

INSTRUMENTOS AVALIATIVOS DE *PERSONAL RECOVERY* ORIENTADOS PARA SERVIÇOS

Service-Oriented Personal Recovery Assessment Instruments

Paulo Renato Pinto de Aquino¹
Erotildes Maria Leal²

Artigo encaminhado: 09/06/2021
Artigo aceito para publicação: 16/11/2022

RESUMO

Estudos avaliativos de *recovery* tem se tornado cada vez mais importantes para o campo avaliativo em saúde mental, pois desde 2012 a OMS determina que serviços devam ser orientados pelo *recovery*. O objetivo desse artigo foi identificar instrumentos avaliativos de *personal recovery*/recuperação pessoal orientados para serviços. O estudo foi realizado através de revisão bibliográfica de caráter sistemático. O método de busca se deu através das bases SCOPUS, Lilacs, Scielo, Scielo modo google acadêmico e PubMed. Verificou-se que a maioria das pesquisas se utilizam de diversas escalas e instrumentos a depender do enfoque de cada estudo. Nota-se o predomínio de escalas de dimensão individual. *The Questionnaire about the Process of Recovery* (QPR) incluiu o grupo de interesse, no caso usuários, como participantes em sua elaboração apontando para efeitos positivos de orientação de serviço. O *Recovery Assessment Scale* (RAS) é um instrumento validado para o Brasil, mas sua escala é de predomínio individual. O *Recovery Self-Assessment* (RSA), foi adaptado para uma maior potencialização de sua dimensão avaliativa de orientação de serviços chamando-se *Recovery-Oriented Services Assessment* (ROSA). Apesar de estudos se proporem a aferir orientação de serviços pelo *recovery*, é notável a preferência por escalas individuais, o que possivelmente não garante o cumprimento de seu objetivo.

¹ Psicólogo e Sanitarista, Doutorando em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC. paulo.renato.aquino@posgrad.ufsc.br

² Professora Adjunta, Departamento de Medicina em Atenção Primária, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ. erotildesmarialeal@medicina.ufrj.br

Palavras-chave: Saúde mental. Recuperação da saúde mental. Avaliação de serviços de saúde. Revisão sistemática.

ABSTRACT

Recovery evaluation studies have become increasingly important in the field of evaluation in mental health, as since 2012 the WHO determines that services should be recovery-oriented. The purpose of this article was to identify service-oriented evaluation instruments for personal recovery. The study was carried out through a systematic literature review. The search method was made through the SCOPUS, Lilacs, Sciel, Scielo google academic and PubMed databases. It was found that most research uses different scales and instruments depending on the focus of each study. The predominance of individual dimension scale is noted. The Questionnaire about the Process of Recovery (QPR) included the interest group, in this case users, as participants in its elaboration, pointing to positive effects of service orientation. The Recovery Assessment Scale (RAS) is an instrument validated for Brazil, but its scale is predominantly individual. The Recovery Self-Assessment (RSA) was adapted to enhance its service orientation dimension, named as Recovery-Oriented Services Assessment (ROSA). Although studies propose to assess service orientation by recovery, the preference for individual scales is notable, which possibly does not guarantee the fulfillment of its objective.

Keywords: Mental health. Mental health recovery. Health services research. Systematic review.

1 INTRODUÇÃO

A avaliação em saúde, em relação a orientação de serviços tem sido objeto de pesquisa desde Contrandopoulos (1999, 2006) no que, na época, tangia a avaliação das políticas de estado. Orientar um serviço era consequência da implementação de uma política pública o que causava vieses dependendo dos grupos de interesse envolvidos na operacionalização da

mesma. Existia uma insuficiência das avaliações em saúde que eram pautadas unicamente em resultados. No entanto, foi na década de 1990 que se iniciou o que autores chamam de *cultura avaliativa* em saúde que reestruturou a forma de pesquisar, intervir e avaliar.

Uma institucionalização da avaliação em saúde engancha nos estudos de estrutura, processo e resultado marcado pelo triunfo do modelo donabediano no que se tratava da qualidade do cuidado em saúde (DONABENDIAN, 1991). Foi importante a consolidação deste campo através dos estudos de Avedis Donabedian e o que passou a ser essa cultura avaliativa. No entanto, apesar dos avanços avaliativos permitidos pelo autor, existia uma outra dimensão possível e passível de avaliação que não se conseguia incluir com facilidade dentro do referido modelo, a dimensão de processo da experiência do recuperar-se e sua implicação na orientação de serviços.

Anteriormente à discussão da avaliação em saúde, temos o *recovery movement* como defensor de um paradigma, no caso, da saúde mental e cidadania. O saber da experiência de usuários na lida com seus próprios sintomas e de seus familiares, abre a possibilidade para novos estudos avaliativos compostos pelo desafio de se medir fenômenos experimentados e não apenas observáveis. O apoio entre pares, exercício da cidadania, resgate de autonomia, dentre outras dimensões do *recovery*, apontam, também, para uma articulação do indivíduo com algum coletivo, caráter social do *recovery* (SLADE, 2009).

Esta revisão tem como objetivo mapear os instrumentos de avaliação do *personal recovery* e em especial os orientados para serviços.

2 MÉTODO

Em 28 de janeiro de 2019 realizou-se uma estratégia de busca por artigos em 4 plataformas: LILACS, PubMed, Scielo e SCOPUS. Optou-se por uma busca em plataformas individuais para que tivéssemos maior controle dos descritores e operadores booleanos visto que em base que agrupam diversas

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 2595-2420, Florianópolis, v.14, n.41, p.128-148, 2022

plataformas, como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) da BIREME, os mesmos se comportam de maneira distinta apesar de sua realização de busca ser única.

