

Adaptação transcultural de uma Escala de Satisfação dos moradores com os serviços das Residências Terapêuticas

Francisca Lucimar Pinheiro Parente. Instituto Casa de Gui (ONG), Clínica Dr. Dias Jr
Marina Bandeira. Universidade Federal de São João del-Rei
Mário César Rezende Andrade. Universidade Federal de São João del-Rei
Carlos Eduardo Leal Vidal. Faculdade de Medicina de Barbacena
Leandra Mara de Vilhena Melo Vidal. Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora

Resumo

A satisfação dos usuários constitui um dos critérios da qualidade dos serviços de saúde mental. Entretanto, há uma carência de estudos avaliando a satisfação dos moradores de residências terapêuticas (RTs) e ausência de instrumento de medida específico para este fim, no Brasil. Neste estudo, foi feita a adaptação transcultural do Questionnaire sur la Satisfaction de la Clientèle en Résidence D'Accueil (QSHS-21), para avaliar a satisfação dos moradores das RTs. O procedimento incluiu: tradução da escala original, retradução, revisão por Comitê de Especialistas e Estudo Piloto com 30 moradores de RTs do município de Barbacena/MG. Os resultados incluíram correções a partir das traduções e retraduições e adaptação da escala pelo Comitê de Especialistas, assim como modificações na redação de algumas questões, no Estudo Piloto. A versão final possui equivalência semântica e conceitual com a escala original e está adaptada ao contexto brasileiro, sendo de fácil compreensão para a população-alvo.

Palavras-chave: assistência à saúde mental, pesos e medidas, serviços de assistência domiciliar, qualidade da assistência à saúde, satisfação pessoal.

Abstract

Transcultural Adaptation of a Satisfaction Scale for the residents of therapeutic residences. Users' satisfaction is a measure of mental health services quality. However, few studies evaluated residents' satisfaction regarding the Therapeutic Residences (TR) and there is no specific instrument in Brazilian context for this evaluation. In this study, we made the transcultural adaptation of the Questionnaire sur la Satisfaction de la Clientèle en Résidence D'Accueil (QSHS-21), to evaluate the residents' satisfaction in the TR. The procedure included: translation of the original scale, re-translation, analyses by an Expert Committee and a Pilot Study with 30 TR residents in the city of Barbacena-MG. Results showed corrections of the translations and retranslations and adaptation of the scale by the Expert Committee and modifications in the questions wording during the Pilot Study. The final version of the scale has semantic and conceptual equivalence with the original scale, is adapted to the Brazilian context and is easy to understand by the target population.

Keywords: mental health assistance, weights and measures, therapeutic residence services, home care services, quality of health care, personal satisfaction.

Resumen

Adaptación transcultural de una escala de satisfacción de residentes en cuanto a los servicios de Residencias Terapéuticas. La satisfacción de los usuarios es un criterio de calidad de los servicios de salud mental. Sin embargo, faltan estudios que evalúen la satisfacción de los residentes de residencias terapéuticas (RTs) y en Brasil hay ausencia de un instrumento de medición específico para este fin. Este estudio adaptó el Questionnaire sur la Satisfaction de la Clientèle en Résidence D'Accueil (QSHS-21), para evaluar la satisfacción de los residentes de las RTs. El procedimiento incluyó: traducción de la escala original, retraducción, revisión por el Comité de Especialistas y Estudio Piloto con 30 residentes en Barbacena-MG. Los resultados mostraron correcciones de traducciones y retraducciones, y adaptación de la escala por parte del Comité de Especialistas, y cambios en la redacción de las preguntas, en el Estudio Piloto. La versión final tiene equivalencia semántica y conceptual con la escala original y está adaptada al contexto brasileño, siendo de fácil comprensión para el público de RTs.

Palabras-clave: atención a la salud mental, pesos y medidas, servicios de Residencias Terapéuticas, servicios de atención de salud a domicilio, indicadores de calidad de la atención a salud, satisfacción personal.

Na Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) foram desenvolvidos diferentes serviços comunitários de saúde mental, dentre eles o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), conhecido como Residência Terapêutica (RT), que faz parte da Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Este serviço visa a reinserção social das pessoas com problemas de saúde mental na comunidade, de forma que possam reconquistar espaços na vida em sociedade (Portaria nº 106/2000). O SRT acolhe os usuários, egressos ou não de hospitais psiquiátricos que, por falta de suporte social ou familiar, não têm condições de garantir uma moradia adequada (Ministério da Saúde [MS], 2004). Trata-se de espaços para morar e para viver, articulados à rede de atenção psicossocial de cada município (MS, 2004).

Para garantir a qualidade dos serviços de saúde mental, a realização de pesquisas de avaliação é essencial, no âmbito do desenvolvimento da saúde mental (Bandeira, Lima, & Barroso, 2014; Contandriopoulos, Champagne, Denis, & Pineault, 1997; Thornicroft & Tansella, 2010). No caso das residências terapêuticas, existem poucos estudos avaliativos, havendo, portanto, necessidade de focar nesta temática (Gutwinski et al., 2021; Maluf, Bandeira, & Oliveira, 2017).

Nas avaliações de serviços de saúde mental, a satisfação dos usuários tem sido enfatizada como um dos critérios de qualidade dos serviços (Bandeira, 2014; Miglietta, Belessiotis-Richards, Ruggeri, & Priebe, 2018; Ruggeri, 1994, 2010; Silva, 2014; Silva, Lima, & Ruas, 2018). No caso das residências terapêuticas, esta avaliação visa verificar a satisfação dos usuários com as condições de moradia e de sua inserção na comunidade, com base em um modelo de atenção à saúde mental voltado para a inclusão social das pessoas com problemas de saúde mental na comunidade (Maluf et al., 2017).

O conceito de satisfação com os serviços, segundo Ruggeri (1994, 2010), não é tão claro, visto que pouca atenção tem sido dada para a elaboração deste construto. Porém, há um consenso de que este conceito é multidimensional, envolvendo a percepção dos usuários com relação a diversas dimensões dos serviços. No caso das RTs, estas dimensões se referem a aspectos das moradias, tais como o ambiente físico e conforto, a atmosfera social na residência, os serviços e atividades oferecidas na residência, a organização interna, a relação com os cuidadores e com os outros residentes, as atividades externas de tratamento, reabilitação e reinserção social e as relações com a comunidade.

Segundo Silva (2014), há diversos modelos teóricos sobre a satisfação, sendo o mais utilizado o modelo da expectativa, o qual pressupõe que a satisfação é determinada pela diferença entre o que os usuários esperam e sua vivência concreta com o serviço. Vários estudos já demonstraram que a satisfação dos usuários com os serviços de saúde mental contribui para a sua adesão ao tratamento prescrito, favorece sua disposição de fornecer informações importantes e de continuar usando os serviços, além de contribuir para uma melhor qualidade de vida dos usuários (Bandeira, 2014; Esperidião, 2006, Silva et al., 2018).

