



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 10, Issue, 12, pp.42775-42781, December, 2020

<https://doi.org/10.37118/ijdr.20633.12.2020>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO *PROVIDERS SURVEY* PARA O SEU USO NO BRASIL

^{1,*}Juliana Pereira Alves, ²Jucimere Fagundes Durães Rocha, ³Mayara Karoline Silva Lacerda, ⁴Fabrine Costa Marques, ⁵Mark Napoli Costa, ⁶Aparecida Rosângela Silveira and ⁷Cristina Andrade Sampaio

¹Universidade Estadual de Montes Claros, Enfermagem. Enfermeira. Mestre do Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde. Universidade Estadual de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil; ²Universidade Estadual de Montes Claros Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Enfermagem, Enfermeira. Mestre em Ensino em Saúde. Estudante de Doutorado do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros. Minas Gerais. Brasil; ³Universidade Estadual de Montes Claros Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Enfermagem, Enfermeira. Estudante do Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde. Universidade Estadual de Montes, Minas Gerais. Brasil; ⁴Universidade Estadual de Montes Claros, Enfermagem. Enfermeira. Mestre do Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde. Universidade Estadual de Montes Claros, Minas Gerais. Brasil; ⁵Yale University School of Medicine, Médico psiquiatra com mais de 20 anos de trabalho e militância no campo da saúde mental no Brasil. Mestre em saúde pública e atualmente é pós-doutorado junto ao Yale Program for Recovery and Community Health do Departamento de Psiquiatria da Yale School of Medicine, Estados Unidos; ⁶Universidade Estadual de Montes Claros Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Psicóloga. Doutora em Psicologia/ UFMG. Professora do Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Montes, Claros Minas Gerais. Brasil; ⁷Universidade Estadual de Montes Claros Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Antropóloga. Doutora em Saúde Coletiva. Docente no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 04th September, 2020
Received in revised form
16th October, 2020
Accepted 29th November, 2020
Published online 30th December, 2020

Key Words:

Estudos de validação,
Recovery, Inserção,
Trabalho, Emprego.

*Corresponding author: *Juliana Pereira Alves*

ABSTRACT

Objetivo: realizar a adaptação transcultural do instrumento *Providers Survey* direcionado para profissionais de serviços de Saúde Mental para a utilização no Brasil. **Métodos:** O instrumento é composto por 85 itens e é dividido em quatro dimensões: 1) aspectos relevantes do trabalho dos profissionais com usuários de serviços de saúde mental; 2) fatores que permitem aos usuários de serviços de saúde mental obterem e manterem um trabalho/emprego; 3) fatores que promovem a recuperação deste público e 4) sobre as barreiras que os profissionais enfrentam para indicar esses usuários ao mercado de trabalho. **Resultados:** A adaptação foi composta por seis etapas: 1) tradução do instrumento do idioma original para o idioma alvo; 2) síntese das versões traduzidas, quando compararam-se as diferentes traduções, avaliando discrepâncias semânticas, idiomáticas, conceituais, linguísticas e contextuais, com a finalidade de se chegar a uma versão única; 3) análise da versão sintetizada por juízes experts; 4) a tradução reversa para o idioma original; 5) pré-teste e 6) estudo piloto realizou-se com 56 profissionais de saúde da Rede de Atenção Psicossocial no cenário estudado. O desafio da adaptação transcultural do instrumento foi tentar minimizar riscos de vieses linguísticos, psicológicos, culturais e de compreensão teórica. **Conclusão:** O instrumento *Providers Survey* adaptado é um instrumento válido e reproduzível para avaliar a relação entre o emprego e a recuperação dos usuários do serviço de saúde mental no Brasil, permitindo que os profissionais de saúde avaliem o grau de importância de cada item relacionado à sua prática.

Copyright © 2020, *Juliana Pereira Alves et al.* This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: *Juliana Pereira Alves, Jucimere Fagundes Durães Rocha, Mayara Karoline Silva Lacerda, Fabrine Costa Marques et al.* "Adaptação Transcultural do Instrumento *Providers Survey* para o seu uso no Brasil", *International Journal of Development Research*, 10, (12), 42775-42781.

INTRODUCTION

As redes de serviços de saúde mental e estratégias de atenção psicossocial têm promovido a cidadania e formas inovadoras de inclusão social dos usuários com transtorno mental. Essencialmente, destaca-se a inclusão pelo trabalho (OLIVEIRA, 2017).

O movimento de *Recovery* nos *Estados Unidos* e em outros países surge do princípio central que se refere ao envolvimento no trabalho em direção à inclusão de usuários com transtornos mentais nas atividades e contextos comunitários de sua escolha, fornecendo a base necessária para que ocorra a recuperação, direcionando-os para avanços sustentáveis na integração social (DAVIDSON, 2017; COSTA, 2016).

