09 RESPOSTAS	
2. REFERENTE AOS ITENS "A" A "E"				
DISCORDO		CONCORDO		Comentários/Sugestões
1	2	3	4	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
Não equivalente	Grandes revisões	Poucas revisões 01 RESPOSTA	Totalmente equivalente 09 RESPOSTAS	
3. REFERENTE AO ITEM "F"				
DISCORDO		CONCORDO		Comentários/Sugestões
1	2	3	4	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
Não equivalente	Grandes revisões	Poucas revisões 02 RESPOSTAS	Totalmente equivalente 08 RESPOSTAS	
4. REFERENTE AO ITEM "G"				
DISCORDO		CONCORDO		Comentários/Sugestões
1	2	3	4	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
Não equivalente	Grandes revisões	Poucas revisões 04 RESPOSTAS	Totalmente equivalente 06 RESPOSTAS	
5. REFERENTE AO ITEM "H"				
DISCORDO		CONCORDO		Comentários/Sugestões
1	2	3	4	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
Não equivalente	Grandes revisões	Poucas revisões 01 RESPOSTA	Totalmente equivalente 09 RESPOSTAS	
6. REFERENTE AO TÍTULO				
DISCORDO		CONCORDO		Comentários/Sugestões
1	2	3	4	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
Não equivalente	Grandes revisões	Poucas revisões 04 RESPOSTAS	Totalmente equivalente 06 RESPOSTAS	
7. PARTE 1 - ENUNCIADO DOMÍNIO I				
DISCORDO		CONCORDO		Comentários/Sugestões
1	2	3	4	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
Não equivalente	Grandes revisões	Poucas revisões 02 RESPOSTAS	Totalmente equivalente 08 RESPOSTAS	
8. QUESTÃO 01 (DOMÍNIO I)				
DISCORDO		CONCORDO		Comentários/Sugestões
1	2	3	4	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
Não equivalente	Grandes revisões	Poucas revisões 01 RESPOSTA	Totalmente equivalente 09 RESPOSTAS	
9. QUESTÃO 02 (DOMÍNIO I)				
DISCORDO		CONCORDO		Comentários/Sugestões
1	2	3	4	GRANDES REVISÕES. ITEM EXCLUÍDO
Não equivalente 02 RESPOSTAS	Grandes revisões 02 RESPOSTAS	Poucas revisões 01 RESPOSTA	Totalmente equivalente 05 RESPOSTAS	
10. QUESTÃO 03 (DOMÍNIO I)				
DISCORDO		CONCORDO		Comentários/Sugestões
1	2	3	4	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
Não equivalente	Grandes revisões	Poucas revisões 02 RESPOSTAS	Totalmente equivalente 08 RESPOSTAS	
11. QUESTÃO 04 (DOMÍNIO I)				
DISCORDO		CONCORDO		Comentários/Sugestões
1	2	3	4	NÃO NECESSITA ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
Não equivalente	Grandes revisões	Poucas revisões	Totalmente equivalente 10 RESPOSTAS	

<b>12. QUESTÃO 05 (DOMÍNIO I)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		03 RESPOSTAS	07 RESPOSTAS	
<b>13. QUESTÃO 06 (DOMÍNIO I)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		03 RESPOSTAS	07 RESPOSTAS	
<b>14. QUESTÃO 07 (DOMÍNIO I)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		05 RESPOSTAS	05 RESPOSTAS	
<b>15. QUESTÃO 08 (DOMÍNIO I)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		02 RESPOSTAS	08 RESPOSTAS	
<b>16. QUESTÃO 09 (DOMÍNIO I)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		02 RESPOSTAS	08 RESPOSTAS	
<b>17. QUESTÃO 10 (DOMÍNIO I)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		02 RESPOSTAS	08 RESPOSTAS	
<b>18. QUESTÃO 11 (DOMÍNIO I)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		02 RESPOSTAS	08 RESPOSTAS	
<b>19. QUESTÃO 12 (DOMÍNIO I)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		05 RESPOSTAS	05 RESPOSTAS	
<b>20. QUESTÃO 13 (DOMÍNIO I)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		05 RESPOSTAS	05 RESPOSTAS	
<b>21. QUESTÃO 14 (DOMÍNIO I)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		03 RESPOSTAS	07 RESPOSTAS	
<b>22. QUESTÃO 15 (DOMÍNIO I)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		03 RESPOSTAS	07 RESPOSTAS	
<b>23. QUESTÃO 16 (DOMÍNIO I)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		04 RESPOSTAS	06 RESPOSTAS	