A avaliação da satisfação dos moradores com as residências terapêuticas permite garantir a qualidade destes serviços e identificar aspectos passíveis de aprimoramento. Para isto, há necessidade de instrumentos de medida disponíveis e com propriedades psicométricas aferidas para avaliar a satisfação destes usuários. Este instrumento necessita ser multifatorial, tendo em vista a natureza multidimensional do conceito de satisfação (Bandeira, 2014).

Em uma busca na literatura, não foi encontrado nenhum instrumento validado para o Brasil, especificamente para avaliar a satisfação dos moradores das residências terapêuticas. Uma escala disponível de avaliação da satisfação (SATIS-BR) foi validada com usuários de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Bandeira & Silva, 2012). Torna-se importante, portanto, obter um instrumento específico para avaliar a satisfação dos usuários com as RTs.

No contexto internacional, foram encontrados três instrumentos de medida: o *Client's Assessment of Treatment Scale for Supported Accommodation- CAT-SA* (Sandhu et al, 2016), o *Housing Satisfaction Scale - SAMHSA* (Tsemberis, Rogers, Rodis, Dushuttle, & Skryha, 2003) e o instrumento canadense *Questionnaire sur la Satisfaction de la Clientèle en Résidence D'Accueil - QSHS-21* (Piat, Perreault, & Bloom, 2006). O primeiro instrumento consiste em uma escala unifatorial, não sendo adequada para avaliar o construto multidimensional de satisfação (Bandeira, 2014). O segundo instrumento é multidimensional, mas o conteúdo de alguns itens não é condizente com a realidade das RTs. O terceiro instrumento é multidimensional e avalia aspectos mais condizentes com as características das RTs. Além disso, ele abrange um maior número de dimensões, podendo avaliar de forma mais completa a satisfação dos moradores. Por esses motivos, este último instrumento foi

escolhido para fazer a adaptação transcultural para o contexto brasileiro, objetivo desta pesquisa.

Método

Delineamento

Esse estudo consiste em uma Pesquisa de Desenvolvimento que, segundo Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis, e Boyle, (1994), busca utilizar os conhecimentos científicos para desenvolver uma intervenção ou para construir, adaptar ou validar um instrumento de medida. Os procedimentos de adaptação transcultural adotados aqui seguiram as recomendações da literatura internacional (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2000; Morisk, Green, & Levine, 1986), que visam garantir a qualidade do instrumento de medida adaptado e sua equivalência semântica e cultural com a escala original, além de aplicabilidade e facilidade de compreensão pela população-alvo.

Descrição do Local de Pesquisa

Esta pesquisa foi realizada nas Residências Terapêuticas (RTs) do município de Barbacena, Minas Gerais. A implantação das RTs teve início em 2000 e, atualmente, 29 delas estão em funcionamento. Estes serviços abrigam, em média, oito moradores, mas há RTs com uma, duas ou quatro pessoas.

Os moradores são pessoas com problemas de saúde mental que não possuem outras opções de moradia, estão sendo acompanhados na rede de saúde mental de referência e apresentam diferentes graus de dependência. Ao todo, 200 usuários são atendidos e a maioria foi submetida anteriormente a internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos.

Um total de 140 cuidadores presta assistência aos usuários. As 29 RTs estão distribuídas em 14 bairros, sendo que, em quatro bairros, estão instaladas mais de uma RT. Todas as RTs estão na área de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os moradores fazem acompanhamento nas mesmas quando necessário, inclusive renovação das receitas psiquiátricas. Cada uma é referenciada pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município e todos os moradores são atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) das ESF.

População-Alvo e Amostra

A população-alvo era constituída pelos 200 moradores das RTs. Os critérios de inclusão foram: ter a idade mínima de 18 anos concluída e ambos os sexos. O

critério de exclusão foi ter dificuldade de compreender as questões dos instrumentos de medidas.

A técnica de amostragem adotada foi do tipo Probabilístico e do subtipo Conglomerado. Esta amostragem consiste em selecionar aleatoriamente unidades de agrupamento de uma população alvo e, em seguida, selecionar aleatoriamente subunidades. Este tipo de amostragem é recomendado quando a população-alvo está distribuída em agrupamentos, como as RTs (Contandriopoulos et al., 1994). Na primeira etapa, foram selecionadas aleatoriamente 15 residências. Em seguida, foram sorteados, em cada uma delas, dois usuários que preenchiam os critérios de inclusão e exclusão.

A amostra foi composta de 30 moradores. Segundo Beaton et al. (2000), para os procedimentos de Adaptação Transcultural de instrumentos de medida, este tamanho de amostra é suficiente, pois as entrevistas com os moradores visam avaliar apenas a compreensão das questões da escala, na etapa de Estudo Piloto (Guillemin, Bombardier, & Beaton, 1993; Vallerand, 1989).

Instrumento de Medida

Questionnaire sur la Satisfaction de la Clientèle em Résidence D'Accueil – QSHS-21. Este instrumento foi desenvolvido pela equipe de pesquisa de Piat et al. (2006), no Canadá. O QSHS-21 é um instrumento multifatorial, que avalia a satisfação dos moradores em relação aos serviços residenciais terapêuticos. A escala possui 21 itens, distribuídos em sete dimensões: Ambiente físico, Serviços oferecidos, Organização interna, Relação com o responsável, Tratamento, Relação com os outros residentes e comunidade e Ambiente. As alternativas de resposta são distribuídas em escala do tipo Likert de 4 pontos: 1. Nem um pouco de acordo; 2. Um pouco de acordo; 3. De acordo; 4. Totalmente de acordo.

A análise da consistência interna do instrumento original apresentou um valor de alfa de 0,867. As correlações item-total estavam acima de 0,20, variando entre 0,217 e 0,612. A análise da validade convergente, por meio da correlação com a escala CSQ-8, que avalia a satisfação dos usuários com serviços de saúde mental, obteve um coeficiente de correlação de $= 0,742$ ($p = 0,00$) (Piat et al., 2006). A Análise Fatorial Exploratória, pelo método dos Componentes Principais, feita para cada dimensão, apresentou cargas fatoriais dos itens variando de 0,539 a 0,845.

Procedimento

A adaptação transcultural seguiu os procedimentos recomendados para garantir a equivalência da versão adaptada em relação à versão original da escala e a facilidade de compreensão da população-alvo, descritos a seguir (Guillemin et al., 1993; Reichenheim, Moraes, & Hasselmann, 2000).

Tradução. Nesta etapa, foram produzidas duas traduções independentes da escala original, por dois tradutores bilíngues qualificados (francês/português), visando facilitar a detecção de erros e interpretações ambíguas ou divergentes. Os tradutores compreendiam os conceitos envolvidos nas questões da escala e tinham como língua materna o português.