No caso da Scielo, assumiu-se uma ampliação da pesquisa através do *google acadêmico* em que se incluiu estudos, capítulos de livros, guias e documentos oficiais que tratassem do assunto prospectado através, então, da chamada “bibliografia cinzenta”. Os descritores utilizados foram *measure*, *recovery* e *service* para busca no LiLacs³. Nas bases SCOPUS, Scielo, Scielo modo google acadêmico e PubMed⁴ foram utilizados os descritores *measure*, *recovery*, *service evaluation*, *review* e alguns de seus sinônimos. Os sinônimos de *review*, especialmente, respeitam a diretiva de ampliação do léxico para que não façamos apenas uma revisão de revisões garantindo, assim, que análises, críticas e relatórios também estejam incluídos no processo de pesquisa.

Iniciou-se pela leitura dos títulos e resumos por ordem crescente de data de publicação, sem filtro de busca por tempo/período determinado⁵, mas também por base de busca e em ordem alfabética (Lilacs > PubMed > Scielo > Scopus).⁶ Por leitura de título e resumo/abstract excluiu-se 38 artigos, ficando 30 para a aplicação dos critérios durante leitura na íntegra.

Dos 68 artigos⁷, 9 foram excluídos após passarem por análise de duplicata, ficaram 59 artigos, então, para os critérios de exclusão e inclusão:

- a. **Critérios de Exclusão:** Artigos que não tratem de *recovery* ou de saúde mental; Artigos que não abordam medidas de avaliação e/ou avaliação de serviços em saúde; artigos que abordem temas de especialidades médicas ou áreas afins em suas subáreas de especificidade técnica-conceitual.

³ (“measure” AND “recovery” AND “service”)

⁴ (“measure” OR “evaluate” OR “rate” OR “assess” OR “appraise” OR “scale” OR “delineate”) AND (“recovery” OR “process of getting better” OR “betterment” OR “amelioration”) AND (“service evaluation” OR “service measurement” OR “service rating” OR “service assessment” OR “service appraisal” OR “service scaling”) AND (“review” OR “analysis” OR “criticismo” OR “critique” OR “report”))

⁵ Considerando a complexidade do tema, não limitamos a pesquisa por período determinado buscando em todos os anos artigos disponíveis que tratassem de medida de *recovery*.

⁶ Um artigo mais antigo na PubMed só foi lido após todos da LiLacs terem sido passados.

⁷ LILACS 16 artigos, PubMed 10 artigos, Scielo 0 artigo, Google Acadêmico 26 artigos/documentos, Scopus 16 artigos.

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 2595-2420, Florianópolis, v.14, n.41, p.128-148, 2022

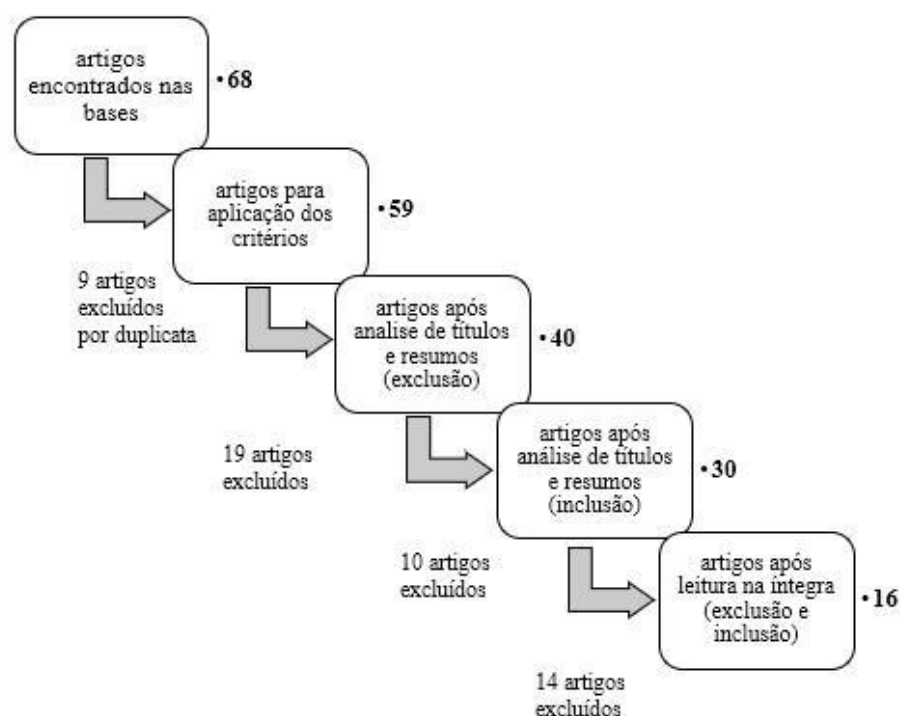
- b. **CrITÉrios de Inclusão:** combinou-se 2 dentre 3 termos considerando os temas segundo as palavras-chave: *Recovery* e/ou *Mental Health*(1); *Service Evaluation*(2); *Measures*(3); sendo assim, no mínimo 2 assuntos dentre os 3 precisam ser abordados pelo artigo em qualquer ordem de prioridade ou aparecimento.

Ordem de aplicação dos critérios de exclusão e inclusão:

1. Leitura do Título
2. Leitura do Resumo/Abstract
3. Leitura do Artigo

Durante a leitura dos artigos, aplicou-se os critérios de exclusão e inclusão, seguiu-se a ordem cronológica de publicação dos artigos, agora independentemente de qual base veio. Os artigos foram agrupados em um mesmo diretório. Nessa leitura integral dos artigos, excluÍram-se 14 produções, ficando, então, 16 trabalhos para estudo. A figura 1 ilustra esse percurso.