Evidências revelam que a maioria das pessoas com transtorno mental deseja trabalhar. A colocação individual e serviços de apoio permitem que cerca de 60% das pessoas com transtornos mentais graves recebam os serviços para obterem empregos competitivos e melhorarem sua vida (DRAKE, *et al.* 2016). Nesse aspecto, a estratégia de *Recovery* em Saúde Mental apresenta possibilidades para que o sujeito se reapropriar de uma identidade social, restabelecendo seu papel na comunidade, tornando-o protagonista ativo da própria existência (MARIN, 2017). A inclusão social dos usuários com transtorno mental pode ser aumentada por meio dos profissionais atuantes na área de saúde mental, com a abordagem de *Recovery* e com o objetivo de restaurar e proteger os direitos dos usuários dos serviços para entrarem no mercado de trabalho, tornando-os membros produtivos da sociedade (HAMER, 2017). Para isso, desenvolver e utilizar instrumentos de *Recovery* nos serviços clínicos é um componente da transformação de um sistema de tratamento baseado em evidências. Estudos transversais demonstram a importância em saúde mental da adaptação e validação cultural desses instrumentos de rastreamento em contextos específicos (WEEKS, SLADE, HAYWARD, 2010; HOUSEN, *et al.* 2018). Nesse sentido, o *Providers Survey* é um instrumento relevante nos serviços de saúde mental, sobretudo, na atenção primária, pois avalia a relação entre o emprego e a recuperação dos usuários, permitindo que os profissionais de saúde avaliem o grau de importância de cada item relacionado à sua prática. Além disso, espera-se que a adaptação transcultural do instrumento *Providers Survey* para o uso no Brasil, constitua em uma importante ferramenta em estudos sobre a temática e também contribua para conhecimentos e empoderamento sobre o *Recovery* nos serviços e nas políticas de Saúde Mental no Brasil. Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo consistiu em realizar a adaptação transcultural do instrumento *Providers Survey* direcionado para profissionais de serviços de Saúde Mental para a utilização no Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo do tipo metodológico de adaptação transcultural do instrumento *Providers Survey* (COSTA, *et al.* 2017), para o uso no Brasil. Esse instrumento avalia a relação entre o emprego e a recuperação dos usuários do serviço de saúde mental, permitindo que os profissionais de saúde avaliem o grau de importância de cada item relacionado à sua prática. O instrumento *Providers Survey* é composto por 85 itens e é dividido em quatro dimensões fundamentais: 1 - Aspectos relevantes do trabalho dos profissionais com usuários do serviço com transtorno mental; 2 - Fatores que permitem aos usuários com transtorno mental obterem e manterem um trabalho/emprego; 3 - Fatores que promovem a recuperação dos usuários e 4 - Sobre as barreiras que os profissionais enfrentam para referenciar esses usuários ao mercado de trabalho. Esse construto permite que os profissionais da Rede de Atenção Psicossocial avaliem e identifiquem o grau de importância de cada item por meio da estratégia de *Recovery* na prática do serviço. O processo de adaptação transcultural foi embasado em diretrizes internacionais (BEATON, *et al.* 2000). Como também, em evidências nacionais (BORSA, DAMÁSIO, BANDEIRA, 2012; DORTAS JUNIOR, 2016) é composto por seis estágios: 1 - Tradução do instrumento do idioma de origem para o idioma alvo; 2 - Realização da síntese das versões traduzidas; 3 - Análise da versão sintetizada por juízes *experts*; 4 - Tradução reversa para o idioma de origem (*backtranslation*); 5 - Pré-teste e 6 - Estudo piloto. Essas

etapas foram descritas na Figura 1. Fluxograma dos estágios de adaptação transcultural do instrumento *Providers Survey* para o uso no Brasil. Para adaptar o instrumento *Providers Survey* original para sua utilização no Brasil, foi solicitada formalmente a autorização dos autores nos EUA.

Na etapa inicial, realizou-se a tradução do instrumento do idioma de origem para o idioma alvo. Nessa etapa, foram necessários dois tradutores independentes bilíngues que realizaram a tradução do instrumento do idioma original, inglês, para o idioma alvo, português do Brasil. Os tradutores, plenamente proficientes em ambos os idiomas de interesse, estavam cientes dos objetivos da pesquisa e familiarizados com as culturas associadas à linguagem dos diferentes grupos. Um professor de Universidade Pública e um psiquiatra ligado à uma Instituição de Ensino e Pesquisa dos EUA foram requisitados à participação. Na etapa dois, realizou-se a síntese das versões traduzidas comparando as diferentes traduções e avaliando suas discrepâncias semânticas, idiomáticas, conceituais, linguísticas e contextuais, com a finalidade de se chegar a uma versão única. Nessa etapa, várias reuniões foram realizadas para reformulações necessárias e dirimir dúvidas para a consolidação que deu origem à versão síntese das traduções iniciais. Na etapa três, a análise da versão sintetizada por juízes *experts* ou versão de consenso, membros da pesquisa, auxiliados por *experts* na área, avaliaram aspectos ainda não contemplados, tais como a estrutura, o *layout*, as instruções do instrumento e a abrangência e adequação das expressões contidas nos itens. Nessa etapa, um grupo de pesquisadores orientados por dois professores de nível superior e pesquisadores da área de saúde mental puderam rever a versão do instrumento.