		RESPOSTAS	RESPOSTAS	
<b>24. QUESTÃO 17 (DOMÍNIO I)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		05 RESPOSTAS	05 RESPOSTAS	
<b>25. QUESTÃO 18 (DOMÍNIO I)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		03 RESPOSTAS	07 RESPOSTAS	
<b>26. QUESTÃO 19 (DOMÍNIO I)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	NÃO NECESSITA ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
			10 RESPOSTAS	
<b>27. QUESTÃO 20 (DOMÍNIO I)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	NÃO NECESSITA ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
			10 RESPOSTAS	
<b>28. QUESTÃO 21 (DOMÍNIO I)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		02 RESPOSTAS	08 RESPOSTAS	
<b>29. QUESTÃO 22 (DOMÍNIO I)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	GRANDES REVISÕES. ITEM EXCLUÍDO
04 RESPOSTAS	01 RESPOSTA	05 RESPOSTAS		
<b>30. QUESTÃO 23 (DOMÍNIO I)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		02 RESPOSTAS	08 RESPOSTAS	
<b>31. QUESTÃO 24 (DOMÍNIO I)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	NÃO NECESSITA ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
			10 RESPOSTAS	
<b>32. QUESTÃO 25 (DOMÍNIO I)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		03 RESPOSTAS	07 RESPOSTAS	
<b>33. QUESTÃO 26 (DOMÍNIO I)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		05 RESPOSTAS	05 RESPOSTAS	
<b>34. PARTE 2 - ENUNCIADO DOMÍNIO II</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		01 RESPOSTA	09 RESPOSTAS	
<b>35. QUESTÃO 27 (DOMÍNIO II)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	



		02 RESPOSTAS	08 RESPOSTAS	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
<b>36. QUESTÃO 28 (DOMÍNIO II)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		03 RESPOSTAS	07 RESPOSTAS	
<b>37. QUESTÃO 29 (DOMÍNIO II)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		01 RESPOSTA	09 RESPOSTAS	
<b>38. QUESTÃO 30 (DOMÍNIO II)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		02 RESPOSTAS	08 RESPOSTAS	
<b>39. QUESTÃO 31 (DOMÍNIO II)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		02 RESPOSTAS	08 RESPOSTAS	
<b>40. QUESTÃO 32 (DOMÍNIO II)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	GRANDES REVISÕES. ITEM EXCLUÍDO
02 RESPOSTAS	03 RESPOSTAS	05 RESPOSTAS		
<b>41. QUESTÃO 33 (DOMÍNIO II)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	GRANDES REVISÕES. ITEM EXCLUÍDO
02 RESPOSTAS	03 RESPOSTAS	05 RESPOSTAS		
<b>42. QUESTÃO 34 (DOMÍNIO II)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	NÃO NECESSITA ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
			10 RESPOSTAS	
<b>43. QUESTÃO 35 (DOMÍNIO II)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		02 RESPOSTAS	08 RESPOSTAS	
<b>44. QUESTÃO 36 (DOMÍNIO II)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		02 RESPOSTAS	08 RESPOSTAS	
<b>45. QUESTÃO 37 (DOMÍNIO II)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	NÃO NECESSITA ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
			10 RESPOSTAS	
<b>46. QUESTÃO 38 (DOMÍNIO II)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	NÃO NECESSITA ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
			10 RESPOSTAS	
<b>47. QUESTÃO 39 (DOMÍNIO II)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	

