

Avaliação de serviços orientados ao recovery no Brasil

potências e desafios nos processos de adaptação transcultural de instrumentos de medida

Evaluación de servicios orientados a la recuperación en Brasil: fortalezas y desafíos en los procesos de adaptación transcultural de instrumentos de medición
Evaluation of recovery-oriented services in Brazil: strengths and challenges in the processes of cross-cultural adaptation of measuring instruments



Leidy Janeth **Erazo-Chavez**

Éllen Cristina **Ricci**

Ehídee Isabel **Gomez-La-Rotta**

Erotildes Maria **Leal**

Rosana Teresa **Onocko-Campos**

ID: 10.33881/2027-1786.RIP.14210

Title: Evaluation of recovery-oriented services in Brazil

Subtitle: Strengths and challenges in the processes of cross-cultural adaptation of measuring instruments

Título: Evaluación de servicios orientados a la recuperación en Brasil

Subtítulo: Fortalezas y desafíos en los procesos de adaptación transcultural de instrumentos de medición

Título: Avaliação de serviços orientados ao recovery no Brasil

Subtítulo: Potências e desafios nos processos de adaptação transcultural de instrumentos de medida

Alt Title / Título alternativo / Título alternativo:

[en]: Evaluation of recovery-oriented services in Brazil: strengths and challenges in the processes of cross-cultural adaptation of measuring instruments

[es]: Evaluación de servicios orientados a la recuperación en Brasil: fortalezas y desafíos en los procesos de adaptación transcultural de instrumentos de medición

[pt]: Avaliação de serviços orientados ao recovery no Brasil: potências e desafios nos processos de adaptação transcultural de instrumentos de medida

Author (s) / Autor (es) / Autor (es):
Erazo-Chavez, Ricci, Gomez-La-Rotta, Leal & Onocko-Campos

Keywords / Palabras Clave / Palavras chave:

[en]: mental health, community mental health services, health assessment, mental health recovery

[es]: salud mental, servicios comunitarios de salud mental, evaluación de la salud, recuperación de la salud mental

[pt]: saúde mental, serviços comunitários de saúde mental, avaliação em saúde, recuperação em saúde mental

Proyecto / Project / Projeto:
No Reporta

Financiación / Funding / Financiamento::
No Reporta

Submitted: 10/30/2020

Accepted: 2021-01-27

Resumen

Este artículo tiene como objetivo reflexionar sobre la orientación para la recuperación en los servicios comunitarios de salud mental, señalando los desafíos y fortalezas que surgieron al trabajar con usuarios y familiares durante la adaptación transcultural del instrumento de Autoevaluación de recuperación (RSA-R) en Brasil. Las reflexiones se basaron en el análisis de los diarios de campo de dos académicos que participaron en la investigación titulada: "Recuperación: Instrumentos para medirla en la realidad brasileña". El estudio matricial incluyó la participación de usuarios y familiares acompañados de servicios de salud mental en las ciudades de Campinas e Itatiba, São Paulo. Se siguió la metodología de adaptación transcultural de instrumentos, que incluyó las etapas de traducción, retrotraducción, evaluación de expertos, dos estudios piloto con familiares y dos estudios de confiabilidad y validez. Para este artículo se analizaron los diarios de campo de los dos estudios piloto realizados con usuarios y familiares y la etapa de evaluación con expertos. Así, se encontraron tres ejes que cruzan la experiencia de adaptación del constructo al contexto brasileño: los usuarios como protagonistas en la producción de conocimiento; la familia como actor potencial y desafiante en los procesos de adaptación intercultural, y; la recuperación como un constructo en construcción en el contexto brasileño. De esta experiencia, se destaca la importancia de la participación de los usuarios y sus familias en la evaluación de los servicios y en la estructuración de proyectos orientados a la recuperación en los servicios públicos de salud mental en Brasil.

Abstract

This experience report aims to reflect on the guidance for recovery in community mental health services, pointing out the challenges and strengths that emerged in working with users and family members during the cross-cultural adaptation of the Recovery Self-Assessment (RSA-R) instrument in Brazil. The reflections were based on the analysis of the field diaries of two academics who participated in the research entitled: "Recovery: Instruments for measuring it in the Brazilian reality". The matrix study included the participation of users and family members accompanied by mental health services in the cities of Campinas and Itatiba, São Paulo. The methodology of cross-cultural adaptation of instruments was followed, which included the stages of translation, back-translation, expert assessment, two pilot studies with family members and two reliability and validity studies. For this article, the field diaries of the two pilot studies carried out with users and family members and the assessment stage with experts were analyzed. Thus, three axes were found that cross the experience of adapting the construct to the Brazilian context: users as the protagonist in the production of knowledge; the family as a potential and challenging actor in cross-cultural adaptation processes, and; recovery as a construct under construction in the Brazilian context. From this experience, the importance of the participation of users and their families in the evaluation of services and in the structuring of projects aimed at recovery in public mental health services in Brazil is highlighted.

Resumo

O presente relato de experiência tem como objetivo refletir sobre a orientação ao recovery nos serviços comunitários de saúde mental, apontando os desafios e as potências que surgiram no trabalho com usuários e familiares durante a adaptação transcultural do instrumento Recovery Self-Assessment (RSA-R) no Brasil. As reflexões foram baseadas na análise dos diários de campo de duas acadêmicas que participaram da pesquisa intitulada: "Recovery: Instrumentos para sua aferição na realidade brasileira". O estudo matriz contou com a participação de usuários e familiares acompanhados pelos serviços de saúde mental dos municípios de Campinas e Itatiba, São Paulo. Foi seguida a metodologia de adaptação transcultural de instrumentos que contemplou as etapas de tradução, retrotradução, avaliação por especialistas, dois estudos pilotos com familiares e dois estudos de confiabilidade e validade. Para este artigo foram analisados os diários de campo dos dois estudos pilotos feitos com usuários e familiares e a etapa de avaliação com especialistas. Sendo assim, encontrou-se três eixos que atravessam a experiência de adaptação do construto ao contexto brasileiro: os usuários como o protagonista na produção de conhecimento; a família como um ator em potencial e desafiador nos processos de adaptação transcultural, e; o recovery como construto em construção no contexto brasileiro. A partir dessa experiência, destaca-se a importância da participação dos usuários e familiares na avaliação de serviços e na estruturação de projetos voltados ao recovery nos serviços públicos de saúde mental no Brasil.