Foram realizadas reuniões de um grupo de profissionais e usuários com conhecimento acerca do construto avaliado. Os grupos foram compostos por sete profissionais sendo duas professoras universitárias – pesquisadoras de saúde mental, respectivamente antropóloga e psicóloga, quatro enfermeiras, estudantes e pós-graduadas *Stricto-sensu*, com experiência na temática estudada, um médico especialista em Saúde da Família e dois usuários: um com ensino médio, outro com ensino superior inseridos na RAPs. As questões do instrumento foram lidas uma a uma, seguidas de discussões e sugestões nos grupos, que foram gravadas em vídeo e som. As reuniões aconteceram em uma Unidade Básica de Saúde, no Município de Montes Claros-MG, com agendamento antecipado e todos os participantes receberam o instrumento impresso. A técnica de grupo focal direcionou o funcionamento dessas reuniões, dirigidas por coordenador e moderador (BACKES, *et al.* 2011). Foram realizadas duas reuniões com duração média de uma hora cada uma delas. Considerações, apontamentos e discussões balizaram mudanças importantes para a adaptação cultural do instrumento. Na etapa quatro, ocorreu a tradução reversa para o idioma de origem (*backtranslation*), fase sucedida de procedimentos de ajuste semântico e idiomático, uma vez que o instrumento estava pronto para ser enviado para a avaliação final dos autores do instrumento original. Essa etapa foi realizada por um tradutor, professor com fluência nas línguas inglesa e portuguesa e com conhecimento da cultura brasileira. O professor tradutor não conhecia os objetivos da pesquisa nem o instrumento original. A etapa cinco previu a avaliação do instrumento pelo público alvo, chamada aqui de pré-teste. 1- O pré-teste foi realizado com uma amostra de 10 profissionais, considerando o número mínimo para a amostra

por conveniência (ZUMPANO, *et al*, 2017). Essa etapa ocorreu nas dependências de duas Unidades Básicas de Saúde do Município de Montes, Claros-MG, com os seguintes critérios de inclusão: ser profissional de saúde de nível superior ou ensino médio, atuantes na RAPS, com idade entre 18 e 60 anos; estar inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O critério de exclusão foi possuir qualquer fator limitante que impossibilitasse a leitura e o preenchimento do instrumento. A amostra de dez participantes foi composta por dois médicos (um psiquiatra e um clínico), cinco enfermeiros, um psicólogo, um técnico de enfermagem e uma cirurgiã dentista, preceptora de residência.

O pré-teste foi realizado para conhecer a avaliação do público alvo sobre o instrumento. Assim, sugestões, dúvidas e observações foram anotadas com o intuito de agregá-las ao processo de adaptação cultural. Essa etapa também foi importante para verificar o tempo necessário para responder ao instrumento, bem como para identificar a aparência, escrita e incongruências na semântica de cada item no processo de tradução. Todos os participantes puderam fornecer sugestões, já que a mediação da aplicação do instrumento ocorreu por meio de uma entrevista. Nessa etapa, a partir dos apontamentos dos participantes, a parte quatro do instrumento original foi retirada do construto traduzido, conforme critérios das diretrizes de tradução e adaptação transcultural baseadas no presente estudo, resultando em 65 itens (Partes 1, 2 e 3). Na etapa seis, realizou-se o estudo piloto que se refere a uma aplicação prévia do instrumento em uma pequena amostra que reflita as características da população alvoconveniência (ZUMPANO, *et al*, 2017).

Tabela 1. Classificações mais e menos importantes das atividades do trabalho com usuários de saúde mental

Atividades mais importantes	Média	Atividades menos importantes	Média	P
Realizar acolhimento	4,87	Fornecer apoio jurídico e legal	3,65	0,002
Realizar acompanhamento de casos	4,82	Indicar usuários para o suporte jurídico	4,05	<0,001
Fornecer técnico de referência para a gestão de casos	4,80	Fornecer apoio ao trabalho/ emprego	4,10	0,001
Registrar um histórico pessoal e familiar completo	4,73	Indicar usuários para o serviço de apoio à moradia	4,19	0,005
Realizar atividades biopsicossociais	4,70	Abordar temas sobre violência doméstica ou outros traumas	4,23	0,008

Comparação emparelhada entre as declarações mais e menos importantes para determinar a significância da diferença realizada pelo teste de Wilcoxon, todas as comparações apresentadas em $p < 0,05$.