Não equivalente	Grandes revisões	Poucas revisões	Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		02 RESPOSTAS	08 RESPOSTAS	
<b>48. QUESTÃO 40 (DOMÍNIO II)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		02 RESPOSTAS	08 RESPOSTAS	
<b>49. QUESTÃO 41 (DOMÍNIO II)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	NÃO NECESSITA ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
			10 RESPOSTAS	
<b>50. QUESTÃO 42 (DOMÍNIO II)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		02 RESPOSTAS	08 RESPOSTAS	
<b>51. PARTE 3 - ENUNCIADO DOMÍNIO III</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		03 RESPOSTAS	07 RESPOSTAS	
<b>52. QUESTÃO 43 (DOMÍNIO III)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		02 RESPOSTAS	08 RESPOSTAS	
<b>53. QUESTÃO 44 (DOMÍNIO III)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		02 RESPOSTAS	08 RESPOSTAS	
<b>54. QUESTÃO 45 (DOMÍNIO III)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	NÃO NECESSITA ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
			10 RESPOSTAS	
<b>55. QUESTÃO 46 (DOMÍNIO III)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		01 RESPOSTA	09 RESPOSTAS	
<b>56. QUESTÃO 47 (DOMÍNIO III)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		04 RESPOSTAS	06 RESPOSTAS	
<b>57. QUESTÃO 48 (DOMÍNIO III)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		02 RESPOSTAS	08 RESPOSTAS	
<b>58. QUESTÃO 49 (DOMÍNIO III)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>
<b>1</b> Não equivalente	<b>2</b> Grandes revisões	<b>3</b> Poucas revisões	<b>4</b> Totalmente equivalente	NÃO NECESSITA ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
			10 RESPOSTAS	
<b>59. QUESTÃO 50 (DOMÍNIO III)</b>				
<b>DISCORDO</b>		<b>CONCORDO</b>		<b>Comentários/Sugestões</b>

1 Não equivalente	2 Grandes revisões	3 Poucas revisões	4 Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		03 RESPOSTAS	07 RESPOSTAS	
<b>60. QUESTÃO 51 (DOMÍNIO III)</b>				
DISCORDO		CONCORDO		Comentários/Sugestões
1 Não equivalente	2 Grandes revisões	3 Poucas revisões	4 Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		01 RESPOSTA	09 RESPOSTAS	
<b>61. QUESTÃO 52 (DOMÍNIO III)</b>				
DISCORDO		CONCORDO		Comentários/Sugestões
1 Não equivalente	2 Grandes revisões	3 Poucas revisões	4 Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		02 RESPOSTAS	08 RESPOSTAS	
<b>62. QUESTÃO 53 (DOMÍNIO III)</b>				
DISCORDO		CONCORDO		Comentários/Sugestões
1 Não equivalente	2 Grandes revisões	3 Poucas revisões	4 Totalmente equivalente	NÃO NECESSITA ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
			10 RESPOSTAS	
<b>63. QUESTÃO 54 (DOMÍNIO III)</b>				
DISCORDO		CONCORDO		Comentários/Sugestões
1 Não equivalente	2 Grandes revisões	3 Poucas revisões	4 Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		05 RESPOSTA	05 RESPOSTAS	
<b>64. QUESTÃO 55 (DOMÍNIO III)</b>				
DISCORDO		CONCORDO		Comentários/Sugestões
1 Não equivalente	2 Grandes revisões	3 Poucas revisões	4 Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		03 RESPOSTA	07 RESPOSTAS	
<b>65. QUESTÃO 56 (DOMÍNIO III)</b>				
DISCORDO		CONCORDO		Comentários/Sugestões
1 Não equivalente	2 Grandes revisões	3 Poucas revisões	4 Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		03 RESPOSTAS	07 RESPOSTAS	
<b>66. QUESTÃO 57 (DOMÍNIO III)</b>				
DISCORDO		CONCORDO		Comentários/Sugestões
1 Não equivalente	2 Grandes revisões	3 Poucas revisões	4 Totalmente equivalente	NÃO NECESSITA ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
			10 RESPOSTAS	
<b>67. QUESTÃO 58 (DOMÍNIO III)</b>				
DISCORDO		CONCORDO		Comentários/Sugestões
1 Não equivalente	2 Grandes revisões	3 Poucas revisões	4 Totalmente equivalente	GRANDES REVISÕES. ITEM EXCLUÍDO
04 RESPOSTAS	02 RESPOSTAS	01 RESPOSTA	03 RESPOSTAS	
<b>68. QUESTÃO 59 (DOMÍNIO III)</b>				
DISCORDO		CONCORDO		Comentários/Sugestões
1 Não equivalente	2 Grandes revisões	3 Poucas revisões	4 Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		04 RESPOSTA	06 RESPOSTAS	
<b>69. QUESTÃO 60 (DOMÍNIO III)</b>				
DISCORDO		CONCORDO		Comentários/Sugestões
1 Não equivalente	2 Grandes revisões	3 Poucas revisões	4 Totalmente equivalente	NÃO NECESSITA ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
			10 RESPOSTAS	
<b>70. QUESTÃO 61 (DOMÍNIO III)</b>				
DISCORDO		CONCORDO		Comentários/Sugestões
1 Não equivalente	2 Grandes revisões	3 Poucas revisões	4 Totalmente equivalente	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
		02 RESPOSTA	08 RESPOSTAS	
<b>71. QUESTÃO 62 (DOMÍNIO III)</b>				