Citar como:

Erazo-Chavez, L. J., Ricci, É. C., Gomez-La-Rotta, E. I., Leal, E. M., & Onocko-Campos, R. T. (2021). Avaliação de serviços orientados ao recovery no Brasil: Potências e desafios nos processos de adaptação transcultural de instrumentos de medida. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 14 (2), 105-115. <https://reviberopsicologia.ibero.edu.co/article/view/2007>

Leidy Janeth **Erazo-Chavez**, PhD Psi
AutorID: [citations?hl=en&user=BXeMmcsAA](#)
[AAJ&view_op=list_works](#)
Research ID: [AAN-5617-2021](#)
ORCID: [0000-0003-3715-7864](#)
Source | Filiación:
Docente Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT
City | Ciudad:
Cuiabá [br]
e-mail:
leidye32@gmail.com

Erotildes Maria **Leal**, PhD MA Med
Research ID: [P-7663-2015](#)
ORCID: [0000-0002-8468-4571](#)
Source | Filiación:
Docente Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ
City | Ciudad:
Rio de Janeiro [br]
e-mail:
eroleal@gmail.com

Éllen Cristina **Ricci**, PhD MA To
Research ID: [N-6688-2017](#)
ORCID: [0000-0003-3471-1479](#)
Source | Filiación:
Docente Universidade Federal de Pelotas - UFPel
City | Ciudad:
Pelotas [br]
e-mail:
ellenricci@gmail.com

Rosana Teresa **Onocko-Campos**, PhD MA Med
Research ID: [A-2288-2014](#)
ORCID: [0000-0003-0469-5447](#)
Source | Filiación:
Docente Universidad Estadual de Campinas- UNICAMP
City | Ciudad:
Campinas [br]
e-mail:
rosanaoc@unicamp.br

Ehídee Isabel **Gomez-La-Rotta**, PhD MA Med
Research ID: [L-1957-2013](#)
ORCID: [0000-0003-1194-9898](#)
Source | Filiación:
Instituto Butantan
City | Ciudad:
São Paulo [br]
e-mail:
larottaehidee@gmail.com

Avaliação de serviços orientados ao recovery no Brasil

potências e desafios nos processos de adaptação transcultural de instrumentos de medida

Evaluación de servicios orientados a la recuperación en Brasil: fortalezas y desafíos en los procesos de adaptación transcultural de instrumentos de medición

Evaluation of recovery-oriented services in Brazil: strengths and challenges in the processes of cross-cultural adaptation of measuring instruments

Leidy Janeth **Erazo-Chavez**

Éllen Cristina **Ricci**

Ehidee Isabel **Gomez-La-Rotta**

Erotildes Maria **Leal**

Rosana Teresa **Onocko-Campos**

O recovery movement inaugurou a concepção de que o processo de recovery/recuperação das pessoas que vivenciam o adoecimento psíquico envolve a própria experiência do adoecimento, mantendo o controle sobre suas decisões e a incorporação de novos sentidos de vida (**Anthony, 1993; Davidson, 2016**). Entende-se o recovery como um processo profundamente pessoal e único de mudar as atitudes, os valores, os sentimentos, as metas, e os papéis de uma pessoa. Uma maneira de viver uma vida satisfatória, esperançosa e contributiva, mesmo com os desafios causados pelo adoecimento (**Davidson et al., 2010; Deegan, 1988; Mary Leamy et al., 2011; Slade et al., 2014**).

O recovery é um processo singular que tem um significado específico em cada pessoa que o vivencia. No entanto, ele não é processo solitário, serviços e programas de saúde podem potencializar a mudança pessoal, assumindo que o recovery é possível, inclusive sem o suporte de um profissional (**Mascayano & Montenegro, 2017**). A orientação ao recovery dentro dos serviços de saúde tem como base fundamental o apoio desse processo, independentemente do ponto de partida, facilitando uma colaboração ativa entre o usuário, sua família e os profissionais de saúde mental (**Dalum et al., 2015; Farkas, 2007**). Além disso, aponta à redefinição de um sistema de saúde mental que se centre na redistribuição do poder e a participação dos usuários e familiares, tornando-os agentes ativos no planejamento, implementação, prestação de serviços e avaliação dos programas e serviços (**Duarte, 2007**).

Prestar atenção à cultura local, reconhecer e impulsar a contribuição dos usuários, reduzir a ênfase na classificação diagnóstica e facilitar o caminho para a justiça social, apresentam-se como principais desafios para incorporação do recovery na América Latina. Um caminho para a superação de tais desafios pode ser serviços de saúde que, além do conhecimento científico, incorporam conhecimento popular e a própria experiência dos usuários (Vera San Juan, 2017).

No Brasil, os avanços em relação à atenção e acesso ao cuidado dos usuários são amplamente conhecidos. O estabelecimento de serviços substitutivos ao modelo asilar foi um grande avanço na consecução de um trato humanizado na saúde mental. No entanto, após 30 anos da reforma psiquiátrica, o Brasil compartilha junto com outros países vizinhos dificuldades em relação à incorporação da cultura do recovery, pois muitos dos modelos de tratamento prestados dentro dos serviços substitutivos acabam sendo restritos, sem conseguir potencializar a inclusão dos usuários na sociedade. Um outro ponto determinante é a ênfase dada ao saber dos profissionais dentro dos serviços, sendo menos comum as experiências que integram ao cuidado o conhecimento popular, a própria experiência dos usuários e seus (Costa, 2017; Mascayano et al., 2017)

Vários autores (Costa, 2017; Mascayano et al., 2017; Onocko Campos et al., 2017; Ricci, 2017; Serpa et al., 2017; Vasconcelos, 2017), concordam que os serviços orientados sob a lógica do recovery poderiam ser uma resposta de enfrentamento ante esses desafios na América Latina. Mascayano et al., (2017), sugerem uma agenda composta de uma série de ações que visem o envolvimento dos usuários e suas organizações no processo de reformulação de políticas, programas, serviços e modelos de cuidado. Uma via importante para esse processo seria a avaliação dos serviços de saúde mental prestados a essa população, identificando se esses serviços conseguem atender as necessidades reais dos usuários e familiares, alinhados sob a lógica da orientação ao recovery. Nesse sentido, aportar experiências que permitam potencializar as ferramentas de avaliação adaptadas ao contexto é parte fundamental para o avanço dessa agenda e da discussão do recovery na América Latina.

Recovery Self-Assessment

O Recovery Self-Assessment (RSA) foi desenvolvido pelo Program for Recovery and Community Health (PRCH), da Yale University nos Estados Unidos (EUA). Este instrumento avalia o grau em que os programas implementam práticas orientadas para o recovery, a partir da perspectiva de quatro grupos de interesse, os usuários, os familiares, os trabalhadores e os gestores Yale (O'Connell et al., 2005). O RSA é uma das escalas mais utilizada para avaliação nos serviços de saúde mental em vários países, como Inglaterra, Canadá, Dinamarca, Alemanha, China, entre outros (Bola et al., 2016; Kidd et al., 2010; Leamy et al., 2016; Petrakis et al., 2014; Rosenberg & Svedberg, 2015).

O instrumento possui duas versões: a versão original, o RSA, que possui 36 itens por cada grupo de interesse e a versão revisada, o RSA-R. O RSA-R usuário e família são compostos por 32 itens (frases afirmativas), sendo que no instrumento família existem mais 8 itens considerados apêndices. As respostas variam do número 1 (Discordo fortemente) até o 5 (Concordo fortemente), constituindo uma escala Likert de 5 pontos e mais duas considerações, Não Sei (NS) e Não se

Aplica (NA). As frases são agrupadas em 6 domínios (metas de vida, envolvimento, diversidade de opções de tratamento, escolha, serviços personalizados, ambiente) (O'Connell et al., 2005, 2007).

Recovery Self-Assessment no Brasil

O Brasil tem pesquisas sobre avaliação de serviços em saúde mental, mas ainda em número menor comparado a países como Inglaterra, Austrália e EUA. A abordagem metodológica de incorporar a perspectiva do usuário e familiares nos estudos, tanto no Brasil quanto em outros países, ainda é um desafio (Ricci et al., 2020a).