Retradução. As duas versões em português produzidas na etapa anterior foram retraduzidas para a língua original (francês), de forma independente, por dois tradutores cuja língua materna era o francês. O objetivo desta etapa era detectar erros ou divergências nas traduções. Esses tradutores não conheciam os conceitos avaliados, de forma a evitar possíveis interferências deste tipo de conhecimento na retradução.

Revisão por Comissão de Especialistas. A Comissão consistiu de uma equipe multidisciplinar, incluindo dois tradutores bilíngues português/francês, dois profissionais de saúde mental, um psiquiatra e uma assistente social com conhecimento e experiência sobre a realidade das RTs e dois psicólogos com experiência em adaptação transcultural de instrumentos de medida em saúde mental. A comissão analisou as versões produzidas nas etapas anteriores, comparando-as com a escala original, e produziu uma Versão Preliminar da escala. Esta análise incluiu duas etapas. Na primeira, foi analisada a equivalência semântica, verificando se os termos das escalas traduzidas mantinham o significado referencial da escala original e corrigindo erros observados. Na segunda etapa, analisou-se a equivalência cultural dos termos e conceitos utilizados, realizando sua adaptação ao contexto da vivência concreta dos moradores das RTs. Foi analisada, ainda, a familiaridade dos termos para a população-alvo de nível de escolaridade baixo. Após a análise de cada item, foram mantidos os termos que alcançaram 100% de consenso entre os membros da Comissão de Especialistas.

Estudo Piloto. Consistiu na aplicação da Versão Preliminar em uma amostra da população-alvo, visando avaliar a compreensão das questões pelos sujeitos e obter uma versão plenamente compreensível. As entrevistas eram feitas individualmente, utilizando a “Técnica

de Sondagem” (Guillemin et al, 1993). Seguindo esta técnica, o entrevistador lia cada questão da escala para os respondentes e verificava se eles a entendiam. Caso o entrevistado não compreendesse uma palavra, o entrevistador o estimulava a esclarecer sua compreensão da questão, de forma a obter um termo mais familiar. As questões eram corrigidas após cada entrevista, de forma a incorporar cumulativamente as correções, até que não houvesse mais nenhuma dificuldade de entendimento (Guillemin et al., 1993). Após essa etapa, obteve-se uma Versão Final da escala.

Análise de Dados

Foi feita uma análise quantitativa de dados para descrição da amostra, utilizando estatísticas descritivas, referentes às variáveis sociodemográficas, clínicas e de condições de vida. As análises foram realizadas por meio do *software Statistical Package For Social Sciences (SPSS)* para *Windows*, versão 20.0.

Uma análise qualitativa foi realizada para a adaptação transcultural da escala, por meio da obtenção de consenso por parte dos membros da Comissão de Especialistas, com relação aos dados obtidos nos procedimentos descritos acima. Foram analisados e adaptados os seguintes aspectos: o significado do conteúdo das questões, as expressões linguísticas, o formato gramatical da redação, o nível de dificuldade das questões, a familiaridade dos termos para a população alvo, a redação das alternativas de resposta, o formato e aparência da apresentação da escala, a estrutura das frases empregadas, evitando palavras com duplo significado ou palavras pouco familiares, conforme as recomendações de Hambleton e Zenisky (2016).

Os critérios recomendados por Pasquali (1998) foram igualmente utilizados na análise qualitativa, a respeito da redação de itens de um instrumento de medida. Estes critérios são: Comportamental, de Objetividade, da Simplicidade, de Clareza, de Relevância, de Precisão, da Variedade, de Modalidade, de Tipicidade e da Credibilidade (Pasquali, 1998). A última fase envolveu a discussão dos dados coletados no Estudo Piloto. As dificuldades de compreensão dos moradores de alguns termos utilizados nos itens da escala foram discutidas, até obter-se um consenso para a redação da versão final da escala.

Considerações Éticas

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da instituição de origem (Parecer 4.019.543, de 11 de maio de 2020) e pela Secretaria de Saúde Mental do município

de Barbacena, responsável pela coordenação das Residências Terapêuticas. A pesquisa foi desenvolvida respeitando a Resolução Nacional nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. Para realização das entrevistas, os sujeitos foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e sobre o sigilo das informações dadas por eles. Os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), caso concordassem em participar da pesquisa.

Resultados

Descrição da Amostra

A maioria dos sujeitos era do sexo feminino (53,3%), tinha idade média de 60,63 anos, sendo a idade mínima de 40 e a máxima de 86 anos e era solteiro (90,0%). A maior parte dos sujeitos era alfabetizada (66,7%). Nenhum dos sujeitos da amostra trabalhava, mas todos possuíam uma fonte de renda, a maioria proveniente de benefícios (83,3%).

Quanto às características clínicas, metade (50,0%) dos moradores tinha diagnóstico principal na categoria da Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Transtornos Delirantes da CID-10 (OMS, 1993), e a maioria (86,7%) não possuía comorbidades psiquiátricas. Todos os sujeitos faziam uso de algum medicamento e a maioria (93,3%) usava medicamentos psicotrópicos. A média do número de medicamentos psicotrópicos utilizados era de 3,33, com o máximo de seis, todos de utilização oral. A maioria da amostra (93,3%) recebia acompanhamento psiquiátrico no ambulatório de psiquiatria do Hospital Escola Vilela e todos os sujeitos tiveram internação psiquiátrica. Vários dentre eles (60,0%) faziam outros tipos de tratamento adicionais, em média 1,43, com o máximo de dois, tais como tratamento da diabetes ou tratamentos com especialistas em pneumologia, fonoaudiologia, fisioterapia, dentre outros. Nenhum dos sujeitos fazia uso de bebida alcoólica ou de drogas ilícitas.

Quanto às condições de vida, uma mesma residência era compartilhada por, no mínimo cinco e no máximo nove moradores. Cada quarto era compartilhado, no máximo, por três moradores. Apenas 36,7% dos moradores recebiam visitas de familiares e amigos. Grande parte (70,0%) participava das decisões da residência. A maioria (93,3%) não participava das atividades do CAPS. Todos os moradores participavam de alguma atividade de lazer dentro da residência, como assistir TV, ouvir rádio, cuidar do jardim, dentre

outras. A maioria (53,3%) fazia alguma atividade fora da residência, como caminhadas, ir às missas, frequentar academias, fazer cursos no Centro de Convivência e Cultura anexo à instituição “Bom Pastor”, geralmente de cursos de “fuxico” e crochê.

Resultados da Comissão de Especialistas

As Tabelas 1, 2 e 3 apresentam as modificações realizadas no processo de adaptação transcultural da escala QSHS-21. São apresentadas a escala original, a versão preliminar construída pela Comissão de Especialistas e a versão final, após o Estudo Piloto. A versão adaptada recebeu o título de Escala de Satisfação dos Moradores com as Residências Terapêuticas, com a sigla SATIS-RT.