DISCORDO		CONCORDO		Comentários/Sugestões
1 Não equivalente	2 Grandes revisões	3 Poucas revisões	4 Totalmente equivalente	
			10 RESPOSTAS	NÃO NECESSITA ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
<b>72. QUESTÃO 63 (DOMÍNIO III)</b>				
DISCORDO		CONCORDO		Comentários/Sugestões
1 Não equivalente	2 Grandes revisões	3 Poucas revisões	4 Totalmente equivalente	
			10 RESPOSTAS	NÃO NECESSITA ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
<b>73. QUESTÃO 64 (DOMÍNIO III)</b>				
DISCORDO		CONCORDO		Comentários/Sugestões
1 Não equivalente	2 Grandes revisões	3 Poucas revisões	4 Totalmente equivalente	
		01 RESPOSTA	09 RESPOSTAS	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.
<b>74. QUESTÃO 65 (DOMÍNIO III)</b>				
DISCORDO		CONCORDO		Comentários/Sugestões
1 Não equivalente	2 Grandes revisões	3 Poucas revisões	4 Totalmente equivalente	
		01 RESPOSTA	09 RESPOSTAS	POUCAS ALTERAÇÕES. ITEM MANTIDO.

Alternativas →	1 Não equivalente	2 Grandes revisões	3 Poucas revisões	4 Totalmente equivalente	Total
<b>Total de Respostas →</b>	14	11	154	561	<b>740</b>

$$IVC = \frac{\text{n}^\circ \text{ de respostas 3 e 4 dos participantes}}{(74 \times 10) 740} = \frac{(154+561) 715}{740} = \underline{\underline{0,966}}$$

<b>IVC = 97%</b>
------------------

## APÊNDICE F

### Versão Preliminar IV – Após Validação de Conteúdo

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

**Título da pesquisa:** Restabelecimento da vida: A estratégia de *Recovery* na Atenção Psicossocial  
**Instituição/ empresa onde será realizada a pesquisa:** Rede Municipal de Atenção Psicossocial das cidades polos das Microrregiões de Saúde da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros/MG.  
**Pesquisadores Responsáveis:** Mayara Karoline Silva Lacerda, Juliana Pereira Alves, Jucimere Fagundes Durães Rocha, Aparecida Rosângela Silveira, Maria Aparecida Vieira, Cristina Andrade Sampaio.  
**Endereço e telefone:** Rua do Pequizeiro, nº 112, Canelas CEP: 39402-603, Montes Claros Minas Gerais (38) 998630504 [mkslacerda@hotmail.com](mailto:mkslacerda@hotmail.com)

Caro Participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada “Restabelecimento da vida: A estratégia de *Recovery* na Atenção Psicossocial”, referente a um projeto de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes. O objetivo do presente trabalho é *Validar o instrumento The Providers Survey para aplicação no contexto brasileiro dos serviços de saúde mental.*

Sua forma de participação consiste em responder o questionário IATRE-SM (Instrumento de Avaliação do Trabalho para o *Recovery* em Saúde Mental), que consiste na versão de adaptação transcultural do instrumento *The Providers Survey*. O tempo gasto para você responder a todas as questões será de aproximadamente 10 a 20 minutos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em seu plano de ação em saúde mental 2013-2020 define que *Recovery*, no âmbito da atenção à saúde mental, significa: “ganhar e reter esperança, compreender suas habilidades e desabilidades, engajar em uma vida ativa, ter autonomia pessoal, ter identidade social, ter significado e propósito na vida” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, p. 39, 2013).

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato. Não será cobrado valor algum para a execução desta pesquisa, não haverá gastos e não estão previstos ressarcimentos ou indenizações.

Nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como risco mínimo, tendo em vista a demanda de tempo para responder o questionário, sendo este minimizado pelo formato *on line* dessa aplicação.