Partindo desses pressupostos, o RSA-R apresentou-se como um instrumento internacionalmente robusto para avaliação de serviços em saúde mental, que contemplou desde a sua origem nos EUA as dimensões da orientação ao recovery a partir da percepção dos usuários e familiares. O RSA-R foi projetado para identificar pontos fortes e áreas-alvo de melhoria em sistemas e serviços de saúde, que buscam oferecer tratamentos orientados ao recovery/recuperação.

O instrumento RSA-R foi adaptado e validado no Brasil através da pesquisa "Recovery: Instrumentos para sua aferição na realidade brasileira", desenvolvida pelo grupo de pesquisa Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). O processo de Adaptação Transcultural (ATC) do instrumento, foi conduzido de acordo com a literatura estudada (Mokkink et al., 2010; Souza & Rojjanasrirat, 2011; Wild et al., 2005). Assim, contemplou oito etapas para a ATC: preparação; tradução; retrotradução; avaliação por especialistas; piloto um; opinião de especialistas; piloto dois; e harmonizações. Parte dos resultados desse estudo encontram-se publicadas (Erazo-Chavez et al., 2020; Ricci et al., 2020b).

Reflexões a partir da experiência de ATC do RSA-R no Brasil

Construtos subjetivos como o recovery são influenciados em grande medida pela cultura, pelas condições socioeconômicas do país, a forma de organização dos sistemas de saúde e como os cuidados são prestados. O processo de ATC do RSA-R, no Brasil implicou grande apropriação do construto recovery, tecendo estratégias para lidar com as diferenças socioculturais e econômicas entre os dois países, EUA e Brasil. Uma dessas estratégias foi tentar envolver o público alvo, usuários e familiares, em várias etapas da pesquisa.

Assim, conseguiu-se resgatar um pouco mais das práticas de cuidado que o público alvo recebeu nos serviços de saúde mental comunitários no país. Esse resgate foi feito a partir do uso de técnicas como o Grupo Focal e as entrevistas, técnicas utilizadas usualmente nas pesquisas qualitativas e fortemente recomendadas na literatura de ATC (Mokkink et al., 2010; Souza et al., 2011; Wild et al., 2005).

Sendo assim, o presente relato de experiência teve como objetivo refletir sobre a orientação ao recovery nos serviços comunitários de

saúde mental, apontando os desafios e as potências que surgiram no trabalho com usuários e familiares durante a adaptação transcultural do instrumento Recovery Self-Assessment (RSA-R) no Brasil.

Analisou-se a experiência e percepção das pesquisadoras sobre o trabalho com os usuários e familiares nos encontros das etapas da ATC, a partir dos diários de campo e em diálogo com experiências de ATC do mesmo instrumento em outros países. Assim, houve o resgate dos dois estudos pilotos feitos com usuários e familiares e da etapa de avaliação por especialistas, que, mesmo não sendo usuários ou familiares, tinham experiência de trabalho com essa população.

A partir dessa análise encontramos três eixos determinantes que atravessaram a nossa experiência de ATC do RSA-R: os usuários como o protagonista na produção de conhecimento; a família como um ator em potencial e desafiador nos processos de adaptação transcultural, e; o recovery como construto em construção no contexto brasileiro.

I. Os usuários Como o Protagonistas na Produção do Conhecimento

Os processos avaliativos dos serviços de saúde mental centrados na voz dos usuários apresentam-se frágeis no cenário brasileiro e considera-se que avaliar serviços sob os processos de recovery é um desafio devido ao estigma, a desigualdade social e as formas de tratamento ainda vigentes no Brasil (Dantas & Oda, 2014; Ricci et al., 2020b).

O significado da palavra recuperação na cultura brasileira não é tão abrangente como a noção de recovery aparece em outras culturas. A orientação para o recovery não é uma direção natural ou instituída explicitamente nas políticas do país, embora elas possam ser mais ou menos sensíveis a essa orientação. As políticas nacionais são orientadas pela e para a reabilitação psicossocial e baseadas na comunidade, que valorizam a autonomia, inserção social (trabalho, educação, moradia), cidadania e empoderamento de usuários e familiares. Apesar desses ideais dialogarem com o recovery, o cotidiano dos serviços se apresenta distinto, ou seja, ainda trabalhando na lógica de reabilitação como resgate do passado saudável, em que a doença é algo a ser vencido, superado e a cura torna-se momento abstrato (Campos, 2008; Azevedo et al., 2015; Costa, 2017). Para que o recovery, enquanto um movimento/conceito que propõe o protagonismo dos usuários a partir da sua experiência vivida, contribua para o aprofundamento do processo de reformulação da assistência em saúde mental brasileira, será preciso sublinhar a sua dimensão vivencial, corporificada e local.

Por isso, no processo de preparação da ATC montamos um grupo de trabalho (GT) entre estudantes de pós graduação do Grupo Interfaces e os usuários pesquisadores do grupo, em que discutimos o que eles entendiam por processos de recuperação e um breve exercício de pré-tradução livre do instrumento (Nascimento et al., 2017). Esta experiência favoreceu um primeiro processo de reflexão e de conhecimentos mais horizontalizados, em que foi possível percorrer caminhos da biografia de cada integrante, conversar e ouvir as histórias de vida e de recuperação e debater frases e palavras do instrumento. Todos avaliaram interessante ter o instrumento para o Brasil, visto a robustez e abrangência das frases, perpassando temáticas importantes sobre a relação dos usuários com os serviços e os tratamentos propostos. Vale ressaltar que esse grupo já estava em contato com a noção de recovery há cinco anos, pois participavam ativamente do grupo de pesquisa Interfaces da Unicamp, ou seja, não representava o que boa parte dos usuários brasileiros saberiam sobre recovery.

Então seguimos para a etapa metodológica de avaliação com os especialistas, apesar de todas as frases ficaram acima de 80% e consideradas elegíveis pela literatura utilizada (Alexandre & Coluci, 2011), os especialistas indicaram várias mudanças de palavras, ou até de frases completas, pois percebiam que parte do construto não fazia parte da rotina dos serviços ou da realidade vivida pelos usuários brasileiros. Houve a generalização para todo o instrumento a palavra serviço, que aparecia ainda com várias traduções do tipo “programa” e “agência”, e equipe que ainda aparecia como “time” e “trabalhadores”. Essas sugestões já haviam sido feitas também pelos usuários durante o GT. Os especialistas também trouxeram sugestões de alteração para conselhos locais e assembleias, o que aparecia como reuniões e comitês gestores. Todos esses exemplos são coerentes com a nossa realidade no Sistema Único de Saúde (SUS) e preconizados nas suas diretrizes.

Seguimos para o grupo focal (GF), que é uma técnica de análise de dados obtidos pela interação grupal, que permite observar como experiências, definição de problemas, opiniões, sentimentos e representações do grupo se associam a determinado fenômeno. Possibilita também a compreensão das experiências dos participantes do seu próprio ponto de vista, evidenciando consensos e dissensos (Dimov & Ricci, 2016; Miranda et al., 2008).

