JUSSARA CARVALHO DOS SANTOS

A ADAPTAÇÃO CULTURAL E A VALIDAÇÃO DA ESCALA *SOCIAL AND COMMUNITY OPPORTUNITIES PROFILE* (SCOPE).

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências

Área de Concentração: Enfermagem.
Linha de pesquisa: Prática Social e Profissional em Saúde.

Orientadora: Profª Drª Sônia Barros

VERSÃO CORRIGIDA
As versões originais encontram-se disponíveis nas Bibliotecas da Escola de Enfermagem, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

São Paulo
2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____
Data:___/____/___

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Santos, Jussara Carvalho dos

Adaptação Cultural e Validação da escala *Social and Communities Oportunities Profile (SCOPE).* / Jussara Carvalho dos Santos. São Paulo, 2018.
168 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Sônia Barros
Área de concentração: Enfermagem

1.Enfermagem 2. Saúde Mental. 3. Inclusão social. 4. Estudos de validação. 5. Psicometria. I. Título.

Nome: Santos, Jussara Carvalho dos
Título: A adaptação cultural e a validação da escala *Social and Community Opportunities Profile* (SCOPE).

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovada em: __/__/__

Comissão Julgadora

Prof.ª Dr.ª:_____ Instituição:_____
Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof.ª Dr.ª:_____ Instituição:_____
Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof.ª Dr.ª:_____ Instituição:_____
Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof.ª Dr.ª:_____ Instituição:_____
Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof.ª Dr.ª:_____ Instituição:_____
Julgamento:_____Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Cleuza e Juvenal, por sempre me apoiarem em todos os sentidos da vida e por acreditarem na minha capacidade.

Ao André Marconato, meu esposo/amigo/cúmplice, que – desde 2001 – está ao meu lado me apoiando e acreditando em mim, sendo a fortaleza para que eu pudesse dar continuidade ao meu sonho de ser uma cientista.

Ao meu grande irmão, literal e metaforicamente, que me deu forças nas horas mais difíceis e angustiantes que já passei em minha vida.

Principalmente, aos usuários dos serviços comunitários de saúde mental do Município de São Paulo, os quais me ajudaram a construir essa tese.

AGRADECIMENTOS

Aos meus queridos Pais e Esposo, que me dão apoio e forças para enfrentar as adversidades da vida.

À minha estimada orientadora, Prof.ª Dr.ª Sônia Barros, pela oportunidade de realizar o meu sonho de ser cientista, pelas orientações atenciosas e pela paciência.

Ao meu supervisor no estágio de doutorado sanduíche, Prof. Dr. Peter J. Huxley, pelo tempo dedicado a este projeto e pelo apoio para me ajudar a entender a psicometria. E, também, por me receber de forma tão carinhosa e acolhedora e por me permitir adaptar e validar o SCOPE para o português falado no Brasil.

Às professoras Dr.ª Dayse Tronchin e Dr.ª Ana Luísa Aranha e Silva, pelas valorosas contribuições no exame de qualificação.

Aos juízes que fizeram parte do comitê de especialistas, etapa importantíssima desta pesquisa, pelas contribuições à versão do SCOPE-B.

Aos meus colegas do grupo de pesquisa "Enfermagem e as Políticas de Saúde Mental", em especial a Lara, Anaísa e Laís, pelas trocas e palavras de apoio.

À querida amiga Thaís Rojas Castro, especialista do departamento de Enfermagem Materno-infantil e Psiquiátrica, agradeço pelo acolhimento, apoio e conversas revigorantes e animadas.

Aos funcionários da secretaria de pós-graduação, especialmente à Mara, pelos esclarecimentos ao longo do doutorado.

Às secretarias do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e psiquiátrica pelo acolhimento e suporte ao longo desses quatro anos.

Ao Programa Interunidades de doutoramento em Enfermagem pela oportunidade de aprendizado.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa de doutorado e taxa de bancada que viabilizaram a realização desta pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa do Programa de doutorado sanduíche no exterior, que me permitiu discutir os dados desta pesquisa com os autores da versão original do SCOPE.

À Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo pela autorização institucional para coleta de dados.

Aos usuários, trabalhadores e gestores dos CAPS participantes, por tornar esta pesquisa possível.

A Todos e Todas, o meu muito Obrigada!!!