É esperado como benefício da sua participação possibilitar uma melhor compreensão sobre *Recovery* na Rede de Atenção Psicossocial, podendo gerar dados e informações que possam subsidiar planejamento de ações e saúde. O resultado dessa pesquisa ficará disponível para consulta em formato digital para aqueles participantes que disponibilizarem o endereço eletrônico.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma e sem prejuízo. Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

( ) Confirmando que este texto esclareceu os objetivos desta pesquisa, bem como a forma da minha participação. As alternativas para minha participação também foram claras. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

( ) Não concordo em participar dessa pesquisa

\_\_\_\_\_  
 Nome Completo

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Participante

## IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

**Primeiro, gostaríamos de fazer algumas perguntas a seu respeito:**

**A. Nome completo:** \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

**B. Idade** \_\_\_\_\_ **C. Gênero:** ( ) Masculino ( ) Feminino

**D. Escolaridade**

( ) Ensino Fundamental

( ) Ensino Médio

( ) Graduação

( ) Especialização

( ) Mestrado

( ) Doutorado

( ) Pós-doutorado

**E. Em qual município/estado você trabalha?** \_\_\_\_\_

**F. Em qual tipo de serviço você trabalha? (favor marcar todas as respostas que se aplicam a você)**

( ) Ambulatório de Psiquiatria (Unidade Ambulatorial Especializada)

( ) Ambulatório especializado em outra área (diferente de psiquiatria/saúde mental)

( ) Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental

( ) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

( ) Centro de Convivência e Cultura

( ) Equipe da Atenção Básica (eAB)

( ) Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP)

( ) Equipe de Consultório na Rua (eCnR)

( ) Equipe de Saúde Bucal (eSB)

( ) Equipe de Saúde da Família (eSF)

( ) Equipe de Saúde da Família Fluvial (eSFF)

( ) Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)

( ) Gestão Municipal e/ou Estadual de Saúde

( ) Hospital Geral: leito de saúde mental

( ) Hospital Psiquiátrico

( ) Hospital-Dia

( ) Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)

( ) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

( ) Serviço Residencial Terapêutico

( ) Serviços de Atenção em Regime Residencial (Comunidades Terapêuticas)

( ) Unidade de Acolhimento

( ) Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

( ) Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral

( ) Outro tipo de serviço (favor especificar) \_\_\_\_\_

**G. Qual é o trabalho que você exerce**

- Agente Comunitário de Saúde
- Assistente de Comunicação/Recepcionista
- Assistente Executivo/Assistente Administrativo
- Assistente Social
- Cirurgião-dentista
- Cuidador
- Educador Físico(a)
- Enfermeiro especialista em saúde mental
- Enfermeiro (a) (não especialista em saúde mental)
- Farmacêutico(a)
- Fisioterapeuta
- Fonoaudiólogo(a)
- Gerente de serviço/Chefe de Unidade
- Gestão municipal e/ou estadual de saúde/saúde mental
- Médico(a) (não psiquiatra)
- Médico(a) psiquiatra
- Monitor de oficina
- Motorista
- Nutricionista
- Pedagogo
- Psicólogo(a)
- Técnico(a)/Auxiliar de enfermagem
- Técnico(a)/Auxiliar de saúde bucal
- Terapeuta Ocupacional
- Zeladoria/Serviços gerais
- Outro tipo de serviço (favor especificar) \_\_\_\_\_

**H. Há quantos anos você exerce este trabalho?**

- Há menos de 1 ano
- De 1 a 2 anos
- De 3 a 5 anos
- De 6 a 9 anos
- Há 10 anos ou mais

## IATRE-SM

(INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO TRABALHO PARA O *RECOVERY* EM SAÚDE MENTAL)