A inclusão de grupos de interesse (stakeholders), no nosso caso os usuários dos serviços de saúde mental, no processo de ATC como recurso metodológico surge na tentativa de conseguir uma compreensão mais complexa da realidade, e da defesa por um exercício dialógico, que considere os atores envolvidos, conhecedores por excelência dos fenômenos estudados (Beaton et al., 2002; Wild et al., 2005). Nesta pesquisa contou-se com o apoio de um usuário pesquisador, na função de observador nos GFs. O observador tem a função de registrar as comunicações não verbais e até mesmo as conversas paralelas, com concordâncias ou discordâncias do que está sendo discutido nos GFs. Assim foi possível a inserção dele no processo de pesquisa, como também possibilitou uma relação de igualdade, pautada na valorização da experiência e no reconhecimento do saber do mesmo. Por isso, a escolha de um usuário pesquisador para mediar dos GFs foi feita intencionalmente pela sua história no grupo de pesquisa, sua implicação, experiência em participar de comitês de pesquisas anteriores e grupos de trabalho com a temática dos processos de recuperação.

Durante os GFs os usuários participantes perceberam e sugeriram mudanças de palavras; manutenção apenas da palavra recuperação, pois na opinião deles todo mundo espera um dia recuperar-se de algo como a saúde e dignidade; e o tempo verbal preferencialmente no presente. Houve também desmembramento de duas frases (17 e 21), visto que abordavam questões distintas na realidade dos usuários. A frase 17 falava de trabalho e emprego, que são questões diferentes para os brasileiros, pois estar empregado é ter alguma formalidade legal que garanta direitos trabalhistas e a 21 descrevia grupos de autoajuda e associações em defesa dos direitos, que na realidade acontecem de forma distinta, visto que no SUS há estímulos para a formação das associações e controle social.

Seguiu-se para o piloto dois e houve a confirmação de que seria necessário melhorar ainda as instruções da escala, descrever resumidamente o que é recuperação (a luz do recovery) e repetir as palavras dos pontos da escala em cada frase, linha por linha, facilitando visualmente para o participante as opções de escolha que ele teria em cada item.

Na fase piloto também considerou-se as entrevistas com cada participante após a autoaplicação do instrumento, pretendendo explorar o significado que cada um deu para os itens e respostas, buscan-

do manter o seu equivalente em uma situação aplicada. Este processo forneceu alguma medida de qualidade na validação do conteúdo (Bandeira et al., 2009; Beaton et al., 2007; Guillemin et al., 1993).

Considerando a literatura acima citada, o construto, a população-alvo e a situação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nesta fase da pesquisa (novembro e dezembro), escolheu-se intencionalmente dois serviços tipo Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) III e CAPS Álcool e Drogas (AD) III, que contavam com público heterogêneo, equipes com mais disponibilidades a colaborar com a indicação de pessoas e salas para aplicarmos as entrevistas.

O piloto dois contou com seis participantes, sendo que uma desistiu ao longo da entrevista, pois estava sem óculos e achou muito cansativo. Logo nas primeiras aplicações e durante as entrevistas ficou claro como o instrumento ainda carecia de modificações, com palavras e construções muito complexas para a população-alvo, que, além do uso prolongado de medicações e outras substâncias psicoativas, tinham baixa escolaridade, ou até mesmo dificuldades de visão. O mesmo fenômeno se repetiu no piloto da versão dos familiares descrita ao longo deste artigo.

Assim, contratou-se uma pedagoga, professora há 26 anos, especializada em educação de jovens e adultos. Ela tinha contato com usuários da saúde mental em sala de aula pela parceria da Fundação Municipal para a Educação de Campinas (Fumec) com Centros de Convivência (Cecos) da cidade, o que garantia também sua experiência em alfabetização em situações crônicas de adoecimento psíquico e o alcance das técnicas para esse público.

Ela teve contato com o instrumento a partir de uma primeira reunião de pactuação do trabalho. Após adequar praticamente todas as frases, ela revisou as instruções e a escala do instrumento, sugerindo para esta a inserção de figuras coloridas (emojis) para além das palavras, que indicavam uma gradação mais subjetiva de fenômenos. Nítidamente suas contribuições foram de grande valia, deixando o instrumento mais acessível, simplificado, com linguagem mais popular.

Na segunda rodada do piloto dois, durante as entrevistas, percebeu-se o salto de qualidade na interpretação e entendimento dos participantes em relação às instruções e frases, mas menos na gradação da escala. Duas frases ainda apresentavam problemas, mais pela falta de vivência dos usuários com práticas que deveriam ser rotineiras nos serviços públicos brasileiros, como os conselhos locais de saúde e grupos de autoajuda ou ajuda mútua – esses pouco difundidos ainda no país.

II. A família como um Ator em Potencial e Desafiador nos Processos de ATC

A relação da família com o usuário da saúde mental historicamente foi teorizada como um substrato negativo em relação à doença mental, motivo pelo qual a institucionalização era pensada como um recurso promissor para o tratamento mental (Rosa, 2008). A partir dos anos 1970, com a crise fiscal do Estado e a reorientação das políticas públicas pelo ideário neoliberal, foram devolvidas à família muitas funções antes assumidas pelo Estado, entre elas o cuidado dos usuários de saúde mental, reivindicando o seu lugar no estado moderno, como “banalizadora das relações sociais e construtora das identidades individuais” (Rosa, 2008, p. 80). Nessa perspectiva a família ganhou

maior protagonismo e começou a ser vista e estudada como recurso para estratégias de intervenção, lugar de convivência, sujeito da ação e provedora de cuidados (Rosa, 2008).

No Brasil, a partir da reforma psiquiátrica, ocorre um reordenamento das relações sociais entre o usuário, a família e os serviços. Os CAPS se constituem como um ordenador da rede de serviços em saúde mental e ficam responsáveis por acolher os usuários e suas famílias. O usuário retornou ao seu território, onde o espaço social e de cuidado se dá na relação com os familiares, os amigos e a comunidade. Assim, as famílias foram convocadas a compartilhar o cuidado com os profissionais e os próprios sujeitos (Kantorski et al., 2019; Sade, 2014). No entanto, alguns estudos referem que a família ainda não foi incluída completamente no compartilhamento do cuidado, sendo ela uma espectadora, à espera dos resultados das intervenções, sendo a sua inclusão um desafio para os serviços (Azevedo et al., 2015; Dantas et al., 2014; Emerich et al., 2014; Firmo & Jorge, 2015). Os dados não são muito diferentes quanto à inclusão das famílias nas pesquisas de avaliação dos serviços de saúde mental. Dantas et al., (2014), referem que as famílias são o grupo de interesse com menor frequência de participação nos estudos de avaliação de serviços, mas admitem que sua participação tem contribuição importante.

No que diz respeito à ATC de instrumentos em saúde mental, a participação dos familiares como população alvo concentram-se em avaliação de triagem, avaliação da sobrecarga do cuidador, da qualidade de vida e da percepção do cuidador/familiar em relação às mudanças do usuário ao tratamento (Bandeira et al., 2007, 2009; Chiu et al., 2011; Dalky et al., 2017; Goel & Kataria, 2018; Matías-Carrelo et al., 2003).