Figura 1: Fluxo de coleta de dados da revisão



fonte: autores (2020)

3 RESULTADOS

Como resultado, 16 artigos foram apresentados no quadro 1 (p. 20), marcado em cinza, estão 2 artigos (nº 2 e 11) que foram extraídos de livros ou documentos que foram resultado de pesquisa de bibliografia cinzenta (google acadêmico).

Amering (2012), em uma coleção organizada por Thornicroft (2011), fala do *recovery* e nossas responsabilidades científicas. Em seu artigo apresenta um trecho dedicado a serviços orientados pelo *recovery*.

A autora sustenta que existem 9 elementos compartilhados pela literatura internacional, são eles: esperança, significado e propósito, potencial de mudança, controle, participação ativa, abordagem holística e inclusiva, ambiente, abordagem realista e otimista, assumir riscos criativamente. Controle diz respeito ao controle sobre sua própria vida e tratamento. Ambiente diz respeito a estigma, preconceito, moradia, emprego, exclusão social e oportunidades de treinamento (AMERING, 2012).

Requisitos mínimos são esperados por parte da equipe de um serviço orientado pelo *recovery*. Trabalhar em parceria, respeito a diversidade, prática ética, combate à desigualdade, promoção de *recovery*, identificação das necessidades e capacidades, fornecer cuidado centrado no usuário do serviço, fazer a diferença, promoção de segurança e assunção de riscos de forma positiva, desenvolvimento pessoal e aprendizagem (AMERING, 2012). O artigo nos ajuda a situar elementos que precisam estar presentes na gestão de um serviço para se considerar o mesmo orientado pelo *recovery*.

Andresen *et.al* (2010) apresentam uma pesquisa de comparação entre 3 instrumentos de *recovery* com 4 medidas da clínica convencional. O *Recovery Assessment Scale* (RAS), *Mental Health Recovery Measure* (MHRM) e o *Self-Identified Stage of Recovery* (SISR) são os instrumentos escolhidos sob a perspectiva dos autores e sua argumentação acerca de serviços orientados pelo *recovery*:

RAS: Instrumento de medida auto avaliativa numa escala *likert* de 5 pontos de concordância (de 0= discordo fortemente a 4= concordo fortemente). A escala demonstrou ter aceitáveis confiabilidade de teste-reteste e de consistência interna. Uma análise fatorial resultou em 5 fatores, totalizando 24 itens. Fator 1, confiança pessoal e esperança (9 itens); Fator 2, vontade de pedir ajuda (3 itens); Fator 3, orientação para metas e sucesso (5 itens); Fator 4, contar com os outros (4 itens); Fator 5, não ser dominado por sintomas (3 itens). (ANDRESEN *et al.*, 2010). Esse instrumento foi traduzido e adaptado por pesquisadores brasileiros (SILVA *et al.*, 2017).

MHRM: Instrumento de 41 itens de medida auto avaliativa numa escala de 5 pontos de concordância (de 0=discordo fortemente a 4=concordo fortemente). Baseia-se no modelo de 3 fases do *recovery* de Young and Ensign's composto por 6 aspectos. 1) Superação da estagnação (6 itens); 2) descoberta e estímulo ao *self-empowerment* (6 itens); 3) aprendizado e *self-redefinition* (9 itens); 4) retorno ao funcionamento básico (6 itens); 5) esforço para se atingir bem-estar global (6 itens); 6) esforço para alcançar novos potenciais (8 itens) (ANDRESSEN *et al.*, 2010).

SISR: Consiste em duas partes: SISR-A com cinco afirmações, cada uma representando um estágio do *recovery*. A = *Moratorium* (Moratória); B = *Awareness* (Conscientização); C = *Preparation* (Preparação); D = *Rebuilding* (Reconstrução); E = *Growth* (Crescimento). Os participantes respondem qual afirmação melhor representa sua atual experiência de *recovery*. SISR-B com quatro itens que representam quatro processos de *recovery*: esperança, responsabilidade, identidade e sentido/significado. Os itens são classificados numa escala de 6 pontos (de 1= discordo fortemente a 6= concordo fortemente) (ANDRESSEN *et al.*, 2010).

Heath Law e colaboradores (2012) apresentam um estudo sobre medidas de *recovery* e dizem que apesar da inexistência de um “padrão-ouro”, seis foram as medidas que se apresentaram como resultado.

Recovery Assessment Scale (RAS): mencionado anteriormente.

Psychosis Recovery Inventory (PRI): Instrumento autoaplicável que visa auxiliar aquele que enfrentou seu primeiro episódio de surto. 25 itens

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 2595-2420, Florianópolis, v.14, n.41, p.128-148, 2022

envolvendo atitude em relação à doença, tratamento e percepção de *recovery*. Pelos itens terem sido criados por profissionais, pessoas em tratamento sentiram que muitos aspectos do *recovery* não foram cobertos. Por exemplo, o foco em medicamentos e não em aspectos da vida ou *social recovery*. Também foi apontado a linguagem negativa dos itens do instrumento (LAW *et al.*, 2012).

Recovery Process Inventory (RPI): Instrumento de 22 itens que abordam fatores psicossociais que são importantes ao *recovery*. Composto por 10 dimensões: esperança, empoderamento/autocontrole, autoestima, auto manejo, relações sociais, relações familiares, moradia, empregabilidade, estigma e espiritualidade(LAW *et al.*, 2012).

The Stages of Recovery Instrument (STORI): Instrumento de 50 itens compostos pelo que seriam os 5 estágios de *recovery*(esses estágios também aparecem no instrumento SISR)

1. Moratória: perda e falta de esperança.
2. Alerta: nem tudo está perdido. Uma vida plena é possível.
3. Preparação: identificar forças e fraquezas, e trabalhar em habilidades de *recovery*.
4. Reconstrução: trabalhar controle e metas pessoais.
5. Crescimento: auto manejo da doença. Resiliência e senso positivo de si para uma vida cheia de sentido.