A modificação mais importante realizada na adaptação da escala para o contexto das RTs se refere ao formato de aplicação. A escala original era de autorrelato, requerendo que o sujeito lesse as perguntas e redigisse suas respostas, portanto, adequada para uma população-alvo escolarizada. As questões estavam redigidas em forma de afirmações, que os sujeitos deveriam indicar se eram verdadeiras ou não e em que grau, segundo sua opinião. No caso de usuários de serviços de saúde mental e de baixa escolaridade, que constituem o perfil do público-alvo do instrumento em questão, considerou-se que o formato mais apropriado seria o de entrevista, na qual o entrevistador lê as questões para os sujeitos e anota suas respostas, conforme recomendado na literatura da área para esta população alvo (Herdman, Fox-Rushby, & Badia, 1998; Perreault et al., 1993). Embora esta modificação resulte em uma diferenciação operacional em relação à escala original, ela oferece um ganho essencial para sua adaptação ao contexto cultural no qual será aplicada. Consequentemente, os itens da escala passaram a ser redigidos como perguntas e não como afirmações.

Algumas adaptações dos termos da escala foram feitas para torná-la compatível com a realidade das RTs (ver Tabelas 1 a 3). A questão E13, que se referia à participação em programas de tratamento em um hospital, foi modificada para se referir à participação dos moradores em tratamentos ou atividades em outros locais, o que é condizente com as práticas das moradias, como: tratamentos em serviços de saúde (consultas médicas, fisioterapia, outras terapias), atividades de reabilitação em centros de convivência (atividades físicas, aulas, artesanato) e atividades que contribuem para a reinserção social dos moradores, como atividades de lazer (passeios, ida a restaurantes, visitas a sítios), religiosas

(assistir missas) e atividades físicas (ex. danças). Foi adicionado um parêntese, nesta questão, contendo exemplos, para facilitar a compreensão.

A questão E14, sobre as visitas do médico à residência, foi modificada para se referir às visitas dos moradores aos serviços de saúde para consultas médicas, que é mais condizente com as práticas das moradias. Na questão B5, sobre a opinião dos moradores com relação à frequência das atividades realizadas dentro das residências, foram citadas, entre parênteses, as atividades mais comuns nas moradias. Por exemplo, atividades de lazer (ex. ver TV, ouvir música, jogos, atividades na horta) e tarefas domésticas (ex. arrumação dos quartos/armários, ajuda na cozinha, limpeza do local). Os títulos destas duas dimensões foram modificados, em acordo com os ajustes feitos.

Algumas traduções de palavras usadas na escala foram ajustadas, em conformidade com termos mais usuais em nosso contexto. A expressão “residência de acolhimento” foi modificada para apenas “residência” e a designação de “o responsável” pelos moradores foi substituída por “o cuidador”. A palavra “regras”, referente à organização das visitas à residência, foi mantida, mas com um acréscimo, entre parênteses, da palavra “combinados”, pois esta última era utilizada usualmente nas RTs, significando “regras”. Decidiu-se manter as duas expressões, pois ambas podem ser utilizadas em moradias de diferentes regiões.

Foram feitas modificações com base nos critérios recomendados por Pasquali (2008), já citados. Foi respeitado o Critério da Variedade, nos seus dois aspectos, conforme a escala original. O primeiro aspecto recomenda variar os termos usados, por exemplo, alternar o uso dos termos “contente” e “satisfeito”, evitando a repetição de uma mesma palavra. O segundo aspecto deste critério se refere à recomendação de variar o conteúdo da redação dos itens, com frases positivas e negativas, como na escala original, de forma a avaliar a satisfação e a insatisfação, evitando focalizar sempre a satisfação. Este critério é particularmente importante no caso da avaliação da satisfação de usuários de serviços de saúde mental, de forma a evitar o viés da aquiescência ou da deseabilidade social, ou seja, a tendência de afirmar sempre sim, às perguntas sobre satisfação.

Com relação ao Critério da Modalidade, que se refere a usar termos que não sejam extremos, mas sim moderados, foi necessário fazer alguns ajustes na escala original. Na questão C8, foi necessário trocar a expressão extrema “excelente trabalho do cuidador” pela forma mais moderada “bom trabalho do cuidador”. Da mesma forma, na questão B4, foi utilizada a expressão “comida de boa qualidade” em vez da expressão mais extrema “comida de muito boa qualidade”. Termos moderados não entram em conflito com as alternativas de resposta, nas quais há um contínuo de opções variadas.

Algumas modificações foram feitas seguindo o Critério da Simplicidade e da Clareza, utilizando termos de maior familiaridade para os moradores. Por exemplo, optou-se por uma pergunta sobre a maneira como a residência é “cuidada”, em vez de “mantida” e preferiu-se a expressão “atende a” em vez de “provê”. Quando havia discordância entre as versões de tradução e retradução, foram escolhidas expressões adaptadas ao nosso contexto, porém próximas da versão original. Por exemplo, entre as palavras “adoraria” e “gostaria” foi mantida esta última, por ser mais próxima da palavra usada na escala original, além de ser menos extrema. Entre as palavras “repouso” e “sonecas” foi mantido o primeiro termo por ser mais familiar. Com relação às palavras “residentes” e “pensionistas”, nenhuma das duas foi retida, sendo preferida a palavra “moradores”, condizente com a prática das RTs. Foi preferida a palavra “desconfortável” em vez de “inconfortável” e a palavra “comida” em vez de “alimentação”, por serem mais simples e familiares.

Quanto às alternativas de resposta, foi necessário fazer adaptações para que elas se tornassem mais adequadas ao novo formato de entrevistas, adotado para a versão brasileira. No que se refere às instruções gerais, foi necessário fazer apenas uma adaptação. Na escala original, solicitava-se que o entrevistado expressasse sua opinião, “tanto positiva quanto negativa”, em relação às afirmações da escala. Na versão adaptada, solicita-se a opinião do entrevistado sobre “o que você gosta e o que você não gosta”, mais simples e familiar. Quanto aos aspectos formais, foram mantidas as mesmas características da escala original, como os negritos, distribuição e posição dos títulos e a disposição das alternativas de resposta.