Na fase de adaptação da versão do familiar do RSA-R, encontrou-se limitações em relação aos dados de comparação, pois, além do estudo dos Estados Unidos, nenhum outro país, até a presente data, fez a adaptação dessa versão (Erazo-Chavez et al., 2020). Há apenas dados da validação RSA família original de 36 itens realizados no Canadá (Kidd et al., 2010) e na China (Bola et al., 2016). Nessas pesquisas não se identificou envolvimento dos familiares no processo de ATC, só sua participação na hora de responder o questionário. A versão chinesa foi traduzida para o inglês tradicional por um pesquisador bilíngue, verificada sua validade de conteúdo por um psiquiatra clínico sênior e testada para precisão, compreensão e legibilidade com vários estudantes bilíngues. Os pesquisadores chineses tiveram perdas de resposta, devido à grande taxa de dados incompletos, especialmente nos itens 4, 9, 20 e 27.

Na versão revisada, o RSA-R família, os itens 4 e 20 foram suprimidos, o item 9 corresponde ao item 30 e o item 27 corresponde ao item 25. Esses itens indagam sobre a participação do usuário em instâncias de gestão e política dentro dos serviços de saúde mental e se a equipe responde aos interesses e preocupações do mesmo. Bola et al (2016), associaram essas perdas ao aspecto cultural, acreditando que, como a diversidade étnica e cultural em Hong Kong não é tão grande como nos Estados Unidos, essas questões podem não ser tão apropriadas na avaliação da orientação ao recovery em serviços de saúde mental em Hong Kong.

Semelhante ao estudo realizado na China, no nosso estudo identificamos itens desafiadores através dos dois estudos piloto. Essas dificuldades foram nos itens 30 e 25, além dos itens 13, 21 e 32, esses últimos itens referem-se à vinculação dos usuários a grupos de pares e associações em defesa dos direitos, a inclusão de diversidade nas práticas oferecidas nos serviços e se os trabalhadores dos servi-

ços têm diversidade em termos de raça, religião e opção sexual. Esses itens foram reescritos e adaptados a uma linguagem mais simples para que pudessem ser mais compreensíveis no contexto brasileiro, com o apoio da profissional em pedagogia.

Assim, o envolvimento dos familiares, como população alvo, na adaptação transcultural se mostrou essencial, além de ser recomendado em vários guias de adaptação transcultural. Essas diretrizes sugerem que a participação dos grupos de interesse em projetos de pesquisa aumenta os achados, a confiabilidade e validade dos instrumentos (Beaton et al., 2007; Lodge et al., 2018; Rosenberg et al., 2015; Wild et al., 2005).

No que diz respeito à coleta de dados, encontramos-nos com um trabalho de campo dispendioso, pois os familiares, enquanto população alvo de nosso estudo, não transitavam com frequência pelos serviços de saúde mental. O horizonte trazido da reforma psiquiátrica ainda carece da vinculação desse grupo de interesse ao processo de desinstitucionalização. Isto pode ser explicado pelo fato de que em muitos serviços não há flexibilidade dos horários e, conseqüentemente, não se oferta atendimento aos familiares com vínculo empregatício, por exemplo, que acabam não conseguindo participar dos espaços já estabelecidos (Emerich et al., 2014; Pande & Amarante, 2011). Portanto, em nosso estudo se observou que os intercâmbios entre a família e o serviço se restringem aos espaços de consultas e retirada da medicação na farmácia. Assim, a coleta de dados do estudo se restringiu principalmente nesses espaços, pois poucos eram os CAPS que tinham espaços de cuidado estabelecidos para os familiares, como grupos ou espaços individuais para a sua participação.

Podemos reconhecer a participação dos familiares no estudo piloto como uma experiência muito enriquecedora, já que para alguns dos familiares era a primeira vez que participavam de uma pesquisa e davam sua opinião a respeito do serviço. Alguns familiares preencheram o instrumento como se estivesse avaliando o serviço, mesmo quando lhes prestamos esclarecimentos de que esse ainda não era o objetivo da pesquisa. Para outros familiares, o momento do preenchimento do instrumento era um dos poucos espaços que haviam experimentado dentro do serviço para falar sobre a experiência de ser um familiar de usuário da saúde mental. Portanto, é importante vincular cada vez mais os familiares dentro das pesquisas de avaliação em saúde mental.

No exercício de ATC do RSA-R a participação dos familiares foi fundamental para identificar os itens que seriam mais desafiadores e a interação com eles impôs desafios metodológicos que enriqueceram o desenho de adaptação. Também, a partir da incursão no campo, pode-se identificar que a relação do familiar com o serviço é muito frágil. Os serviços de saúde mental, especialmente os CAPS, terão que repensar suas práticas, principalmente no que diz respeito à inclusão do familiar no tratamento.

O grupo de família pode ser uma estratégia utilizada pelo serviço para contribuir no processo terapêutico do usuário e promover a inserção da família no cuidado, porém o impacto dessa atividade ainda é limitado e, às vezes, acaba se centrando na discussão da medicalização e dos sintomas. Nesse sentido, consideramos que se deve aumentar a oferta de espaços coletivos e individuais com flexibilidade de horário e considerar as intervenções domiciliares como forma de atingir maior número de familiares envolvidos no processo terapêutico (Bielemann et al., 2009).

III. O Recovery como Construto em Construção no Contexto Brasileiro

O recovery fundamenta-se em dois princípios: “que pessoas com um transtorno mental (independente da severidade) podem viver uma vida produtiva, mesmo manifestando sintomas, e que muitos vão recuperar-se do seu transtorno mental” (Costa, 2017, p. 1). A avaliação dos serviços nesse enfoque tem sido ponto priorizado pela Organização Mundial de Saúde, que aponta a necessidade dos serviços serem facilitadores da vivência de recovery, desenvolvendo práticas voltadas para autonomia e autodeterminação, permitindo que os usuários façam escolhas no seu processo de tratamento (Farkas, 2007; Farkas et al., 2005).

Os resultados do estudo de ATC do RSA-R nos permitem dizer que as mudanças, tanto na forma de aplicação do instrumento, quanto na escrita dos itens, foram necessárias devido às diferenças socioculturais existentes entre Brasil e os EUA (Erazo-Chavez et al., 2020; Ricci et al., 2020b). Também existem diferenças em relação às práticas, estratégias e programas de intervenção em saúde mental e isso tornou a ATC do construto um desafio em todas as etapas da pesquisa. São exemplos de práticas que implicam um maior envolvimento do usuário nas decisões, a ampliação dos espaços coletivos para além do CAPS e com os grupos de apoio de pares. Esses aspectos foram tensionados ao longo da aplicação do RSA-R.

O envolvimento a partir da perspectiva do recovery diz respeito ao grau em que os usuários e familiares estão engajados no desenvolvimento e fornecimento de programas e serviços (O’Connell et al., 2005). A experiência na adaptação do RSA-R no Brasil indica que esses grupos de interesse estão pouco vinculados nos processos de avaliação, especialmente os familiares, aspecto essencial no fortalecimento dos serviços. O trabalho em direção à afirmação de usuários e familiares precisa vincular ambos os grupos de interesse em processos de tomada de decisões frente ao tratamento, mas também frente a como efetivar iniciativas para melhoria dos serviços e programas, motivo pelo qual se deve envolvê-los nas avaliações, mas não só como objetos de informação, mas sim como sujeitos que coproduzem realidades e formas de interpretação dessas realidades (Campos, 2008; Kirschaub, 2008). Assim, a avaliação pode tornar-se um mecanismo de participação que opere desde o plano político até à dimensão terapêutica, possibilitando o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos e dos grupos (Menendez, 2009).