Os estágios 1 e 5 tiveram boa correlação com outras escalas. O instrumento foi considerado longo e de complexo entendimento (LAW *et al.*, 2012).

Questionnaire about the Process of Recovery (QPR): Instrumento de 22 itens que foi construído com a ajuda de pessoas em *recovery*. A análise fatorial revelou duas subescalas: *intrapessoal* envolvendo exercícios em que o indivíduo é responsável em reconstruir sua vida; e *interpessoal* relacionada à habilidade de refletir sobre o mundo externo, processos e relacionamentos. O QPR foi avaliado por pessoas em *recovery* como de fácil e rápido

preenchimento, de linguagem e itens positivos, de efetiva medida de *recovery* conforme concepção das pessoas em processo de recuperação em saúde mental incluindo itens amplos que abordam relacionamentos sociais e qualidade de vida. O instrumento foi considerado amigável e os indivíduos se sentiriam bem após seu preenchimento (LAW *et al.*, 2012).

Illness Management and Recovery Scale (IMRS): são duas versões, a do cliente e a do profissional, composta por 15 itens cada uma é medida em escala *likert* de 5 pontos. O instrumento foi elaborado por pessoas em *recovery* e por profissionais para avaliar resultados do programa que leva o mesmo nome do instrumento, o programa IMR. Os itens são: objetivos pessoais, conhecimento de doenças mentais, envolvimento com outras pessoas significativas, funcionamento prejudicado, sintomas, estresse, lida, prevenção a recaída, hospitalização, medicação, uso de álcool e outras drogas. O instrumento foi avaliado por pessoas em *recovery* como complexo e de difícil preenchimento e resposta, e não amigável. Houve a impressão de que como a medida estava voltada para o programa IMR, ela não é adequada como uma medida geral de *recovery* (LAW *et al.*, 2012).

Birchwood e colaboradores (2014) propuseram avaliar desenvolvimento e impacto de serviços de intervenção precoce para casos de primeiro surto psicótico. Apesar de não tratar de um instrumento em si, a pesquisa realizou uma coorte com usuários de primeiro surto em 6 serviços de intervenção precoce. Das 18 medidas utilizadas, apenas uma sugere *recovery*:

Relapse and Recovery: Entrevistas e análise documental prospectiva de rotinas clínicas visavam as mudanças sintomáticas, circunstâncias sociais e respostas do serviço e tratamento para tais mudanças. “*If there is no remission, then relapse is recorded as ‘not recovered’*”. (BIRCHWOOD *et al.*, 2014, p. 62). Este é um exemplo de medida de *clinical recovery* e não *personal recovery* (SLADE, 2009).

Leamy e colaboradores (2014), implementaram intervenção para suporte ao *personal recovery* através de estudo qualitativo. A pesquisa caracteriza o REFOCUS, iniciativa inglesa de reorientação de práticas em serviços de saúde

mental. O instrumento criado genuinamente pela iniciativa é o anteriormente citado QPR (LEAMY *et al.*, 2014).

Kantorski e colaboradores (2016), realizaram pesquisa com pessoas portadoras de transtorno mental persistente. Para tal, se utilizou o *Independent Life Skills Scale* (ILSS) entendendo que autonomia é intrínseca ao *recovery*:

ILSS: composto por escala *likert* de 5 pontos de frequência (0 = nunca; 4 = sempre) e foi adaptado e validado para o Brasil. A análise psicométrica foi realizada pela Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ) (KANTORSKI *et al.*, 2016). O ILSS-BR possui 84 itens, em 9 subescalas: alimentação, cuidados pessoais, atividades domésticas, preparo e armazenamento de alimentos, saúde, lazer, emprego e transporte (BANDEIRA *et al.*, 2003).

Campêlo e colaboradores (2017), buscaram associar a gravidade do uso de substâncias ilícitas com qualidade de vida de pessoas em atendimento em saúde mental. Para tal, se utilizou do *World of Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-Brief), versão abreviada de instrumento da OMS para se medir qualidade de vida.

WHOQOL-Brief: 26 itens compõem o questionário. 2 são questões gerais sobre percepção da saúde e qualidade de vida e 24 são divididos em 4 domínios. Utiliza escala *likert* de 5 pontos. O instrumento foi traduzido e validado para o Brasil (FLECK *et al.*, 2000). Domínios:

1. Psicológico: sentimentos positivos; sentimentos negativos; espiritualidade; pensamento; corpo; estima.
2. Físico: dor; medicamento; energia; mobilidade; sono; trabalho.
3. Relações sociais: relacionamentos; sexo; suporte.
4. Ambiente: segurança; finanças; informação; ócio; lar; serviços; transporte.

Gulliver e colaboradores (2017), abordam o aumento da demanda por trabalhadores *peer* (suporte de/entre pares) e com isso realizam um estudo exploratório de prova conceitual. O objetivo é determinar se um aplicativo eletrônico orientado para trabalhadores é válido, aceitável e efetivo como tratamento adjunto para pessoas com transtornos mentais de moderado a grave. O estudo é sobre *recovery* e o campo de pesquisa, um serviço de saúde

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 2595-2420, Florianópolis, v.14, n.41, p.128-148, 2022

mental adulto. A intervenção se deu através de grupos focais e entrevistas numa única coorte. Escalas avaliativas foram conduzidas após a intervenção. O instrumento utilizado nesta pesquisa foi o SIS-E (anteriormente abordado).