O estudo foi realizado com 56 profissionais de saúde de nível superior e ensino médio presentes nas reuniões de supervisão clínica, compondo 75,7% da população da RAPS do município. A coleta dos dados ocorreu no Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil (CAPSi); no Centro de Atenção Psicossocial Transtornos Mentais (CAPS TM); no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) e com a Equipe de Consultório na Rua. Os critérios de participação nessa etapa consistiram em identificar profissionais figurantes no cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), profissionais da RAPS e que consentiram formalmente em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não foram incluídos os profissionais que não estavam nos dias das reuniões de supervisão clínica ou que estavam afastados do trabalho por férias, atestados ou licenças, no período da coleta de dados. A pesquisa foi aprovada, por meio do parecer consubstanciado número: 2.398.868/2017, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros-MG (CEP/ Unimontes). Todos os dados foram estruturados em um banco de dados para a análise. Os dados objetivos provenientes do instrumento *ProvidersSurvey* foram estruturados e organizados no Programa *StatisticalPackage for the Social Science* (SPSS), versão 20.0 *for Windows*, quanto a

características relativas ao número de respondentes, como: área de atuação, tempo de serviço, possuir pós-graduação, sexo e faixa etária. A dimensão 1 aborda aspectos relevantes do trabalho dos profissionais com usuários dos serviços de saúde mental. A dimensão 2 aborda os fatores que permitem aos usuários com transtorno mental obterem e manterem um trabalho/emprego. A dimensão 3 aborda os fatores que promovem a recuperação desses usuários. A classificação de cada item seguiu a mesma orientação do instrumento original, sendo 'muito pouco importante' (pontuação 1), 'pouco importante' (pontuação 2), 'nem pouco importante, nem muito importante' (pontuação 3), 'importante' (pontuação 4), 'muito importante' (pontuação 5), 'não faz parte do meu trabalho' (pontuação 6) e 'prefiro não responder' (pontuação 7). Essa última classificação (pontuação 7) foi inserida a partir das discussões do instrumento para o uso no Brasil. As respostas relacionadas a cada questão foram classificadas por média simples e foram analisadas, segundo estudo inicial do instrumento de origem, por comparação emparelhada entre as declarações mais importantes e as menos importantes para determinar a significância da diferença, usando o teste não paramétrico para as amostras pareadas de Wilcoxon, com nível de significância estabelecido em $p < 0,05$.

RESULTADOS

Participaram do estudo piloto um total de 56 profissionais de quatro pontos da RAPS, sendo 13 do CAPSi; 13 do CAPS TM; 23 do CAPSad e 06 da Equipe de Consultório na Rua. Os profissionais participantes da pesquisa foram 07 enfermeiros, 03 psiquiatras, 05 médicos generalistas, 11 psicólogos, 06

assistentes sociais, 02 farmacêuticos, 01 fonoaudiólogo, 01 terapeuta ocupacional, 01 pedagogo, 12 técnicos de enfermagem, 02 auxiliares de enfermagem, 02 cuidadores em saúde, 01 agente comunitário em saúde e 02 artesãos. Desses profissionais, 34 possuem pós-graduação. O tempo de serviço variou de 01 a 30 anos. Quanto ao sexo, 17 participantes são do sexo masculino e 39 do sexo feminino, a faixa etária variou de 20 a 57 anos de idade.

DISCUSSÃO

O presente estudo descreve a adaptação transcultural do instrumento *Providers Survey* direcionado para profissionais de serviços de Saúde Mental para a utilização no Brasil. Os resultados retratam três dimensões principais. Na dimensão 1, os profissionais avaliaram o item 'realizar acolhimento' como a atividade mais importante, o que, possivelmente, relaciona-se com as políticas públicas brasileiras, visto que o acolhimento é um dispositivo que está inserido na Política de Humanização do Ministério da Saúde (Humaniza SUS) desde 2003, para a reorganização da assistência em diversos serviços de saúde (BRASIL, 2006). As outras atividades respectivamente mais importantes avaliadas foram 'realizar acompanhamentos de casos', 'fornecer técnico de referência para a gestão de casos,

Tabela 2. Classificações mais e menos importantes para permitir que usuários com transtornos mentais graves obtenham e mantenham seus trabalhos/ empregos

Atividades mais importantes	Média	Atividades menos importantes	Média	p
Envolver membros da família no apoio aos esforços do usuário para buscar ou manter o emprego	4,57	Definir uma meta para a obtenção de um emprego competitivo	3,22	<0,001
Envolver pares para apoiar os esforços do usuário para buscar ou manter o trabalho /emprego	4,47	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	3,36	<0,001
Identificar e abordar visões negativas internalizadas de si mesmos que façam com que outros acreditem que não são capazes de trabalhar	4,44	Perceber o emprego como fonte de estresse que deve ser evitada	3,45	0,002
Incentivar a pessoa na busca por um trabalho/emprego	4,37	Fornecer uma busca de trabalho/ emprego sem limite de tempo e individualizada	3,46	<0,001
Perceber o trabalho /emprego como uma necessidade importante no restabelecimento	4,34	Perceber o emprego como fator que possa aumentar o risco de recaída/crise de uma pessoa	3,71	0,022

Comparação emparelhada entre as declarações mais e menos importantes para determinar a significância da diferença realizada pelo teste de Wilcoxon, todas as comparações apresentadas em $p < 0,05$.