O recovery considera o indivíduo em toda a sua especificidade incluindo aspectos como a mente, o corpo, o espírito e a comunidade (Costa, 2017). A ampliação dos espaços coletivos para além do CAPS é um caminho para essa missão. No Brasil, a partir da política de saúde mental, existem alguns serviços dentro da rede, como por exemplo, as oficinas de geração de renda e os Cecos. Não obstante, a implementação da política pública não é uniforme em todo o país e por isso, as iniciativas de inclusão no trabalho, na arte e na cultura ainda permanecem localizadas em grandes centros urbanos (Silveira et al., 2017).

Na pesquisa de ATC foram vinculados usuários e familiares que participavam dos Cecos também e conseguimos perceber diferenças em relação ao vínculo que estes mantêm entre Cecos e o CAPS. No caso os que participavam de ambos relataram que o CAPS era o lugar de tratamento para sua doença, onde geralmente recebiam atendimentos médicos, troca de receita e atendimento terapêutico, e no

Ceco era o espaço para interagir e conhecer outras pessoas com ou sem adoecimento mental. Alguns também relataram esquecerem em alguns momentos de sua condição de sofrimento, pois os Cecos são espaços abertos para toda a comunidade. A partir disso, consideramos os espaços comunitários essenciais para propiciar processo de recovery.

Iniciativas voltadas para devolver cidadania são essenciais para incluir novas formas de cuidado como, por exemplo, o suporte entre pares, os grupos de ajuda mútua e os grupos autônomos de medicação (Silveira et al., 2017). O programa de apoio entre pares é um dos aspectos essenciais na oferta de outros serviços além dos CAPS. Ele implica “o compartilhamento de conhecimento baseado em experiência e aprendizado social” (Costa, 2017, p. 4). Esse programa é uma tradição já consolidada nos Estados Unidos e em outros países, tais como a Inglaterra e Canadá, e se expressa na forma de organizações, redes, grupos, intervenções culturais, etc., que na maioria das vezes são gerenciados pelos próprios usuários e familiares (Costa, 2017; Vasconcelos et al., 2013).

O Brasil apresenta alguns avanços com destaque para as experiências na capacitação para facilitadores usuários, familiares e apoiadores de grupos-piloto de ajuda e suporte mútuos no Rio de Janeiro, em 2008; os manuais sobre direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e sobre ajuda e suporte mútuo com apoio do Ministério da Saúde, tendo o professor Vasconcelos como organizador principal (Vasconcelos, 2017); algumas experiências dos grupos de ouvintes de vozes, implementados nos municípios de Campinas, Campo Grande, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Brasília (Kantorski et al., 2018). No entanto, os grupos de suporte mútuo não se encontram como diretrizes da política de saúde mental no país, o que dificulta sua implementação nos serviços assistenciais em saúde mental.

O RSA-R indaga por essa prática no item 21, uns dos itens que foi objeto de várias adaptações durante a pesquisa, pois nos pilotos realizados com os usuários e familiares não se chegou ao entendimento do item, implicando na versão final a separação do item em duas frases onde a prática fosse descrita. A estratégia de envolver os trabalhadores dos programas do apoio de pares na ATC do RSA-R na Suécia indicou uma experiência positiva, pois os participantes da pesquisa valorizaram a ajuda de um trabalhador-par e esses, por sua vez, se sentiam apoiados e respeitados em seu papel, pois desfrutavam de um ambiente profissional para realizar suas reuniões e eram convidados a participar de espaços informais com os profissionais de saúde (Rosenberg et al., 2015).

Sobre os grupos focais para ATC, onde se busca desvelar o grau de equivalência semântica na cultura alvo com a população destino, a atividade poderia ser extenuante para os usuários de saúde mental, mas a experiência de vinculação de um usuário pesquisador como mediador nos GF foi determinante na organização da dinâmica grupal, pois em alguns momentos os participantes se dispersaram e era o usuário pesquisador que os encorajaram ao desenvolvimento da atividade. As experiências brasileiras de vinculação de pares no campo da produção do conhecimento e ensino ainda são raras, mas essa prática pode potencializar a autonomia dos usuários e estes, por sua vez, qualificam os resultados das pesquisas no campo da saúde mental (Dimov & Ricci, 2016).

A nossa pesquisa indicou que investir na adaptação de instrumentos avaliativos dos serviços de saúde mental com foco no recovery, mesmo que possa ser um desafio, pode trazer avanços para a saúde pública a longo prazo, já que o instrumento permite saber o grau em que os serviços promovem a autonomia das pessoas com transtornos

mentais, apontando para a redução da cronicidade, permitindo melhorias das condições de vida dos usuários e familiares (Erazo-Chavez et al., 2020).

Considerações finais

A efetivação de avaliações de serviços de saúde mental com a participação dos usuários e familiares se colocam como um desafio na política pública de saúde no Brasil. A experiência na adaptação transcultural do instrumento RSA-R para o Português/Brasil (Pt/Br) permitiu o diálogo com o público alvo, com profundidade sobre a noção de recovery/recuperação, reconhecendo os processos singulares sobre a experiência de adoecimento psíquico das pessoas.

Como apontado até aqui, tal experiência de apresentar os usuários como os protagonistas no campo da ATC remeteu a necessidade de incluí-los na produção do conhecimento, um conhecimento que possa ser dialógico com os pressupostos científicos, mas que acolha e nutra a própria experiência desses atores. A ATC do RSA – R no Brasil indicou a potência da participação de um usuário pesquisador nos Grupos focais, pois permitiu ampliar o espaço de diálogo entre pessoas que vivem a experiência de adoecimento do espaço de pesquisa e construção do conhecimento científico. Ademais, proporcionou empoderamento dos mesmos enquanto sujeitos de direitos e corresponsáveis pela pesquisa.

Nessa perspectiva, a família também se desvelou como um outro ator potencial nos estudos de ATC, pois como população alvo do instrumento em questão, permitiu identificar as dificuldades de aproximação que trazia o instrumento entre as duas culturas, EUA e Brasil. A família dentro das pesquisas conduzidas também tornou-se um ator desafiador, pois poucos são os espaços efetivos de cuidado nos serviços de saúde mental, o que fez com que sua participação dentro da pesquisa fosse muito mais complexa. A partir disso, identificou-se que a relação do familiar com os serviços ainda é muito frágil. Os serviços de saúde mental no país precisam repensar suas práticas, principalmente no que diz respeito à inclusão e participação efetiva do familiar no tratamento.

Reconhece-se as potencialidades da orientação ao recovery nos serviços de saúde mental no país. Na experiência de ATC no contexto brasileiro foi possível perceber as diferenças em relação às práticas, estratégias e programas de intervenção em saúde mental entre os EUA e o Brasil. Tornando-se evidente a necessidade de práticas que impliquem um maior envolvimento do usuário nas decisões, com ampliação dos espaços coletivos para além do CAPS e estímulos aos grupos de apoio de pares.

Esses achados fomentam o compromisso ético e político na construção de processos avaliativos, que promovam a emancipação digna e equânime da RAPS, com a liderança e as vozes das pessoas que a compõem diariamente. Os serviços de saúde mental precisam avançar a partir da autonomia, do empoderamento e dos direitos humanos dos usuários e familiares. A Saúde Coletiva como área de conhecimento e gestão tem o compromisso de acolher a diversidade das experiências de adoecimento em sua completude, nos territórios de pertencimento do sujeito, por tanto deve-se manter processos avaliativos plurais constantes, que revelam potências, avanços e fragilidades – essas transformando-se em nossos desafios diários de superação.