Frost e colaboradores (2017), realizam estudo avaliativo de uma unidade de saúde mental para estadia intermediária subaguda (ISMHU) com 20 leitos sob um modelo integrado de orientação pelo *recovery* (IRM). O instrumento de *recovery* utilizado nesta pesquisa foi:

Mental Health Recovery Star (MHRS): desenvolvido utilizando uma abordagem *bottom-up* para ser uma ferramenta que discuta experiências de *recovery*, necessidades e prioridades em 10 domínios para guiar planos e intervenções em *recovery*. Cada domínio é marcado por um estágio de mudança detalhado em uma hierarquia representada graficamente por uma escala de 1 a 10 estrelas. “Stuck (1-2); Accepting help (3-4); Believing (5-6); Learning (7-8); and Self-reliance (9-10)”. (FROST *et al.*, 2017, p. 4)

Wong e colaboradores (2017), relatam uma pesquisa de caso-controle para aferir os efeitos de uma abordagem cognitivo-comportamental (CBA) de *recovery*. Dois grupos foram amostrados conforme iguais critérios de inclusão e exclusão. O grupo intervenção recebeu, durante atendimentos mensais, uma abordagem, por parte do profissional, baseada no CBA. O grupo controle teve atendimentos regulares sem utilização dessa abordagem. Os instrumentos utilizados foram aplicados no começo do estudo, 6 meses e 1 ano após o seu início, foram eles: versão traduzida e validada do MHRM (anteriormente apresentado); versão traduzida e validada do *Recovery Self-Assessment* revisado (RSA-R); versão chinesa do WHOQOL-BREF; The Trait Hope Scale.

RSA-R: constituído por 32 itens em escala *likert* de concordância de 5 pontos (1 = discordo fortemente a 5 = concordo fortemente). O instrumento é dividido em cinco domínios: objetivos de vida; envolvimento; diversidade de opções de tratamento; escolha; serviços personalizados individualmente. Quanto maior a pontuação mais orientado ao *recovery* está o serviço. O RSA é um instrumento autoaplicável que visa avaliar práticas de *recovery* em serviços de saúde mental (WONG *et al.*, 2017).

Amy C. Lodge (2018) e equipe utilizaram o RSA por vários anos e notaram que é um instrumento confiável, mas que além de ser longo possui uma linguagem pouco acessível em alguns de seus itens. Sendo assim, foi realizada uma adaptação do RSA trocando a escala de concordância por escala de frequência, reduziu-se o número de itens e adaptou-se sua linguagem. Através dessa pesquisa, que contou com a colaboração de *peer providers* (pessoas em *recovery* que ensinam e colaboram a partir de suas experiências) e em concordância com seus idealizadores, criou-se outro instrumento complementar ao RSA chamado ROSA (*Recovery-Oriented Services Assessment*) em que se focaliza ainda mais a dimensão, voltada para serviços, de sua avaliação (LODGE *et al.*, 2018).

Toney e colaboradores (2018), criaram um *checklist* de 12 componentes que passou por validação de estudantes usuários de serviço, treinadores *peer* e gerentes de *Recovery College*. Os autores chamaram o instrumento de Recovery Colleges Characterisation and Testing (RECOLLECT) que foi composto por temas voltados a implementação de uma iniciativa de educação de *recovery* sobre orientação de serviços de saúde mental. Os 12 temas são: valorizando a igualdade, aprendizagem, construído para o aluno, coprodução do *Recovery College*, conexão social, foco na comunidade, compromisso com o *recovery*, disponível para todos, localização, distinção do conteúdo do curso, forças baseadas e progressivo. Sua utilização é voltada especificamente para *Recovery Colleges*.

4 DISCUSSÃO

O estudo de Andresen alega que não podemos abandonar as medidas quantitativas, mas que a experiência subjetiva do *recovery* precisa ser incluída no próprio avaliar. A pesquisa confirma que a redução sintomática de um quadro não leva automaticamente ao *recovery*, mas que não há ainda um critério universal aceito para operacionalização de tal construto. (ANDRESEN *et al.*, 2010)

No entanto, é mencionado um compêndio de medidas de *recovery* (CAMPBELL-ORDE *et al.*, 2005), em que também Wong *et al.* (2017) citam o RSA-R, que é composto por medidas individuais do *recovery* e de medidas promotoras de um ambiente para o *recovery*. Andresen comenta que as medidas individuais podem ser divididas em 2 diferentes focos, um nos processos psicológicos da pessoa e outro na satisfação com vários domínios da vida e do tratamento. O estudo se baseia nas medidas intrapessoais (esperança, otimismo, autodeterminação, resiliência, identidade positiva e encontrando sentido e propósito na vida) e não nas interpessoais, mas em sua introdução e resumo, os autores afirmam buscar medir a orientação de serviços para o *recovery* (ANDRESEN *et al.*, 2010).

Em resumo, Andresen (2010) alega em seu estudo a necessidade de se acessar o ponto de vista do indivíduo em seu progresso de *recovery*. Isso ajudaria os serviços em honrar um cuidado orientado pelo *recovery* enquanto se direcionam para a necessidade do desenvolvimento de evidências para sua prática. Fica aqui marcada a diferença entre *personal recovery* e *clinical recovery* (SLADE, 2009).

Wong e colaboradores, ao proporem a utilização do RSA-R, apontam para uma insuficiência de estudos de orientação pelo *recovery* com a população chinesa. Até o momento de sua pesquisa apenas a utilização do *Wellness Recovery Action Planning* (WRAP) havia sido realizada. O WRAP não é um instrumento propriamente dito, mas um plano de ação que promove participação social do portador de transtorno mental. Ou seja, inclui o sujeito em sofrimento, mas não necessariamente reorienta um serviço.

ONOCKO-CAMPOS *et al.* (2017), realizam pesquisa avaliativa participativa de saúde mental utilizando-se de uma matriz de indicadores produzidos com serviços Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em pesquisa anterior. Apesar de não se apresentar um instrumento propriamente dito, o percurso metodológico de inclusão de indicadores produzidos pelo campo e a reprodução dessa matriz em outros CAPS demonstra a possibilidade de reorientação de serviços a partir da pesquisa científica. Dessa

maneira, a busca por um instrumento não dispensa a importância de pesquisas-intervenção.