Tabela 1. Seções A e B da escala original, da versão preliminar após análise pela comissão de especialistas e da versão final após o estudo piloto

Escala Original	Versão preliminar após análise pela Comissão de Especialistas	Versão final após o Estudo Piloto
<p>Titre Questionnaire de satisfactio nsurl'hébergemen tsupervisé (QSHS-21)</p> <p>Instructions Les questions suivantes portent sur votre satisfaction, face à divers aspects de la résidence d'accueil dans laquelle vous vivez présentement. Nous sommes particulièrement intéressés à connaître votre opinion, en toute franchise, qu'elle soit positive ou négative. Veuillez s'il vous plaît répondre à toutes les questions. Nous vous remercions de votre collaboration.</p>	<p>Título Escala de Satisfação dos Moradores com as Residências Terapêuticas (SATIS-RT)</p> <p>Instruções Eu vou fazer algumas perguntas a você sobre vários aspectos da residência onde você está morando agora. Gostaria de saber sua opinião, com toda franqueza, sobre o que você gosta e o que você não gosta nesta residência. Agradeço sua colaboração.</p>	<p>Título Escala de Satisfação dos Moradores com as Residências Terapêuticas (SATIS-RT)</p> <p>Instruções Eu vou fazer algumas perguntas a você sobre vários aspectos da residência onde você está morando agora. Gostaria de saber sua opinião, com toda franqueza, sobre o que você gosta e o que você não gosta nesta residência. Agradeço sua colaboração.</p>
A. Environnement physique	A. Ambiente físico	A. Ambiente físico
<p>1. Je suis content(e) de la façon dont ma résidence est maintenue.</p> <p>2. Je suis content(e) de la propreté de ma résidence d'accueil.</p> <p>3. Je trouve que ma résidence est très inconfortable.</p>	<p>1. Você está contente com a maneira como sua residência é cuidada?</p> <p>2. Você está contente com a limpeza da sua residência?</p> <p>3. Você acha que sua residência é muito desconfortável?</p>	<p>1. Você está contente com a maneira como sua residência é cuidada?</p> <p>2. Você está contente com a limpeza da sua residência?</p> <p>3. Você acha que sua residência não tem conforto (os móveis, os cômodos, a construção, a circulação do ar, etc)?</p>
B. Services offerts	B. Serviços oferecidos/atividades	B. Serviços oferecidos/atividades
<p>4. Je trouve que la nourriture est de très bonne qualité</p> <p>5. Je suis content(e) du nombre d'activités qui sont données par mon responsable dans la résidence d'accueil.</p> <p>6. Je suis content(e) des collations offertes à la résidence.</p>	<p>4. Você acha que a comida é de boa qualidade?</p> <p>5. Você está contente com o número de atividades na sua residência (Ex. Ver TV, ouvir música, jogos, arrumar quarto, fazer limpeza, ajudar na cozinha, na horta, etc.)?</p> <p>6. Você está contente com as refeições oferecidas na residência?</p>	<p>4. Você acha que a comida é de boa qualidade?</p> <p>5. Você está contente com o número de atividades na sua residência (Ex. Ver TV, ouvir música, jogos, arrumar quarto, fazer limpeza, ajudar na cozinha, na horta, etc.)?</p> <p>6. Você está contente com a quantidade de refeições oferecidas na residência?</p>

Tabela 2. Seções C, D e E da escala original, da versão preliminar após análise pela comissão de especialistas e da versão final após o estudo piloto

Escala Original	Versão preliminar após análise pela Comissão de Especialistas	Versão final após o Estudo Piloto
C. Organisation interne	C. Organização interna	C. Organização interna
<p>7. Je suis satisfait(e) des règlements concernant la possibilité d'inviter ma famille et mes amis à ma résidence d'accueil.</p> <p>8. Mon responsable fait un excellent travail de supervision des pensionnaires de la résidence.</p> <p>9. Je suis satisfait(e) du règlement concernant les siestes durant la journée.</p>	<p>7. Você está satisfeito com as regras ('combinados') para convidar sua família ou amigos a virem na residência?</p> <p>8. Você acha que seu cuidador faz um bom trabalho de supervisão dos moradores da residência?</p> <p>9. Você está satisfeito com as regras ('combinados') para os repousos durante o dia?</p>	<p>7. Você está satisfeito(a) com as regras ('combinados') para receber visitas na residência?</p> <p>8. Você acha que seu cuidador faz um bom trabalho de ajudar os moradores da residência?</p> <p>9. Você está satisfeito(a) com as regras ('combinados') para os repousos durante o dia?</p>
D. Relation avec le responsable	D. Relação com o cuidador	D. Relação com o cuidador
<p>10. Je suis content(e) de la façon dont mon responsable subvient à mes besoins.</p> <p>11. Je sens que mon responsable comprend vraiment mes problèmes de santé mentale.</p> <p>12. Je sens que mon responsable se soucie vraiment de moi.</p>	<p>10. Você está contente com a maneira como seu cuidador atende as suas necessidades?</p> <p>11. Você sente que seu cuidador entende verdadeiramente seus problemas de saúde mental?</p> <p>12. Você sente que seu cuidador se preocupa verdadeiramente com você?</p>	<p>10. Você está contente com a maneira como seu cuidador atende as coisas que você precisa? (dentro e fora da casa)</p> <p>11. Você sente que seu cuidador entende verdadeiramente seus problemas de saúde mental? (problemas de cabeça, de nervo)</p> <p>12. Você sente que seu cuidador se preocupa verdadeiramente com você?</p>

continua...

Tabela 2. Continuação

E. Traitement	E. Tratamento/Reabilitação/Reinserção	E. Tratamento/Reabilitação/Reinserção
13. J'aimerais que les programmes de l'hôpital me soient rendus plus facile d'accès.	13. Você gostaria de participar mais das atividades fora da residência? (Ex. tratamentos, atividades físicas, religiosas, artesanatos, aulas, passeios, etc.)	13. Você gostaria de participar mais das atividades fora da residência? (Ex. tratamentos, atividades físicas, religiosas, artesanatos, aulas, passeios, etc.)
14. J'aimerais que mon médecin me rende visite plus souvent à la résidence d'accueil.	14. Você gostaria de poder consultar os médicos mais vezes?	14. Você gostaria de poder consultar os médicos mais vezes?
15. J'aimerais avoir plus d'aide pour résoudre mes problèmes de la part de mon responsable.	15. Você gostaria de ter mais ajuda de seu cuidador para resolver seus problemas?	15. Você gostaria de ter mais ajuda de seu cuidador para resolver alguns problemas? (compras, atividades, tratamentos, relacionamento)

Tabela 3. Seções F e G da escala original, da versão preliminar após análise pela comissão de especialistas e da versão final após o estudo piloto