<b>PARTE 1</b>						
Indique o grau de importância das seguintes atividades <b>em seu trabalho</b> com usuários em sofrimento mental (sendo 1 - Não é importante, 2 - Pouco importante, 3 - Nem pouco e nem muito importante, 4 - Importante, 5 - Muito importante, 6 - Não faz parte do meu trabalho).						
<b>DOMINIO</b>	1	2	3	4	5	6
1. Realizar acolhimento ao usuário, sua família, e/ou acompanhantes.						
2. Registrar uma anamnese/histórico pessoal e familiar completo.						
3. Realizar acompanhamento de casos.						
4. Disponibilizar técnico de referência para gestão de casos.						
5. Ofertar aconselhamento e/ou orientações e/ou psicoterapia ou outras intervenções psicológicas.						
6. Participar da formulação do diagnóstico.						
7. Prescrever e/ou administrar medicamentos.						
8. Monitorar a adesão medicamentosa.						
9. Orientar quanto uso de medicamentos e efeito sobre o quadro psíquico do usuário para o mesmo, seus familiares e/ou acompanhantes.						
10. Identificar e abordar os estigmas e a discriminação/preconceito.						
11. Encaminhar usuários para atendimento e cuidado médico.						
12. Encaminhar usuários para serviços de apoio social à busca por trabalho/emprego (associações de direito e serviços públicos).						
13. Fornecer apoio a busca por trabalho/emprego.						
14. Encaminhar usuários para tratamento de etilismo e/ou uso de substâncias psicoativas.						
15. Fornecer tratamento para etilismo e/ou uso de outras substâncias psicoativas.						
16. Encaminhar usuários para o serviço de apoio à moradia.						
17. Fornecer apoio à busca por moradia.						
18. Encaminhar usuários para atividades de socialização e apoio recreativo/lazer.						
19. Proporcionar atividades de socialização e apoio recreativo/lazer.						
20. Encaminhar usuários para o suporte jurídico e legal.						
21. Envolver membros da família no apoio aos usuários em sofrimento mental.						
22. Fornecer suporte entre pares e orientações e/ou acompanhante terapêutico.						
23. Orientar quanto ao autocuidado e bem-estar dos usuários.						
24. Abordar temáticas relacionadas às diversas formas de violência e ou/ outras formas de violação dos direitos.						
<b>PARTE 2</b>						
Indique o grau de importância dos seguintes componentes para <b>permitir que</b> usuários em sofrimento mental <b>obtenham e mantenham</b> seus empregos (sendo 1 - Não é importante, 2 - Pouco importante, - Nem pouco e nem muito importante, 4 - Importante, 5 - Muito importante, 6 - Prefiro não responder).						
<b>DOMINIO</b>	1	2	3	4	5	6
25. Definir uma meta para obtenção de um emprego.						
26. Incluir usuários em programas de apoio para o trabalho/emprego, independentemente da gravidade de seus sintomas ou outras dificuldades presentes.						
27. Realizar uma busca de empregos tão logo a pessoa demonstrar interesse em trabalhar.						
28. Integrar um suporte vocacional com os cuidados clínicos ao usuário de maneira individualizada.						



29. Ficar atento às preferências dos usuários em relação a um trabalho/emprego.						
30. Identificar e abordar casos de discriminação no trabalho/emprego.						
31. Incentivar a pessoa na busca por um trabalho/emprego.						
32. Identificar e abordar visões negativas internalizadas de si mesmos que façam com que as pessoas acreditem que não são capazes de trabalhar.						
33. Envolver membros da família no apoio aos esforços do usuário para buscar ou manter o emprego.						
34. Envolver pares para apoiar os esforços do usuário para buscar ou manter o trabalho /emprego.						
35. Perceber o trabalho /emprego como uma necessidade importante no restabelecimento do usuário.						
36. Perceber o emprego como fonte de estresse que deve ser evitada.						
37. Perceber o emprego como a oferta de um papel social de valor ou como uma fonte importante de um reforço da identidade.						
38. Perceber o emprego como fator que possa aumentar o risco de recaída/crise de usuários em sofrimento mental.						
<b>PARTE 3</b>						
Indique o grau de importância dos seguintes componentes para <b>promover o restabelecimento/recuperação</b> dos usuários em sofrimento mental (sendo 1 - Não é importante, 2 - Pouco importante, - Nem pouco e nem muito importante, 4 - Importante, 5 - Muito importante, 6 - Prefiro não responder).						
<b>DOMINIO</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
39. Estar conectado a algo que extrapole a si mesmo (por exemplo, espiritualidade/religiosidade).						
40. Ter esperança.						
41. Ter um projeto de vida.						
42. Ter moradia estável/lugar.						
43. Estar abstinente de drogas e álcool.						
44. Estar empregado em trabalho formal ou informal.						
45. Eliminar todos os sintomas psiquiátricos.						
46. Ter apoio familiar.						
47. Ter amigos ou pessoas de sua confiança e/ou parceiro ou cônjuge.						
48. Aderir aos tratamentos prescritos.						
49. Se adaptar aos sintomas psiquiátricos.						
50. Ter senso de pertencimento na comunidade e valorizar sua identidade cultural e social.						
51. Ter o controle da própria vida/autonomia.						
52. Ter algo que dê sentido/significado à vida.						
53. Ter assistência médica e/ou assistência multiprofissional de qualidade.						
54. Acreditar em si mesmo como uma pessoa capaz.						
55. Ser financeiramente independente.						
56. Participar de atividades sociais recreativas/lazer.						
57. Ter um longo período de estabilidade (ou seja, sem crises).						
58. Ter uma alimentação saudável e praticar atividade física.						
59. Questionar e rejeitar estereótipos sociais de usuários em sofrimento mental (por exemplo, como "paciente com doença mental" ou viciado).						
60. Ser valorizado por suas atividades na comunidade.						