Recentemente o grupo de pesquisa Saúde Coletiva e Saúde Mental Interfaces do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (DSC/FCM/UNICAMP), se debruçou sobre o RSA-R em suas 4 versões: usuários, trabalhadores, familiares e gestores. Um percurso metodológico rigoroso de adaptação transcultural e validação ocorreu nos últimos anos através de três doutorados e um mestrado acadêmico. No que tange as quatro versões voltadas à orientação de serviços, apresentar o instrumento em grupos focais e em entrevistas individuais semiestruturadas, promoveu reflexão e levantamento de debates importantes entre o *recovery* e a atenção psicossocial. O lugar do usuário, familiares, trabalhadores e de gestores de serviços entraram em reflexão demonstrando a potência do instrumento ao levantar reflexões acerca da orientação de serviços (AQUINO, 2020) (RICCI, 2019) (PEREIRA, 2019) (ERAZO-CHAVES *et al.*, 2020).

Hamilton *et al.* (2017), avaliaram por dois anos um serviço piloto que tinha como objetivo a alta de pacientes crônicos da atenção secundária para redirecionamento à atenção primária. A inclusão das partes envolvidas no cuidado ao paciente, garantiu o preenchimento de um questionário *online* (n = 50). Onde um usuário diz que esse serviço piloto seria uma rede de segurança, os profissionais o chamaram de ponte com outros profissionais e organizações envolvidas no cuidado ao paciente. Apesar da não utilização ou criação de um instrumento avaliativo, essa pesquisa mostra que um serviço específico pode dar conta de uma questão de saúde mental.

Ao realizar esse estudo de busca por instrumento avaliativos de *recovery* orientado para serviços, localizamos três possibilidades de reorientação de serviços: utilização de um instrumento avaliativo de *recovery*; realização de pesquisa-intervenção científica de caráter participativo; criação de serviço extra para tratar de uma dimensão específica de saúde mental.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 2595-2420, Florianópolis, v.14, n.41, p.128-148, 2022

Verificou-se que a maioria dos estudos apresentam escalas diversas que abordam o *recovery* de forma diferente, a depender do enfoque de cada pesquisa. Há um predomínio de instrumentos e escalas de dimensão individual com exceção do QPR, desenvolvido pela iniciativa inglesa REFOCUS, e do RSA criado pela Universidade de Yale.

No âmbito da orientação de serviços, o RSA-R foi adaptado pelo grupo de pesquisa do Instituto para Excelência em Saúde Mental da Steve Hicks School of Social Work (Universidade do Texas). O que aponta para ser o instrumento mais voltado para orientação de serviços na atualidade.

Observamos que há uma necessidade do Brasil em investir em instrumentos avaliativos, mas que, na ausência destes, um processo rigoroso de pesquisa científica também pode reorientar serviços de saúde mental.

Esperamos que com esse estudo, a informação gere interesse sobre instrumentos avaliativos de *recovery* em saúde mental mostrando que sua existência é ainda majoritariamente internacional. Malgrado alguns grupos de pesquisa brasileiros estudarem e se utilizarem de instrumentos avaliativos, deflagra-se quão dispare estamos em relação ao mundo e a necessidade do Brasil em se voltar à questão do *recovery* e de instrumentos.

Sendo assim, algumas questões relevantes ao campo são suscitadas. Promover *personal recovery* necessariamente reorienta um serviço? Avaliar dimensões individuais do processo de *recovery* diz do quanto um serviço está ou não orientado pelo/para o *recovery*? No Brasil, uma maior quantidade de instrumentos validados que focalizem a orientação de serviços ajudaria ou atrapalharia nossa realidade em saúde mental? Qual a importância da pesquisa científica em saúde mental na reorientação de serviços? Perguntas para futuros pesquisadores que se interessarem pela temática.

REFERÊNCIAS

AQUINO, P.R. **Recovery Self-Assessment (RSA): Adaptação transcultural e validação de instrumento avaliativo de *recovery*, versão gestores**. 2020. 126 f.

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 2595-2420, Florianópolis, v.14, n.41, p.128-148, 2022

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2020.

AMERING, M. Recovery – Reshaping our clinical and scientific responsibilities. **Psiquiatria Danubina**, Vol. 24, Suppl. 3, p. 291-297, Oct. 2012. PMID: 23114805.

ANDRESEN, R.; CAPUTI, P.; OADES, L. G. L. G. Do clinical outcome measures assess consumer-defined recovery? **Psychiatry Research**, vol. 177, n. 3, p. 309–317, 2010. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.02.013>

BANDEIRA, M.; LIMA, L.A.; GONÇALVES, S. Qualidades psicométricas no papel da Escala de Habilidades de Vida Independente de pacientes psiquiátricos (ILSS-BR): fidedignidade do teste e do reteste. **Rev. Psiq. Clín.** vol. 30, n. 4, p. 21-125, 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832003000400002. Acesso em: 17 mar. 2021.

BIRCHWOOD, M.; LESTER, H.; MCCARTHY, L.; JONES, P.; FOWLER, D.; AMOS, T.; FREEMANTLE, N.; SHARMA, V.; LAVIS, A.; SINGH, S.; MARSHALL, M. The UK national evaluation of the development and impact of Early Intervention Services (the National EDEN studies): study rationale, design and baseline characteristics. **Early Interv Psychiatry**. vol. 8, n. 1, p. 59-67, Feb. 2014. doi: 10.1111/eip.12007. Epub 2013 24 Jan. PMID: 23347742.