Escala Original	Versão preliminar após análise pela Comissão de Especialistas	Versão final após o Estudo Piloto
F. Relation avec les autres résidents et la communauté	F. Relação com os outros residentes e a comunidade	F. Relação com os outros residentes e a comunidade
16. Je suis déçu(e) du nombre de contacts que j'ai avec mes voisins.	16. Você está decepcionado com o número de contatos que você tem com seus vizinhos?	16. Você está insatisfeito (a) com o número de contatos que você tem com seus vizinhos?
17. Je suis insatisfait (e) de la façon dont les autres résidents s'entendent avec moi.	17. Você está decepcionado com as amizades que você fez na sua residência?	17. Você está insatisfeito(a) com as amizades que você fez na sua residência?
18. Je suis déçu(e) des amitiés que je me suis faites dans ma résidence d'accueil.	18. Você está insatisfeito com a maneira como os outros residentes se dão com você?	18. Você está insatisfeito(a) com a maneira como os outros residentes (moradores) se dão com você?
G. Ambiance	G. Atmosfera Social	G. Atmosfera Social
19. Ma résidence est aussi tranquille que je le voudrais.	19. Você acha que sua residência é tão tranquila quanto você gostaria?	19. Você acha que sua residência é tão tranquila quanto você gostaria?
20. Je trouve qu'il y a trop de chicanes dans ma résidence d'accueil.	20. Você acha que há brigas demais na sua residência?	20. Você acha que há brigas demais na sua residência?
21. Je suis satisfait(e) de pouvoir faire partie d'un groupe dans ma résidence d'accueil?	21. Você está satisfeito de poder fazer parte de um grupo dentro de sua residência?	21. Você está satisfeito(a) de poder fazer parte dessa residência?
Alternatives de réponses		
Pas du tout d'accord	Não, de jeito nenhum	Não, de jeito nenhum
Un peu d'accord	Sim, um pouco	Sim, um pouco
Plutôt d'accord	Sim, bastante	Sim, bastante
Entièrement d'accord	Sim, totalmente	Sim, totalmente

Resultados do estudo piloto

Os resultados do Estudo Piloto indicaram que a maioria dos itens da escala foi de boa compreensão por todos. Porém, 10 itens precisaram ser revistos, por conter algumas palavras não compreendidas. Segue abaixo uma descrição dos resultados obtidos (ver Tabelas 1 a 3).

Na tabela 1, no item 3, "Você acha que sua residência é muito desconfortável?", a palavra "desconfortável" não foi compreendida por todos, sendo substituída pela expressão "tem pouco conforto", que foi bem compreendida. O item 6, "Você está contente com as refeições oferecidas na residência?", gerou dúvida, pois este conteúdo se confundia com o de um item anterior. Decidiu-se, então, direcionar o item para "a quantidade de refeições na residência" (Tabela 1).

Na tabela 2, no item 7, "Você está satisfeito(a) com as regras ('combinados') para convidar sua família ou amigos a virem na residência?", não se aplicava à situação familiar e social de todos os moradores. O item foi modificado para se referir a visitas dos moradores em geral. No item 8, "Você acha que seu cuidador faz um bom trabalho de supervisão dos moradores da residência?", a palavra "supervisão" gerou dúvidas, sendo substituída por "ajudar". No item 10, "Você está contente com a maneira como seu cuidador atende as suas necessidades?", a palavra "necessidade" gerou dúvidas, sendo substituída por "as coisas que você precisa", o que foi bem compreendido. Além disso, foi incluído um parêntese nesta questão, citando exemplos de situações usuais nas residências. No item 11, "Você sente que seu cuidador entende verdadeiramente seus problemas de saúde

mental?”, a expressão “problemas de saúde mental” gerou dúvidas, por isto foi acrescentado um parêntese nesta questão para esclarecer o termo saúde mental, com a expressão “problema de cabeça ou nervo”, que era mais usual e familiar para os moradores. No item 15, “Você gostaria de ter mais ajuda de seu cuidador para resolver seus problemas?”, a expressão “seus problemas” foi trocada por “alguns problemas”, que foi mais bem compreendida. Além disso, foi acrescentado um parêntese neste item, com exemplos de possíveis problemas.

Na tabela 3, nos itens 16 e 17, a palavra “decepcionado” não foi compreendida por alguns usuários, tendo sido trocada pela palavra “insatisfeito”, que foi compreendida. O item 21, “Você está satisfeito(a) de poder fazer parte de um grupo dentro de sua residência?”, gerou problemas, pois os moradores foram unânimes em expressar imediatamente que não havia grupos dentro da residência. Por isso, a questão foi modificada para se referir a um sentido mais geral, se referindo à satisfação de fazer parte daquela residência. As instruções dadas no início da escala, assim como as alternativas de resposta foram bem compreendidas pelos moradores, não gerando dúvidas.

Discussão

Este estudo realizou a adaptação transcultural da escala QSHS-21, para avaliar a satisfação dos moradores com os serviços residenciais terapêuticos. Esta escala é inovadora, pois ainda não havia no Brasil um instrumento de medida específico para este fim.

O perfil da amostra neste estudo se assemelha, em geral, às características de outras amostras de serviços residenciais. Por exemplo, no presente estudo, 53,33% dos moradores eram do sexo feminino, o que se assemelha ao estudo de Oliveira (2018), nas RTs de Juiz de Fora, com 53,30% dos participantes do sexo feminino e no estudo de Maluf et al. (2017), nas Rts de Barbacena, com 53,33% do sexo feminino. No que se refere à idade dos moradores, na presente amostra a idade média (60, 63 anos) se assemelha à do estudo de Maluf et al. (2017), com média de 59,35 anos, mas está acima da idade média obtida no estudo de Oliveira (2018), que foi de 51,92 anos. Quanto ao grau de escolaridade, houve semelhança entre os estudos, pois 66,7% dos sujeitos eram alfabetizados na presente amostra, sendo 65% no estudo de Oliveira (2018) e 57,33% no estudo de Maluf et al. (2017). Os diagnósticos variaram significativamente entre os estudos, porém, a maioria

das categorias se enquadra dentro do mesmo tipo: “Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Transtornos Delirantes”. No estudo de Oliveira (2018), esta categoria atingiu 68,30%, superior aos 50% do presente estudo. Porém no estudo de Maluf et al. (2017), apenas 20% apresentavam diagnósticos, pois para a maioria dos usuários não havia essa informação nos prontuários.

O processo de adaptação transcultural seguiu as diretrizes mais citadas da literatura científica (Avanci, Assis, Santos, & Oliveira, 2007; Guillemin, Bombardier, & Beaton, 1993; Machado et al., 2018; Reichenheim & Moraes, 2007), que recomendam a realização das quatro fases do procedimento adotado aqui. A Comissão de Especialistas realizou uma análise qualitativa das versões da escala e da redação de cada item obtendo, por meio do consenso, uma versão preliminar da escala brasileira, equivalente à versão original e adaptada às condições de vida dos moradores das RTs. Nessa análise, foram utilizados também os critérios recomendados por Pasquali (1998, 2016), para redação dos itens de um instrumento de medida, descritos anteriormente. Outros estudos de adaptação transcultural de escalas de medida em saúde mental utilizaram também os procedimentos descritos aqui, garantindo assim sua equivalência com relação às escalas originais e sua aplicabilidade à população-alvo de baixa escolaridade (Bandeira et al., 2005; Bandeira et al., 2009; Moreira, Bandeira, Pollo, & Oliveira, 2014).