Tabela 3. Classificações mais e menos importantes para trabalhadores de Saúde Mental, sobre fatores importantes na recuperação de pessoas com transtornos mentais graves

Atividades mais importantes	Média	Atividades menos importantes	Média	p
Ser valorizado por suas atividades na comunidade	4,73	Ser financeiramente independente	3,64	< 0,001
Ter apoio familiar	4,60	Estar abstinente de drogas e álcool	3,35	< 0,001
Ter percepção de sua identidade cultural e valorização da identidade social	4,59	Estar empregado em trabalho formal	2,98	< 0,001
Ter o controle da própria vida/autonomia	4,58	Estar conectado a algo maior do que a si mesmo (por exemplo, espiritualidade/religiosidade)	2,78	< 0,001
Acreditar em si mesmo como uma pessoa capaz	4,58	Eliminar todos os sintomas psiquiátricos	2,64	<0,001

Comparação emparelhada entre as declarações mais e menos importantes para determinar a significância da diferença realizada pelo teste de Wilcoxon, todas as comparações apresentadas em $p < 0,05$.

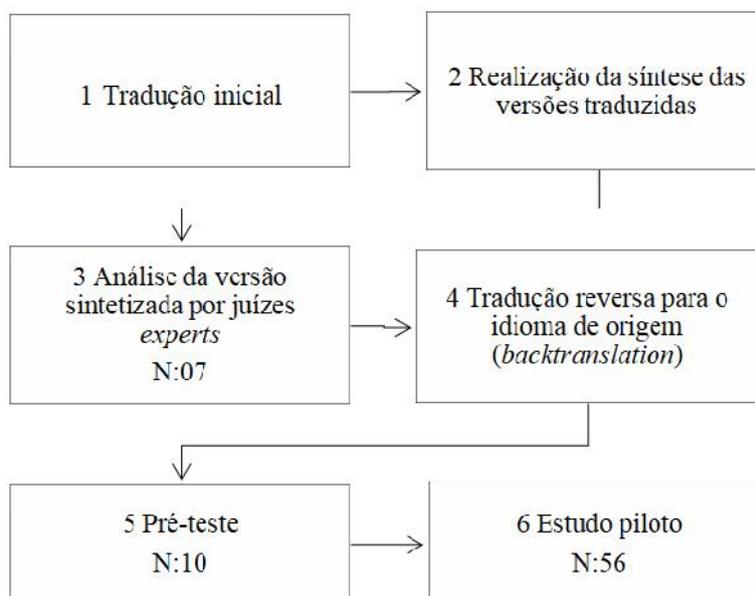


Figura 1. Fluxograma dos estágios de adaptação transcultural do instrumento ProvidersSurvey para o uso no Brasil

‘registrar um histórico pessoal e familiar completo’ e ‘realizar atividades biopsicossociais’. Nessas classificações, notam-se práticas comumente realizadas pelos profissionais de saúde, em consonância aos modelos assistenciais na saúde mental brasileira (BRASIL, 2001). Já os itens considerados menos importantes, como ‘fornecer apoio jurídico e legal’, ‘indicar usuários para o suporte jurídico’, ‘fornecer apoio ao trabalho/ emprego’, ‘indicar usuários para o serviço de apoio à moradia’ e ‘abordar temas sobre violência doméstica ou outros traumas’ podem relacionar-se ao fato da carência desses tipos de

intervenções nas equipes da RAPS no contexto brasileiro. Na dimensão 2, do instrumento, as avaliações consideradas mais importantes foram ‘envolver membros da família no apoio aos esforços do usuário para buscar ou manter o emprego’, ‘envolver pares para apoiar os esforços do usuário para buscar ou manter o trabalho/emprego’ o que denota que o envolvimento familiar, para os profissionais participantes desta pesquisa, constitui uma estratégia facilitadora de restabelecimento do usuário com transtorno mental. Pode-se pensar, também, que o vínculo afetivo contribui na

consolidação do tratamento, bem como no envolvimento de pares para a inclusão social, o que repercute na melhor assistência prestada pela equipe da RAPs (ESTRADA, 2016). As três últimas proposições mais importantes destacadas pelos profissionais compreendem como condutas técnicas gerenciadas no cuidado do usuário durante os acompanhamentos feitos pelos profissionais de saúde. São condutas estabelecidas na Política Nacional de Atenção Básica, que considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, ao incorporar o conjunto de ações de saúde, como atenção integral, promoção, proteção e prevenção; desde o diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2017). Foram classificados como menos importantes os itens: 'definir uma meta para a obtenção de um emprego competitivo', '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, 'perceber o emprego como fonte de estresse que deve ser evitada', 'fornecer uma busca de trabalho/ emprego sem limite de tempo e individualizada, 'perceber o emprego como fator que possa aumentar o risco de recaída/crise de uma pessoa'.