BIRD, V.; LEAMY, M.; LE BOUTILLIER, C.; WILLIAMS, J.; SLADE, M. **REFOCUS (2nd edition): Promoting recovery in mental health services**. London: Rethink Mental Illness, 2014. Disponível em: <https://www.researchintorecovery.com/files/REFOCUS%20Manual%202nd%20edition.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2021.

CAMPBELL-ORDE, T.; CHAMBERLIN, J.; CARPENTER, J.; LEFF, H.S. (Eds.). **Measuring the Promise: A Compendium of Recovery Measures**. Volume ii-10/2005. The Evaluation Centre@HSRI, Cambridge, MA. Disponível em: <https://www.hsri.org/files/uploads/publications/pn-55.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2021.

CAMPELO, S. R.; BARBOSA, M. A.; DIAS, D. R.; CAIXETA, C. C.; LELES, C. R.; PORTO, C. C. Association between severity of illicit drug dependence and quality of life in a psychosocial care center in BRAZIL: cross-sectional study.

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 2595-2420, Florianópolis, v.14, n.41, p.128-148, 2022

Health Qual Life Outcomes, v. 15, n. 223, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-017-0795-5>. Acesso em: 17 mar. 2021.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Is the institutionalization of evaluation sufficient to guarantee its practice? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 253-256, Abr. 1999. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1999000200008&script=sci_arttext. Acesso em: 17 mar. 2021.

CONTRANDIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, set. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300017. Acesso em: 17 mar. 2021.

DONABEDIAN, A. **Striving for Quality in Health Care. An Inquiry into Policy and Practice**. Health Administration Press, Ann Harbor, Michigan, 1991.

ERAZO-CHAVEZ, L. J, LA-ROTTA, E.L.G, ONOCKO-CAMPOS, R. T. Adaptação transcultural do RECOVERY SELFT ASSESSMENT RSA-R família/Brasil: Evidências de validade baseada no conteúdo.. **Cienc. saúde coletiva** [periódico na internet] (2020/Abr).

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 mar. 2021.

FROST, B. G.; TURRELL, M.; SLY, K. A.; LEWIN, T. J.; CONRAD, A. M.; JOHNSTON, S.; TIRUPATI, S.; PETROVIC, K.; RAJKUMAR, S. Implementation of a recovery-oriented model in a sub-acute Intermediate Stay Mental Health Unit (ISMHU). **BMC Health Serv Res**, v. 17, n. 2, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5210223/>. Acesso em: 17 mar. 2021.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Avaliação de Quarta Geração**. Editora Unicamp. Campinas, 2011.

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 2595-2420, Florianópolis, v.14, n.41, p.128-148, 2022

GULLIVER, A.; BANFIELD, M.; REYNOLDS, J.; MILLER, S.; GALATI, C.; MORSE, A. A. Peer-Led Electronic Mental Health Recovery App in an Adult Mental Health Service: Study Protocol for a Pilot Trial. **JMIR Research Protocols**. v. 6, n. 12, e248. 2017. Disponível em: <https://www.researchprotocols.org/2017/12/e248/PDF>. Acesso em: 17, mar. 2021.

HAMILTON-WEST K.; HOTHAM S.; YANG, W.; HEDAYIOGLU, J.; BRIGDEN C. Evaluation of a pilot service to facilitate discharge of patients with stable long-term mental health needs from secondary to primary care: the role of Primary Care Mental Health Specialists. **Prim Health Care Res Dev.**, vol. 18, n. 4, p. 344-353, Jul. 2017. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/primary-health-care-research-and-development/article/evaluation-of-a-pilot-service-to-facilitate-discharge-of-patients-with-stable-longterm-mental-health-needs-from-secondary-to-primary-care-the-role-of-primary-care-mental-health-specialists/E0763AD425F3FD1AD0953FA71C9E4412>. Acesso em: 03,mar. 2021.

KANTORSKI, L. P.; RODRIGUES, C. G. S. S.; JARDIM, V. M. R.; COIMBRA, V. C. C.; TREICHEL, C. A. S.; FRANCCHINI, B.; BRETANHA, A. F.; NEUTZLING, A. S. Independent Life Skills among psychosocial care network users of Rio Grande do Sul, Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2565-2570, ago. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802565&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17, mar. 2021.

LAW, H.; MORRISON, A.; BYRNE, R.; HODSON, E. Recovery from psychosis: A user informed of self-report instruments for measuring recovery. **Journal of Mental Health**, v. 21, n. 2, p. 193-208, abr. 2012. doi: 10.3109/09638237.2012.670885.

LEAMY, M.; CLARKE, E.; LE BOUTILLIER, C.; BIRD, V.; JANOSIK, M.; SABAS, K.; RILEY, G.; WILLIAMS, J.; SLADE, M. Implementing a complex intervention to support personal recovery: a qualitative study nested within a cluster randomised controlled trial. **PloS one**, vol. 9, n.5, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4038471/>. Acesso em: 03,mar. 2021.

LODGE, A. C.; KUHN, W.; EARLEY, J.; STEVENS MANSER, S. Initial development of recovery-oriented services assessment: A collaboration with

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 2595-2420, Florianópolis, v.14, n.41, p.128-148, 2022

peer-provider consultants. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, v. 41, n. 2, p. 92-102, 2018.doi: <https://doi.org/10.1037/prj0000296>.

ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J. P.; TRAPÉ, T. L.; EMERICH, B. F.; SURJUS, L. T. L. S. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe, p. 71-83, Mar. 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-1104201700050071&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 mar. 2021.

PEREIRA, MARIANA BARBOSA. **Avaliação de serviços de saúde mental: validação da versão para trabalhadores de instrumento de avaliação de Recovery**. 2019. 1 recurso online (185 p.) Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12733/1636938>.

RICCI, ÉLLEN CRISTINA. **Avaliação de serviços da saúde mental em relação ao recovery/recuperação sob a perspectiva dos usuários: tradução, adaptação transcultural e validação do instrumento Recovery Self-Assessment**. (281 p.) Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12733/1641209>.