Por fim, destacam-se algumas limitações do estudo. Mesmo com os avanços da democracia brasileira e do SUS, as pessoas com adoe-

cimentos mentais graves continuam a ter acesso limitado à cidadania como educação de qualidade, trabalho e renda, ou seja, as dificuldades apresentadas diante do instrumento poderiam ser mitigadas e processos de recovery poderiam ser mais profundos no nosso país com o avanço da justiça social. Usuários pesquisadores também são raros no país e poucos grupos de pesquisa trabalham nesta perspectiva. Parte dos usuários também tiveram insegurança em avaliar o serviço e perder acesso aos benefícios socioassistenciais.

Referências

- Alexandre, N. M. C., & Coluci, M. Z. O. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 3061–3068. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–13.
- Azevedo, D. M. de., Oliveira, A. M. de., Melo, G. de S. M., Salvetti, M. de G., Vasconcelos, Q. L. D. de A. Q., & Torres, G. de V. (2015). Avaliação da assistência em saúde num centro de atenção psicossocial na perspectiva dos profissionais. *Revista Brasileira de Pesquisa Em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, 16(2), 109–116. <https://doi.org/10.21722/rbps.v0i0.9293>
- Bandeira, M., Calzavara, M. G. P., Costa, C. S., & Cesari, L. (2009). Avaliação de serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento TT – Mental health services evaluation: transcultural adaptation of a user's reported outcome measure. *J. bras. psiquiatr*, 58(2), 107–114. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852009000200007
- Bandeira, M., Calzavara, M. G. P., Freitas, L. C., & Barroso, S. M. (2007). Family Burden Interview Scale for relatives of psychiatric patients (FBIS-BR): reliability study of the Brazilian version. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 29(1), 47–50. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000100014
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2002). Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures. *American Academy of Orthopaedic Surgeons*, December.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2007). Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures. *Institute for Work and Health*, 1–45.
- Bielemann, V. de L. M., Kantorski, L. P., Borges, L. R., Chiavagatti, F. G., Willrich, J. Q., Souza, A. S. de, & Heck, R. M. (2009). A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 18(1), 131–139. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000100016>
- Bola, J., Chan, T. H. C., Chen, E. H., & Ng, R. (2016). Cross-Validating Chinese Language Mental Health Recovery Measures in Hong Kong. *Research on Social Work Practice*, 26(6), 630–640. <https://doi.org/10.1177/1049731515625326>
- Campos, G. W. D. S. (2008). Produção de conhecimento, avaliação de políticas públicas em saúde mental: notas reflexivas. In R. Onocko-Campos, J. P. Furtado, E. Passos, & R. Benevides (Eds.), *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade* (pp. 97–102). Hucitec Editora.
- Chiu, Y.-C., Hsu, W.-C., & Algase, D. L. (2011). Validation of the Chinese Revised Algase Wandering Scale-Community Version for persons with dementia in northern Taiwan. In *Aging & Mental Health* (Vol. 15, Issue 2, pp. 243–251). Taylor & Francis. <https://doi.org/10.1080/13607860903046511>
- Costa, M. (2017). Recovery como estratégia para avançar a reforma psiquiátrica no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9(21), 1–16. <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/4673/4864>
- Dalky, H. F., Meininger, J. C., & Al-Ali, N. M. (2017). The Reliability and Validity of the Arabic World Health Organization Quality of Life-BREF Instrument Among Family Caregivers of Relatives With Psychiatric Illnesses in Jordan. *J Nurs Res*, 25(3), 224–230. <http://dx.doi.org/10.1097/JNR.000000000000146>
- Dalum, H. S., Pedersen, I. K., Cunningham, H., & Eplov, L. F. (2015). From Recovery Programs to Recovery-Oriented Practice? A Qualitative Study of Mental Health Professionals' Experiences When Facilitating a Recovery-Oriented Rehabilitation Program. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(6), 419–425. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.013>
- Dantas, C. D. R., & Oda, A. M. G. R. (2014). Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 24(4), 1127–1179.
- Davidson, L. (2016). The Recovery Movement: Implications For Mental Health Care And Enabling People To Participate Fully In Life. *Health Affairs*, 35(6), 1091–1097. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0153>
- Davidson, L., Rakfeldt, J., & Strauss, J. (2010). The Roots of the Recovery Movement in Psychiatry. A John Willy & Sons, LTD., Publication. ProQuest
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. In *Psychosocial Rehabilitation Journal* (Vol. 11, Issue 4, pp. 11–19).
- Dimov, T., & Ricci, E. C. (2016). A pesquisa acadêmica como atividade humana: Participação de usuários da saúde mental e as contribuições da terapia ocupacional. *Cadernos de Terapia Ocupacional Da UFSCar*, 24(3), 651–658. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoEN0674>
- Duarte, T. (2007). Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica*, 1((XXV)), 127–133.
- Emerich, B. F., Onocko-Campos, R., & Passos, E. (2014). Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 18(51), 685–696. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.1007>
- Erazo-Chavez, L. J., Gómez La-Rotta, E. I., & Onocko-Campos, R. T. (2020). Adaptação transcultural do Recovery Self Assessment RSA-R família/Brasil: Evidências de validade baseada no conteúdo. *Ciencia & Saude Coletiva*. <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/adaptacao-transcultural-do-recovery-self-assessment-rsar-familia-brasil-evidencias-de-validade-baseada-no-conteudo/17541?id=17541>
- Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(2), 68–74. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2219905&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). A implementação de programas orientados para o recovery: Domínios cruciais. In J. H. Ornelas, F. J. Monteiro, M. J. V. Moniz, & T. Duarte (Eds.), *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares* (pp. 1–365). AEIPS Edições.
- Firmo, A. A. M., & Jorge, M. S. B. (2015). Experiências dos cuidadores de pessoas com adoecimento psíquico em face à reforma psiquiátrica: Produção do cuidado, autonomia, empoderamento e resolubilidade. *Saude e Sociedade*, 24(1), 217–231. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100017>
- Goel, A., & Kataria, D. (2018). Validation of hindi translation of DSM-5 level 1 cross-cutting symptom measure. *Asian J Psychiatr*, 34, 6–10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2018.03.005>
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-Cultural Adaptation of Health-Related Quality of Life Measures: Literature Review and Proposed Guidelines. *J Clin Epidemiol*, 46(12), 1417–1432. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(93\)90142-N](https://doi.org/10.1016/0895-4356(93)90142-N)