Faz-se importante ressaltar que a prerrogativa de 'fornecer trabalho' não condiz com a realidade brasileira, visto que há ausência de trabalhos, especialmente de empregos competitivos e, principalmente, não há política de trabalho para os usuários dos serviços de saúde mental. E, nesse sentido, percebe-se um contrassenso, já que o emprego poderia diminuir o risco de recaída/crise. Assim, evidenciar que mudanças no contexto social são também determinantes no restabelecimento em saúde mental, demonstra a importância de definir políticas sociais nas áreas confluentes, como o trabalho/ emprego e a habitação, entre outras, constituindo-se como enquadramento favorável no suporte a essa população com transtorno mental, no seu processo de reabilitação e inserção social (JORGE-MONTEIRO; MATIAS, 2007). Na dimensão 3, consideradas como mais importantes: 'ser valorizado por suas atividades na comunidade', 'ter apoio familiar', 'ter percepção de sua identidade cultural e valorização da identidade social', 'ter o controle da própria vida/autonomia', 'acreditar em si mesmo como uma pessoa capaz', são inferências dos profissionais, situando o restabelecimento dos usuários como fator positivo para o serviço. Assim, ancorar estratégias para que a sociedade possa fazer os arranjos necessários para que os usuários com transtornos mentais possam viver uma vida plena com trabalho, moradia, lazer e família são essenciais na inclusão (COSTA, 2017). Como avaliações menos importantes, os itens 'ser financeiramente independente', 'estar abstinente de drogas e álcool', 'estar empregado em trabalho formal', 'estar conectado a algo maior do que a si mesmo', 'eliminar todos os sintomas psiquiátricos' podem demonstrar estigmas dos próprios profissionais em relação aos usuários (BARRANTES, *et al.* 2017; COSTA, *et al.* 2017).

Com a finalidade de realizar a adaptação transcultural do instrumento *ProvidersSurvey* para a utilização no Brasil este estudo contemplou as etapas de adaptação transcultural para a versão brasileira do instrumento *ProvidersSurvey*. O estudo piloto evidencia que no Brasil os profissionais de saúde classificaram como importante a inclusão para o trabalho, entretanto, os resultados demonstraram que os profissionais ficaram mais restritos na parte técnica assistencial. Essa

questão pode estar relacionada à clínica, ao processo de formação, às peculiaridades das instituições/serviços, às práticas de gestão do cuidado ou, ainda, pelas políticas públicas de saúde mental brasileiras (TRAPÉ; ONOCKO-CAMPOS, 2017). Ao passo que, na cultura americana, o trabalho é visto como uma fonte fundamental de autoestima positiva e de identidade pessoal⁹. Provavelmente, esse achado contribuirá para avanços em pesquisas sobre a relação do processo de *Recovery* no contexto assistencial e o direcionamento essencial dos profissionais dos serviços de saúde mental na inclusão social do usuário com transtorno mental.

Estudos encorajadores apontam que o apoio social pode melhorar a qualidade de vida das pessoas com transtorno mental, reduzindo estigmas sociais, facilitando a integração na sociedade, valorizando e incentivando o processo de restabelecimento (DAVIDSON, *et al.* 2012). É provável que os profissionais entendam que trabalhar pode reforçar um sentido positivo de identidade e interações sociais, implicitamente em suas próprias vidas e funções de trabalho, mas não parecem transferir esse entendimento para seus usuários (COSTA, *et al.* 2017). Aportes para melhorar as competências voltadas para o restabelecimento, como treinamento profissional em recuperação, mais tempo de prática em saúde mental, maior participação da equipe na gestão de casos e percepções de cultura de recuperação no local de trabalho são fatores preditores do restabelecimento (STUBER, *et al.* 2014; MANCINI, *et al.* 2013). O fato de os profissionais avaliarem que 'realizar acolhimento', 'acompanhamento de casos' e 'fornecer técnico de referência para a gestão de casos', como os componentes mais importantes do seu cotidiano, pode relacionar-se a uma forma de trabalho pautado na multiprofissionalidade, visando à promoção, prevenção e assistência dos usuários (BRASIL, 2017). Importante também ressaltar que o acolhimento é fundamental nas práticas assistenciais e construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário em sua rede socioafetiva, sendo uma prática essencial nos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, destaca-se a importância multidimensional dos profissionais no acompanhamento de indivíduos com transtornos mentais, sendo as positivas abordagens em uma perspectiva holística ao usuário e não apenas clínico-funcionais (MORAN; RUSSO-NETZER, 2015). Destaca-se que a transformação dos serviços de saúde mental para a orientação à recuperação requer compromisso de líderes de serviços, a fim de fornecer programas baseados em evidências. Os programas de reabilitação psiquiátrica com base na necessidade local devem ser incluídos nos serviços públicos de saúde mental (DE VECCHI; KENNY; KIDD, 2015). Ao avaliarem como menos importante 'eliminar todos os sintomas psiquiátricos', pode-se relacionar à dimensão do termo restabelecimento ao considerar que muitos usuários não apresentam a remissão completa sintomatológica. Para diferentes estudos, existem períodos de piora e ponderações sobre o quão participativa poderia ser a vida de um indivíduo com transtorno mental na comunidade, refletindo estigmas ainda presentes (BARRANTES, *et al.* 2017; WUNDERINK, *et al.* 2009; ABAS; VANDERPYL; ROBINSON, 2008). Pela carência de estratégias para o *Recovery*, na realidade brasileira, ou pelas vivências da prática clínica ou, ainda, por estereótipos