## APÊNDICE G

### Versão Final

#### INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO TRABALHO PARA O *RECOVERY* EM SAÚDE MENTAL (IATRE-SM)

<b>PARTE 1</b>						
Indique o grau de importância das seguintes atividades <b>em seu trabalho</b> com usuários em sofrimento mental. Sendo: 1-Não é importante, 2-Pouco importante, 3-Nem pouco e nem muito importante, 4- Importante, 5-Muito importante, 6-Não faz parte do meu trabalho).						
<b>DOMINIO</b>	1	2	3	4	5	6
1. Realizar acolhimento ao usuário, sua família, e/ou acompanhantes.						
2. Registrar uma anamnese/histórico pessoal e familiar completo.						
3. Realizar acompanhamento de casos.						
4. Disponibilizar técnico de referência para gestão de casos.						
5. Ofertar aconselhamento e/ou orientações ou psicoterapia/outras intervenções psicológicas.						
6. Participar da formulação do diagnóstico.						
7. Prescrever e/ou administrar medicamentos.						
8. Monitorar a adesão medicamentosa.						
9. Orientar quanto uso de medicamentos e efeito sobre o quadro psíquico do usuário para o mesmo, seus familiares e/ou acompanhantes.						
10. Identificar e abordar os estigmas e a discriminação/preconceito.						
11. Encaminhar usuários para atendimento e cuidado médico.						
12. Encaminhar usuários para serviços de apoio social à busca por trabalho/emprego (associações de direito e serviços públicos).						
13. Fornecer apoio a busca por trabalho/emprego.						
14. Encaminhar usuários para tratamento de etilismo e/ou uso de substâncias psicoativas.						
15. Fornecer tratamento para etilismo e/ou uso de outras substâncias psicoativas.						
16. Encaminhar usuários para o serviço de apoio à moradia.						
17. Fornecer apoio à busca por moradia.						
18. Encaminhar usuários para atividades de socialização e apoio recreativo/lazer.						
19. Proporcionar atividades de socialização e apoio recreativo/lazer.						
20. Encaminhar usuários para o suporte jurídico e legal.						
21. Envolver membros da família no apoio aos usuários em sofrimento mental.						
22. Fornecer suporte entre pares e orientações e/ou acompanhante terapêutico.						
23. Orientar quanto ao autocuidado e bem-estar dos usuários.						
24. Abordar temáticas relacionadas às formas de violência ou formas de violação dos direitos.						
<b>PARTE 2</b>						
Indique o grau de importância dos seguintes componentes para <b>permitir que</b> usuários em sofrimento mental <b>obtenham e mantenham</b> seus empregos. (Sendo: 1-Não é importante, 2-Pouco importante, 3-Nem pouco e nem muito importante, 4- Importante, 5-Muito importante, 6-Prefiro não responder).						