A Comissão de Especialistas estabeleceu uma mudança na aplicação da escala para o formato de entrevista, que é mais apropriado à população-alvo de moradores das residências terapêuticas, tendo sido recomendado internacionalmente (Herdman et al., 1998; Perreault et al., 1993). Segundo Perreault et al. (1993), questionários autoadministrados seriam difíceis para muitos usuários e, por este motivo, eles correriam o risco de serem excluídos das amostras. Os autores argumentam que essa “seletividade instrumental” resultaria em amostras menos representativas dos serviços de saúde mental, pois os usuários mais graves ficariam sub-representados. Os autores priorizaram o formato de entrevista, na qual o pesquisador lê as questões e anota as respostas. Herdman et al. (1998) também apontaram para a dificuldade de utilização de escalas auto aplicadas para a população-alvo de pessoas pouco alfabetizadas.

Este formato de escala, elaborado para entrevistas, se mostrou eficaz no presente trabalho, pois nem mesmo o morador com menor grau de escolaridade deixou de responder. Outros estudos também adotaram este procedimento, tal como o estudo de validação de

uma escala de satisfação (SATIS-BR) no contexto dos CAPS (Bandeira, Pitta, & Mercier, 1999), o estudo de adaptação da Escala de Sobrecarga de Familiares de usuários de serviços de saúde mental (FBIS-BR) (Bandeira et al., 2005), o estudo de adaptação da Escala de Percepção de Mudanças, nas duas versões para usuários de serviços de saúde mental e para seus familiares (Bandeira et al., 2009) e o estudo de adaptação da Escala de Adesão a Psicofármacos MARS (Moreira et al., 2014).

No Estudo Piloto, a maioria dos itens da escala foi de boa compreensão por todos os moradores, não havendo dúvidas quanto ao significado dos termos, mas alguns itens precisaram ser modificados. A “Técnica de Sondagem” utilizada durante a realização do Estudo Piloto, recomendada por Guillemín et al. (1993), permitiu identificar as palavras menos compreendidas, buscar termos mais adequados à população-alvo e reformular os itens, contribuindo para a adaptação da escala ao contexto brasileiro. Esta técnica também foi utilizada em outros estudos de adaptação transcultural de escalas de medida em saúde mental, para usuários dos serviços (Bandeira et al., 2005; Bandeira et al., 2009; Moreira et al., 2014).

A adaptação da escala foi realizada buscando a sua equivalência com a escala original (Hugerbühler & Wang, 2016). A equivalência semântica foi estabelecida, sendo que os itens das versões, original e adaptada, apresentaram o mesmo significado das palavras, conforme estabelecido pela Comissão de Especialistas.

No que se refere à equivalência conceitual, os itens usados para avaliar a satisfação dos moradores na escala original contemplaram adequadamente os aspectos da satisfação no contexto brasileiro. A equivalência de experiências foi mantida, pois a escala apresentou poucos aspectos cotidianos diferentes da realidade dos RTs e estes poucos aspectos foram adequadamente adaptados.

Além disso, não foi encontrada nenhuma expressão idiomática necessitando de uma adaptação e a população-alvo não apresentou compreensão inusitada de nenhum termo apresentado pelos itens. Este cuidado em garantir as equivalências entre a escala original e a escala adaptada foi igualmente respeitada em outros estudos de adaptação transcultural de escalas de medida (Bandeira et al., 2005; Bandeira et al., 2009; Moreira et al., 2014).

Conclusões

Pode-se concluir que a versão brasileira da escala QSHS-21 possui equivalência semântica e conceitual

com a escala original, está adaptada ao nosso contexto cultural e à realidade das moradias RTs e se mostrou de fácil compreensão pela população-alvo. O formato de aplicação da escala, em situação de entrevista, garante sua adequação a pessoas de baixo nível de escolaridade.

Esta escala deverá ser submetida, posteriormente, a estudos de avaliação das evidências das propriedades psicométricas de validade e fidedignidade, no contexto brasileiro. Após esta avaliação, a escala poderá ser utilizada para avaliar a satisfação dos moradores dos SRTs, podendo identificar aspectos a serem melhorados nas moradias, de forma a contribuir para melhor qualidade de vida dos moradores.

Por ser uma inovação no nosso contexto, a versão brasileira da escala QSHS-21 contribui para o desenvolvimento científico, nesta área. A utilização desta escala permitirá, ainda, desenvolver comparações entre os resultados de pesquisas brasileiras e internacionais, facilitando a compreensão das semelhanças e diferenças no acolhimento dos usuários em diversas moradias. Este estudo pretende disponibilizar este novo instrumento de avaliação da satisfação dos moradores das residências terapêuticas aos seus administradores e aos pesquisadores.

Referências

- Avanci, J. Q., Assis, S. G., Santos, N. C., & Oliveira, R. V. C. (2007). Adaptação transcultural de escala de autoestima para adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 397-405. doi: 10.1590/S0102-79722007000300007
- Bandeira, M. (2014). Princípios norteadores para a avaliação de serviços de saúde mental. In M. Bandeira, L. A. Lima, & S. Barroso (Orgs.), *Avaliação de serviços de saúde mental: princípios metodológicos, indicadores de qualidade e instrumentos de medida* (pp. 19-54). Petrópolis, RJ: Vozes.
- 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. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(2), 107-114. doi: 10.1590/S0047-20852009000200007
- Bandeira, M., Calzavara, M. G. P., & Varella, A. A. B. (2005). Escala de sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos: adaptação transcultural para o Brasil (FBIS-BR). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(3), 206-214. Recuperado de https://ufsj.edu.br/lapsam/sobrecarga_familiar.php
- Bandeira, M., Pitta, A. M. F., & Mercier, C. (2000). Escala de avaliação da satisfação dos usuários em serviços de saúde mental: Satis-br. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 49(8), 293-300. doi: 10.1590/S0047-20852012000300002
- Bandeira, M., & Silva, M. (2012). Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR): estudo de validação. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(3), 124-132. doi: 10.1590/S0047-20852012000300002

- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-reports measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191. Recuperado de https://journals.lww.com/spinejournal/Citation/2000/12150/Guidelines_for_the_Process_of_Cross_Cultural.14.aspx
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. L., & Pineault, R. (1997). A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In Z. M. A. Hartz (Org.), *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas* (pp. 29-47). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J. L., & Boyle, P. (1994). *Saber preparar uma pesquisa. Definição. Estrutura. Financiamento*. São Paulo: Hucitec Abrasco.
- Esperidião, M., & Trad, L. A. B. (2006). Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(6), 1267-1276. doi: 10.1590/S0102-311X2006000600016
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12), 1417-1432. doi: 10.1016/0895-4356(93)90142-n
- Gutwinski, S., Westerbarkey, E., Schouler-Ocak, M., Moran, J. K., & Schreiter, S. (2021). Housing satisfaction of psychiatric patients in different forms of housing: a cross-sectional study in Berlin, Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 848. doi: 10.3389/fpsy.2021.652565
- Hambleton, R. K., & Zenisky, A. L. (2016). Translating and adapting tests for cross-cultural assessments. In D. Matsumoto & F. Van de Vijver (Orgs.), *Cross-cultural research methods in Psychology* (pp. 46-70). Cambridge: Cambridge University Press.
- Herdman, M., Fox-Rushby, J., & Badia, X. (1998). A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: The universalist approach. *Quality of Life Research*, 7, 323-335. doi: 10.1023/a:1024985930536
- Hungerbühler, I., & Wang, Y. P. (2016). Aspectos transculturais na adaptação de instrumentos. In C. Gorenstein, Y. P. Wang, & I. Hungerbühler (Orgs.), *Instrumento de avaliação em saúde mental* (pp. 12-17). Porto Alegre: Artmed.
- Machado, R. D. S., Fernandes, A. D. D. B. F., Oliveira, A. L. C. B. D., Soares, L. S., Gouveia, M. T. D. O., & Silva, G. R. F. D. (2018). Cross-cultural adaptation methods of instruments in the nursing area. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, e20170164. doi: 10.1590/1983-1447.2018.2017-0164
- Maluf, R., Bandeira, M., & Oliveira, D. (2017). Psychiatric patients' satisfaction in the therapeutic residence services: A positive experience of psychiatric deinstitutionalization. *Estudos de Psicologia*, 22(3), 274-284. doi: 10.22491/1678-4669.20170028
- Miglietta, E., Belessiotis-Richards, C., Ruggeri, M., & Priebe, S. (2018). Scales for assessing patient satisfaction with mental health care: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 100, 33-46. doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.02.014
- Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Recuperado de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
- Moreira, Í. C., Bandeira, M., Pollo, T. C., & Oliveira, M. S. (2014). Cross-cultural adaptation to Brazil of Medication Adherence Rating Scale for psychiatric patients. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(4), 273-80. doi: 10.1590/0047-2085000000035
- Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24(1), 67-74. doi: 10.1097/00005650-198601000-00007
- Oliveira, W. G. (2018). *Avaliação da satisfação dos moradores com os serviços residenciais terapêuticos* (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São João del Rei, Minas Gerais). Recuperado de <https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/ppgps/DISSERTACAO%20FINAL%20Wellely%20Gouvea%20oliveira.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrição clínica e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Pasquali, L. (1998). Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 206-213. Recuperado de <http://ppget.ifam.edu.br/wp-content/uploads/2017/12/Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas.pdf>
- Pasquali, L. (2006). Princípios de elaboração de escalas. In C. Gorenstein, Y-P Wang, & I. Hungerbühler (Orgs.), *Instrumentos de avaliação em saúde mental* (1ª ed., pp. 4-11). Porto Alegre: Artmed.
- Perreault, M., Leichner, P., Sabourin, S., & Gendreau, P. (1993). Patient satisfaction with outpatients psychiatric services. Qualitative and quantitative assessments. *Evaluation and Program Planning*, 16, 109-118. doi: 10.1016/0149-7189(93)90022-z
- Piat, M., Perreault, M., & Bloom, D. (2006). Évaluation des services offerts em résidences d'accueil selon la perspective des usagers présentant des troubles sévères et persistants de santé mentale (Projet #49618). Montréal: Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas. Projet subventionné par Les Instituts de Recherche em Santé Mentale du Canada (IRSC). ISBN 2-923185-03-X.
- Portaria nº 106. (2000, 11 de fevereiro). Dispõe sobre caracterização, organização e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Reichenheim, M. E., Moraes, C. L., & Hasselmann, M. H. (2000). Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Revista de Saúde Pública*, 34(6), 610-616. doi: 10.1590/S0034-89102000000600008
- Resolução nº 510. (2016, 7 de abril). Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde.
- Ruggeri, M. (1994). Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: The state of the art of its measurement. *Social Psychiatry Epidemiology*, 29(5), 212-227. doi: 10.1007/BF00796380
- Ruggeri, M. (2010). Satisfaction with mental health services. In G. Thornicroft & M. Tansella (Orgs.), *Mental health outcome measures* (pp. 99-115). Londres: RCPsych Publications.
- Sandhu, S., Killaspy, H., Krotofil, J., McPherson, P., Harrison, I., Dowling, S., ... Priebe, S. (2016). Development and psychometric properties of the client's assessment of treatment scale for supported accommodation CAT-SA. *BMC Psychiatry*, 16(43). doi: 10.1186/s12888-016-0755-3
- Silva, M. A. (2014). Satisfação dos usuários com os serviços de saúde mental. In M. Bandeira, L. A. Lima, & S. Barroso (Orgs.), *Avaliação de serviços de saúde mental: Princípios metodológicos, indicadores de qualidade e instrumentos de medida* (pp. 55-86). Petrópolis, RJ: Vozes.

Silva, S. N., Lima, M. G., & Ruas, C. M. (2018). Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 3799-3810. doi: 10.1590/1413-812320182311.25722016

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2010). Saúde Mental da população e cuidado comunitário. In G. Thornicroft & M. Tansella (Orgs.), *Boas práticas em Saúde Mental Comunitária* (pp. 6-19). Barueri: Manole.

Tsemberis, S., Rogers, E. S., Rodis, E., Dushuttle, P., & Skryha, V. (2003). Housing satisfaction for persons with psychiatric disabilities. *Journal of Community Psychology*, 31(6), 581-590. doi: 10.1002/jcop.10067

Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne*, 30(4), 662-680. doi: 10.1037/h0079856

Francisca Lucimar Pinheiro Parente, Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), é Psicóloga no Instituto Casa de Gui (ONG) e Psicóloga na Clínica Dr. Dias Jr. Endereço para correspondência: Rua Professor Edgar de Arruda, 1143 Henrique Jorge, Fortaleza/CE, CEP 60.510-350. Telefone: (85) 9 8190-0788. Email: lucimarppsico@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7029-3273>

Marina Bandeira, Doutora em Psicologia Experimental pela Université de Montréal, Canadá, é Professora aposentada da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), Docente atuante na Pós-graduação em Psicologia. Email: bandeira@ufsj.edu.br ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7778-6078>

Mário César Rezende Andrade, Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), é Professor adjunto da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). Email: mariocesar@ufsj.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2784-5209>

Carlos Eduardo Leal Vidal, Doutor em Saúde Pública/Epidemiologia pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), é Professor da Faculdade de Medicina de Barbacena - Fundação José Bonifácio Lafayette de Andrada (FAME-FUNJOBE). Email: celv@uol.com.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9766-5847>

Leandra Mara de Vilhena Melo Vidal, Especialista em Assistência Social -Gestão de Pessoas pela Universidade de Uberaba (UNIUBE), é Supervisora Clínico-Institucional em Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Email: vilhena2008@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2715-1795>

Recebido em 23.jun.21
Revisado em 31.ago.22
Aceito em 25.out.22