enraizados culturalmente, os profissionais consideraram menos importante 'estar conectado a algo maior do que a si mesmo', 'estar empregado em trabalho formal', contestando estudos que avaliaram que a inclusão do usuário no trabalho e estratégias de restabelecimento, como a participação em atividades religiosas, demonstram positivamente um aporte essencial na recuperação (DRAKE, *et al.* 2016; HAMER, 2017). Como limitações do estudo, por se tratar de um instrumento de autorrelato, pode haver uma diferença entre o que os profissionais avaliaram e como eles realmente realizam suas condutas/intervenções, ou seja, um viés de reportar, como também encontrado no estudo original de construção do instrumento americano (COSTA, *et al.* 2017). O desafio na adaptação transcultural do instrumento *Providers Survey* consistiu em tentar minimizar os riscos de vieses linguísticos, psicológicos, culturais e de compreensão teórica e prática (BORSA, DAMÁSIO, BANDEIRA, 2012). No entanto, faz-se importante ressaltar, o aspecto cultural da amostra brasileira, por refletir nas diferentes formas dos profissionais se relacionarem com o usuário de saúde mental no serviço, sobre as estratégias de apoio disponíveis ou as consideradas como importantes. Os usuários, no contexto brasileiro, dispõem de serviços muito díspares do contexto do instrumento *Providers*. No entanto, as indagações sobre o que realmente sentiam sobre cada item, possivelmente serão exploradas mais profundamente após a validação do *Providers Survey*.

CONCLUSÃO

O estudo descreve as etapas de adaptação transcultural da versão brasileira do instrumento *Providers Survey* como um instrumento válido e reproduzível para avaliar a relação entre o emprego e a recuperação dos usuários do serviço de saúde mental no Brasil, permitindo que os profissionais de saúde avaliem o grau de importância de cada item relacionado à sua prática. A análise do estudo piloto demonstra que, no Brasil, os profissionais avaliam aportes assistenciais como itens mais importantes, constatando-se como uma característica das políticas de saúde mental brasileiras, diferentemente da realidade americana. Quanto aos desafios do *Recovery*, verifica-se a necessidade de mais pesquisas sobre essa temática e a criação de políticas públicas para a inclusão no trabalho/emprego do usuário com transtorno mental.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Juliana Pereira Alves e Jucimere Fagundes Durães Rocha- Contribuíram na elaboração e desenvolvimento do projeto de pesquisa, participaram dos estágios da Adaptação Transcultural do Instrumento, coleta de dados, trabalharam na análise, interpretação e redação do manuscrito.

Mayara Karoline Silva Lacerda e Fabrine Costa Marques- Participaram dos estágios da Adaptação Transcultural do Instrumento *Providers Survey* para o uso no Brasil.

Mark Napoli Costa- Autorizou formalmente o uso do instrumento *Providers Survey* na cultura brasileira e participou da Adaptação Transcultural do Instrumento.

Aparecida Rosângela Silveira- Coorientou e participou da Adaptação Transcultural do Instrumento, coleta de dados, colaborou na análise e interpretação dos resultados, na redação e na revisão final do manuscrito.