SILVA, T. R.; BERBERIAN, A.; GADELHA, A. A.; VILLARES, C. C.; MARTINI, L. C.; BRESSAN, R. Validação da Recovery Assessment Scale (RAS) no Brasil para avaliar a capacidade de superação das pessoas com esquizofrenia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, vol. 66, n. 1, jan.-mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-2085201700010001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 mar. 2021.

SLADE, M. 100 ways to support recovery. A guide for mental health professionals. Edinburgh: **Rethink**, v.1, p. 1-32, 2009. Disponível em: <https://www.rethink.org/advice-and-information/living-with-mental-illness/treatment-and-support/100-ways-to-support-recovery/>. Acesso em: 17 mar. 2021.

THORNICROFT, G.; SEMRAU, M.; ALEM, A.; DRAKE, R. E.; ITO, H.; MARI, J.; MCGEORGE, P.; THARA, R. (Eds.) **World Psychiatric Association evidence and experience in psychiatry series. Community mental health: Putting policy into practice globally**. New Jersey: Wiley-Blackwell, 2011. <https://doi.org/10.1002/9781119979203>.

TONEY, R.; KNIGHT, J.; HAMILL, K.; TAYLOR, A.; HENDERSON, C.; CROWTHER, A.; MEDDINGS, S.; BARBIC, S.; JENNINGS, H.; POLLOCK, K.; BATES, P.; REPPER, J.; SLADE, M. Development and Evaluation of a Recovery College Fidelity Measure. **Canadian journal of psychiatry**. Vol. 64, n. 6, p. 405–414, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6591755/>. Acesso em: 03 Mar. 2021.

WONG, D. F. K.; CHAN, V.; IP, P.; ZHUANG, X. Y. The Effects of Recovery-Oriented Cognitive–Behavior Approach for Chinese With Severe Mental Illness. **Research on Social Work Practice**, vol. 29, n. 3, p. 311–322, oct. 2017. <https://doi.org/10.1177/1049731517732837>

Quadro 1: artigos incluídos para o estudo após leitura na íntegra por ano de publicação e ordem alfabética dos autores

Nº	Autores	Título	Ano
1	Andresen, R.; Caputi, P.; Oades, L.G.; Lindsay, G.	Do clinical outcome measures assess consumer-defined recovery?	2010
2	Amering, M.	Recovery - Reshaping our clinical and Scientific Responsibilities	2012
3	Law, H.; Morrison, A.; Byrne, R.; Hodson, E.	Recovery from psychosis: a user informed review of self-report instruments for measuring recovery	2012
4	Leamy, M., Clarke, E., Le Boutillier, C., Bird, V., Janosik, M., Sabas, K., ... Slade, M.	Implementing a Complex Intervention to Support Personal Recovery: A Qualitative Study Nested within a Cluster Randomised Controlled Trial	2014
5	Birchwood, M., Lester, H., McCarthy, L., Jones, P., Fowler, D., Amos, T., ... Marshall, M.	The UK national evaluation of the development and impact of Early Intervention Services (the National EDEN studies): study rationale, design and baseline characteristics	2014
6	Rodrigues, C. G. S. S., Jardim, V. M. da R., Kantorski, L. P., Coimbra, V. C. C., Treichel, C. A. dos S., Francchini, B., ... Neutzling, A. dos S.	Independent Life Skills among psychosocial care network users of Rio Grande do Sul	2016
7	Campêlo, S. R., Barbosa, M. A., Dias, D. R., Caixeta, C. C., Leles, C. R., & Porto, C. C.	Association between severity of illicit drug dependence and quality of life in a psychosocial care center in BRAZIL: cross-sectional study.	2017
8	Gulliver, A., Banfield, M., Reynolds, J., Miller, S., Galati, C., & Morse, A. R.	A Peer-Led Electronic Mental Health Recovery App in an Adult Mental Health Service: Study Protocol for a Pilot Trial	2017
9	Frost, B. G., Turrell, M., Sly, K. A., Lewin, T. J., Conrad, A. M., Johnston, S., ... Rajkumar, S.	Implementation of a recovery-oriented model in a sub-acute Intermediate Stay Mental Health Unit (ISMHU)	2017
10	Wong, D. F. K., Chan, V., Ip, P., & Zhuang, X. Y.	The Effects of Recovery-Oriented Cognitive–Behavior Approach for Chinese With Severe Mental Illness.	2017
11	Onocko-Campos, R.; Furtado, J.P. <i>et al</i>	Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo	2017
12	Hamilton-West, K., Hotham, S., Yang, W., Hedayioglu, J., & Brigden, C.	Evaluation of a pilot service to facilitate discharge of patients with stable long-term mental health needs from secondary to primary care: the role of Primary Care Mental Health Specialists.	2017
13	Toney, R., Knight, J., Hamill, K., Taylor, A., Henderson, C., Crowther, A., ... Slade, M.	Development and Evaluation of a Recovery College Fidelity Measure.	2018
14	Perez, J., Russo, D. A. D. A., Stochl, J., Clarke, J., Martin, Z., Jassi, C., ... Jones, P. B. P. B.	Common mental disorder including psychotic experiences: Trailblazing a new recovery pathway within the Improving Access to Psychological Therapies programme in England	2018
15	Maxwell, A., Tsoutsoulis, K., Menon TarurPadinjareveettill, A., Zivkovic, F., & Rogers, J. M.	Longitudinal analysis of statistical and clinically significant psychosocial change following mental health rehabilitation.	2018
16	Lodge, A. C., Kuhn, W., Earley, J., & Stevens Manser, S.	Initial development of the recovery-oriented services assessment: A collaboration with peer-provider consultants	2018

Fonte: autores (2020)