- Kantorski, L. P., Jardim, V. M. da R., Treichel, C. A. dos S., Andrade, A. P. M. de., Silva, M. S. S. J. da., & Coimbra, V. C. C. (2019). Gênero como marcador das relações de cuidado informal em saúde mental. *Cadernos Saúde Coletiva*, 27(1), 60–66. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2019000100060&nrm=iso
- Kantorski, L. P., Machado, R. A., Alves, P. F., Pinheiro, G. E. W., & Borges, L. R. (2018). Ouvidores de vozes: características e relações com as vozes. *Journal of Nursing and Health*, 8. <https://doi.org/10.15210/jonah.v8i0.14119>
- Kidd, S. A., George, L., O'Connell, M., Sylvestre, J., Kirkpatrick, H., Browne, G., & Thabane, L. (2010). Fidelity and Recovery-Orientation in Assertive Community Treatment. *Community Ment Health Jornal*, 46, 342–350. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9275-7>
- Kirschbaum, D. I. R. (2008). Considerações acerca da construção de pressupostos e metodologia de pesquisa para avaliar serviços de saúde mental. In R. Onocko-Campos, J. P. Furtado, E. Passos, & R. Benevides (Eds.), *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade* (pp. 89–96). Hucitec Editora.
- Leamy, M., Clarke, E., Boutillier, C. Le., Bird, V., Choudhury, R., Macpherson, R., Pesola, F., Sabas, K., Williams, J., Williams, P., & Slade, M. (2016). Recovery practice in community mental health teams: national survey. *The British Journal of Psychiatry*, 209, 340–346. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.160739>
- Leamy, Mary., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Lodge, A. C., Kuhn, W., Earley, J., & Manser, S. S. (2018). Initial Development of the Recovery-Oriented Services Assessment: A Collaboration With Peer-Provider Consultants. 41(2), 92–102.
- Mascayano, F., & Montenegro, C. (2017). El “modelo de la recuperación” y la reforma de la atención en salud mental: evidencias, diferencias y elementos para una agenda latinoamericana. *Revista Argentina de Psiquiatria*, 28(136), 460–467. <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex136.pdf#page=35>
- Matías-Carrelo, L. E., Chávez, L. M., Negrón, G., Canino, G., Aguilar-Gaxiola, S., & Hoppe, S. (2003). The Spanish Translation and Cultural Adaptation of Five Mental Health Outcome Measures. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 27(3), 291–313. <https://doi.org/10.1023/A:1025399115023>
- Menendez, E. (2009). A participação social como realidade técnica e como imaginário social. In *Sujeitos, saberes e estruturas*. (pp. 199–266). Editora Hucitec.
- Miranda, L., Figueiredo, M. D., Ferrer, A. L., & Onoko-Campos, R. (2008). Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In B. R. Onocko-Campos R., Furtado, J. P., & Passos, E. (Ed.), *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade*. (pp. 249–277). Hucitec.
- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Knol, D. L., Stratford, P. W., Alonso, J., Patrick, D. L., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. (2010). The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties: a clarification of its content. *BMC medical research methodology*, 10, 22. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-22>
- Nascimento, N. S. do., Nogueira, A., Presotto, R. F., Angelini, C. R., Enes, G. da S. T., Bilbao, E. V., Chavez, L. J. E., Santos, M. F. dos., Luz, C. C. A., Faria, D. L. de., Ricci, E. C., Barbosa, M. P., Filizola, R. C., Nascimento, M. R. do., Martins, G. C., & Lira, L. M. (2017). Grupo de trabalho recovery: um olhar para si. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9(21), 271–281.
- O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A., & Davidson, L. (2005). From Rhetoric To Rutine: Assessing Perceptions Of Recovery-Oriented Practices In A State Mental Health And Addiction System. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(4), 378–386.
- O'Connell, M., Tondora, J., Kidd, Stayner, Hawkins, & Davidson, L. (2007). Recovery Self-Assessment: Items and Factor Loadings. Yale University. http://medicine.yale.edu/psychiatry/prch/tools/RSA_Factors_File1_tcm800-204213_tcm800-284-32.pdf
- Onocko Campos, R. T., Costa, M., Pereira, M. B., Ricci, E. C., da Silva Tavares Enes, G., Erazo, C. L. J., Reis, G., & Davidson, L. (2017). Recovery, citizenship, and psychosocial rehabilitation: A dialog between Brazilian and American mental health care approaches. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 20(3), 311–326. <https://doi.org/10.1080/15487768.2017.1338071>
- Pande, M. N. R., & Amarante, P. D. de C. (2011). Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2067–2076. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400006>
- Petrakis, M., Brophy, L., Lewis, J., Stylianou, M., Scott, M., Cocks, N., Halloran, K., & Liam. (2014). Consumer measures and research co-production: a pilot study evaluating the recovery orientation of a mental health program collaboration. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*, 24(2), 94–108. <https://doi.org/10.1080/02185385.2014.885212>
- Ricci, E. C. (2017). Entre serviços e experiências de adoecimento: Narrativas e possibilidades de Recovery em saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9(21), 212–228.
- Ricci, É., Pereira, M., Erazo, L., Onocko-Campos, R., & Leal, E. M. (2020a). Revisão sistemática qualitativa sobre avaliações de serviços em saúde mental na perspectiva dos usuários. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas (Edição Em Português)*, 16(2), 94–105. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.159559>
- Ricci, É. C., Leal, E., La-Rotta, E. I. G., Onocko-Campos, R., & O'Connell, M. (2020b). Cross-cultural adaptation of the recovery self-assessment instrument (RSA-R) person in recovery version to Brazilian Portuguese (Pt/Br). *Journal of Public Mental Health*, ahead-of-p(ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/JPMH-02-2020-0008>
- Rosa, L. C. dos S. (2008). *Transtorno mental e o cuidado na família* (2nd ed.). Cortez: São Paulo.
- Rosenberg, D., & Svedberg, P. (2015). Establishing a Recovery Orientation in Mental Health Services: Evaluating the Recovery Self-Assessment (RSA) in a Swedish Context. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(4), 328–335. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/prj0000150>
- Sade, R. M. S. (2014). Desinstitucionalização da “loucura” ao longo da história. In *Portas Abertas: do Manicômio ao território*. Entrevistas Triestinas (pp. 19–35). Cultura Acadêmica.
- Serpa, O. D., Muñoz, N. M., Lima, B. A. de., Santos, E. S. dos., Leal, E. M., Silva, L. A. da., Souza, L. E. M. de., Nascimento, M. A. L., Souza, N. S., Barros, O. V. D. M. de., & Delgado, P. G. G. (2017). Relatos de experiências em Recovery: Usuários como tutores, familiares como cuidadores/pesquisadores e feitos destas práticas em docentes e pesquisadores em saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9(21), 254–274.
- Silveira, A. R., Paula De Souza Almeida, A., Luís De Souza, C., Emily, T., Prates, C., Rabelo, M. O., Sampaio, C. A., & Silveira, J. A. (2017). Recovery e Experiências Brasileira na atenção psicossocial: Diálogos e aproximações. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 21, 17–30.
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12–20. <https://doi.org/10.1002/wps.20084>
- Sousa, V. D., & Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of evaluation in clinical practice*, 17(2), 268–274. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>

- Vasconcelos, E. M. (2017). As abordagens Anglo-Saxônicas de empoderamento e recovery (recuperação, restabelecimento) em saúde mental II: uma avaliação crítica para uma apropriação criteriosa no cenário brasileiro. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9(21), 48–65.
- Vasconcelos, E. M., Lotfi, G., Braz, R., Lorenzo, R. Di., & Reis, T. R. (2013). *Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental*. Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde.
- Vera San Juan, N. (2017). Desafíos en el camino a la recuperación personal en América Latina. *Revista Argentina de Psiquiatria*, 28(136), 434–438. <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex136.pdf#page=35>
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures. *Value in Health*, 8(2), 95–104. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>