Cristina Andrade Sampaio - Concebeu o projeto de pesquisa, coordenou os estágios da Adaptação Transcultural do Instrumento, orientou a coleta de dados, a análise, interpretação dos resultados, redação e na revisão final do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não existir conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

- Abas M.A, Vanderpyl J, Robinson E. 2008. Socioeconomic deprivation and extended hospitalization in severe mental disorder: a two-year follow-up study. *Psychiatr Serv* 59 (3):322-5.
- Barrantes, J.F, Violante C, Graça L, Amorim I. 2017. Programa de Luta contra o estigma: resultados obtidos na formação nos profissionais de saúde mental. *Rev Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Spe. 5), 19-24.
- Backes D.S, Colomé J.S, Erdmann R.H, Lunardi V.L. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *Mundo Saude*. 2011; 35 (4):438-42
- Beaton D.E, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. 2000. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 25 (24): 3186-91.
- Borsa J.C, Damásio BF, Bandeira, DR. 2012. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22 (53):423-32.
- Brasil. Ministério da Saúde. Lei n.10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 9 abr. 2001. Seção 1.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica*. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. :il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2017.
- Costa M, Baker M, Davidson L, Giard J, Guillorn L, Ibáñez A G, Weitz D, *et al.* Provider perspectives on employment for people with serious mental illness. *Int J Soc Psychiatry*, Epub 2017 Aug 11; nov, 63 (7): 632-40.
- Costa, M. N. *Recovery como estratégia para avançar a Reforma Psiquiátrica no Brasil*. *Cad. Bras. de Saúde Ment. Florianópolis* 2017; 9 (21):01-16.
- Costa M, Stakeholder involvement in forensic psychiatry: The Brazilian experience. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 2016; 44 (1), 2.
- Davidson L. After the asylum: a Basaglian-informed vision of Recovery-oriented care. *Cad. Bras. de Saúde Ment. Florianópolis*, 2017; 9 (21): 125-36.
- Davidson, L, Bellamy, C, Guy, K, Miller, R. Peer support among persons with severe mental illnesses: A review of evidence and experience. *World Psychiatry World Psychiatry*. 2012; 11 (2):123-8.
- De Vecchi N, Kenny A, Kidd S. Stakeholder views on a recovery-oriented psychiatric rehabilitation art therapy

- program in a rural Australian mental health service: a qualitative description. *International Journal of Mental Health Systems*.2015; 10 (9):11.
- Dortas Junior D.S, 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 AllergyImmunol*, 2016;4 (1):26-30.
- Drake RE, Bond GR, Goldman H H, Hogan MF, Karakus M. Individual placement and support services boost employment for people with serious mental illness, but funding is lacking. *Health Affairs*, 2016; 35 (6): 1098-105.
- Estrada S. FamiliesHealingTogether: Exploring a Family Recovery Online Course.*TheQualitativeReport*2016; 21 (7):1216-31.
- Jorge Monteiro F, 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* 2007; 1 (35):11-125.
- Hamer H. Returning citizens: social inclusion and occupational justice for mental health service users. *Cad. Bras. deSaúdeMent. Florianópolis*, 2017; 9 (21):89-113.
- Housen T, Lenglet A, Ariti C, Ara S, Shah S, Dar M, Hussain A, *et al.* Validation of mental health screening instruments in the Kashmir Valley, India. *Transcult Psychiatry*, 2018;55 (3): 361-383.
- Mancini M.A, Linhorst D.M, Menditto A.A, Coleman J. Statewide implementation of recovery support groups for people with serious mental illness: a multidimensional evaluation.*J Behav Health Serv Res.* 2013;40 (4):391-403.
- Marin I. A perspectiva do usuário esperto e a casa *Recovery* em Trieste. *Cad. Bras. deSaúdeMent. Florianópolis*, 2017; 9 (21): 114-24.
- Moran G, Russo-NetzerP. Understanding Universal Elements in Mental Health Recovery. *Qualitative Health Research*.2015; 26 (2):1-15.
- Oliveira W.F.*Recovery: o desvelar da práxis e a construção de propostas para aplicação no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil.* *Cad. Bras. de Saúde Ment. Florianópolis*, 2017; 9 (21): 321-30.
- Stuber J, Rocha A, Christian A, Johnson D. Predictors of recovery-oriented competencies among mental health professionals in one community mental health system. *Community Ment Health J.* 2014;50 (8):909-14.
- Trapé T.L, Onocko-Campos R. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação.*Rev Saúde Pública*.2017;51:19.
- Weeks G, Slade M, Hayward M.A. UK validation of the Stages of Recovery Instrument. *International Journal of Social Psychiatry*, 2010; 57 (5), 446–54.
- Wunderink L, Sytema S, Nienhuis F.J, Wiersma D. Clinical recovery in first-episode psychosis. *Schizophr Bull* 2009; 35 (2): 362-9.
- Whitley R. "Thank you God": religion and recovery from dual diagnosis among low-income African Americans.*Transcult Psychiatry*. 2012; 49 (1): 8.
- Zumpano C.E, Mendonça T.M S,Silva C.H.M, Correia H, Arnold B, Pinto R.M C. 2017. Adaptação transcultural e validação da escalade Saúde Global do PROMIS para a língua portuguesa. *Cad. Saúde Pública* 33 (1): e 00107