<b>DOMINIO</b>	1	2	3	4	5	6
25. Definir uma meta para obtenção de um emprego.						
26. Incluir usuários em programas de apoio para o trabalho/emprego, independentemente da gravidade de seus sintomas ou outras dificuldades presentes.						
27. Realizar uma busca de empregos tão logo a pessoa demonstrar interesse em trabalhar.						
28. Integrar um suporte vocacional com os cuidados clínicos de maneira individualizada.						
29. Ficar atento às preferências dos usuários em relação a um trabalho/emprego.						
30. Identificar e abordar casos de discriminação no trabalho/emprego.						
31. Incentivar a pessoa na busca por um trabalho/emprego.						
32. Identificar e abordar visões negativas internalizadas de si mesmos que façam com que as pessoas acreditem que não são capazes de trabalhar.						
33. Envolver a família no apoio aos esforços do usuário para buscar ou manter o emprego.						
34. Envolver pares no apoio aos esforços do usuário para buscar ou manter o trabalho/emprego.						
35. Perceber o trabalho/emprego como importante no <i>restabelecimento</i> do usuário.						
36. Perceber o emprego como fonte de estresse que deve ser evitada.						
37. Perceber o emprego como a oferta de um papel social de valor ou como uma fonte importante de um reforço da identidade.						
38. Perceber o emprego como fator de risco de recaída/crise de usuários em sofrimento mental.						
<b>PARTE 3</b>						
Indique o grau de importância dos seguintes componentes para <b>promover o restabelecimento/recuperação</b> dos usuários em sofrimento mental. (Sendo: 1-Não é importante, 2-Pouco importante, 3-Nem pouco e nem muito importante, 4- Importante, 5-Muito importante, 6-Prefiro não responder).						
<b>DOMINIO</b>	1	2	3	4	5	6
39. Ter esperança.						
40. Ter um projeto de vida.						
41. Ter moradia estável/lugar.						
42. Estar abstinente de drogas e álcool.						
43. Ter apoio familiar.						
44. Ter amigos ou pessoas de sua confiança e/ou parceiro ou cônjuge.						
45. Aderir aos tratamentos prescritos.						
46. Ter senso de pertencimento na comunidade e valorizar sua identidade cultural e social.						
47. Ter o controle da própria vida/autonomia.						
48. Ter algo que dê sentido/significado à vida.						
49. Ter assistência médica e/ou assistência multiprofissional de qualidade.						
50. Acreditar em si mesmo como uma pessoa capaz.						
51. Participar de atividades sociais recreativas/lazer.						
52. Ter um longo período de estabilidade (ou seja, sem crises).						
53. Ter uma alimentação saudável e praticar atividade física.						
54. Ser valorizado por suas atividades na comunidade.						

## APÊNDICE H

## RELATÓRIO DE DEVOLUTIVA DE PESQUISA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE



## RELATÓRIO DE DEVOLUTIVA DE PESQUISA

De: Mayara Karoline Silva Lacerda  
Para: Coordenação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Venho através deste apresentar a devolutiva do estudo intitulado “Análise das Propriedades Psicométricas do Instrumento *The Providers Survey* no Contexto Brasileiro dos Serviços de Saúde Mental” que surgiu a partir do projeto de pesquisa “Restabelecimento da vida: a estratégia de *Recovery* na Atenção Psicossocial, desenvolvido pelo Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde (PPGCPS) da Universidade Estadual de Montes Claros.

O instrumento *The Providers Survey* que, após validação de conteúdo, recebeu o nome de Instrumento de Avaliação do Trabalho para o *Recovery* em Saúde Mental (IATRE-SM), apresentou um total de 54 questões e foi submetido e aprovado em relação ao processo de validade (capacidade de medir o que se propõe a medir) e confiabilidade (capacidade de reproduzir o resultado de forma consistente no tempo e espaço). Sendo assim, o instrumento permite a identificação de lacunas e fatores que dificultam e/ou impedem os profissionais de trabalharem o contexto do *Recovery* com os usuários dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

Nesse sentido, o presente estudo abre caminhos para novas proposições, como a aplicação do instrumento, o que possibilitará a avaliação das práticas dos profissionais no que diz respeito ao trabalho para o *Recovery* dos usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Durante todas as etapas de desenvolvimento do estudo foi possível perceber a necessidade dos profissionais quanto a capacitação sobre conceito, experiências, estratégias e práticas de aplicação e/ou abordagem que permitam o *Recovery* do paciente com transtorno mental com ênfase no fortalecimento de sua capacidade produtiva na sociedade e o papel dos profissionais de saúde na contribuição para com esse processo. Sendo assim, foi elaborado um vídeo educativo, disponível em: [https://drive.google.com/file/d/10hLY86PZI-ZD2IWuxRr\\_zUh84eu2kCde/view](https://drive.google.com/file/d/10hLY86PZI-ZD2IWuxRr_zUh84eu2kCde/view), como produto técnico para que seja repassado aos profissionais que atuam em todos os componentes da RAPS do município de Montes Claros.

RECEBIDO POR: laixa

DATA DO RECEBIMENTO: 17/09/2020

Mayara Karoline Silva Lacerda  
Enfermeira  
COREN - MG 444713

\_\_\_\_\_  
Mayara Karoline Silva Lacerda