Santos JC. A adaptação cultural e a validação da escala *Social and Community Opportunities Profile* (SCOPE). [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

RESUMO

Introdução: A reforma psiquiátrica brasileira trouxe a tona questões da exclusão social de pessoas com transtorno mental e fomentou a criação de uma política Nacional de saúde mental, cuja finalidade é a inclusão social das pessoas com transtorno mental. Para alcançar tal finalidade, foram criados serviços comunitários de saúde mental possuidores de equipes multidisciplinares capazes de promoverem ações de inclusão social. No entanto, não existiam no Brasil instrumentos que medissem os resultados dessas ações. Diante desse cenário, a autora percebeu que havia a necessidade de ter instrumentos validados e confiáveis para avaliação das ações de inclusão social para contribuir de serviços comunitários de qualidade para as pessoas com transtorno mental. Objetivo: Adaptar culturalmente e validar a escala *Social and Community Opportunities Profile* (SCOPE) para o contexto brasileiro. Método: Estudo metodológico, com amostra aleatória simples sem reposição composta por 225 pessoas com transtorno mental atendidas em 29 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – que são serviços comunitários e territoriais –, cuja coleta ocorreu no período de dezembro de 2016 a abril de 2017. Essa amostra foi dividida em duas subamostras (Amostra A=110 e Amostra B=115) para as análises psicométricas, de modo a garantir pelo menos cinco pacientes para cada item do SCOPE-B nas análises de construto. A fonte de informação para a coleta dos dados foi a versão brasileira do Instrumento Social and Communities Oportunities Profile (SCOPE-B), após adaptação cultural, que compõe 48 questões autoaplicáveis, sendo 17 referentes a escala de inclusão social e 31 questões de caracterização do perfil do usuário. A adaptação cultural foi feita de acordo com o protocolo de Dorcas Beaton e colegas. Para validação de conteúdo, utilizou-se o cálculo de IVC e para a análise dos dados coletados com o SCOPE-B utilizou-se estatística descritiva para caracterizar o perfil dos participantes. Análises fatoriais, exploratória (AFE) e confirmatória (AFC), foram realizadas para a validade de construto. Para o cálculo da consistência interna foi realizado o alfa de Cronbach. As análises foram realizadas por meio dos softwares IBM-SPSS e IBM-SPSS-AMOS versões 22.0 e 21.0, respectivamente. Resultados: Do total de 225 pacientes, a maioria era do sexo feminino (52%), branco (52,9%), possuíam o ensino médio completo (31%), desempregado (34,2%), com idade média de 44,57 e DP±11,428, sem doença crônica (55,1%), com renda até 1 salário mínimo (52%), sendo o benefício do estado a fonte de renda mais comum (33,3%). O processo de adaptação cultural teve comitê de especialistas composto por 12 juízes e obteve IVCt= 0,97 de concordância sobre o conteúdo da escala SCOPE-B. A média da pontuação total da escala foi 60,62 e DP±10,677, máximo de 89 pontos e mínimo de 37 pontos. Segundo SCOPE-B, os participantes apresentaram índices de inclusão social baixo a médio. Após as AFE e AFC a escala ficou formada por 17 itens, divididos em duas subescalas: Subescala de satisfação (12 itens) com três domínios: Social (itens 03,08,11,27,31,40,43 e 44) Trabalho (itens 18 e 24) e Saúde (36 e 37) e α=0,756; Subescala Oportunidades Percebidas, unifatorial (itens 05, 10, 14, 21 e 30) e α=0,626. Os índices de ajustamento obtidos por meio da AFC para o novo modelo da subescala referente a satisfação de inclusão social (12 itens), foram $\chi2$= 57000, df= 48 (p <.001), CFI= 0.967, TLI= 0.954, RMSEA= 0.040 e NFI= 0.830 e para subescala oportunidades percebidas de inclusão social (05 itens), foram $\chi2$=5819, df= 5 (p <.001), CFI= 0.990, TLI= 0.979, RMSEA= 0.038 e NFI= 0.926. Foram classificados como muito bons. Conclusão: O SCOPE-B, composto por 17 itens distribuídos em duas subescalas - Satisfação (12 itens e três domínios) e Oportunidades Percebidas (05 itens e um domínio), além de 31 questões de caracterização das pessoas com transtorno mental - mostrou-se um instrumento com boas evidências de validade e precisão para medir a inclusão social dos usuários de serviços comunitários de saúde mental atendidos no Município de São Paulo. No entanto, a estrutura fatorial encontrada ainda é passível de aprimoramentos para o excelente ajustamento do modelo.

DESCRITORES: Saúde Mental. Inclusão Social. Estudos de Validação. Psicometria.

Santos JC. Cross-Cultural adaptation and Validation of the scale Social and Community Opportunities Profile (SCOPE). [Thesis]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2018.

ABSTRACT

Background: Brazilian psychiatric reform has raised questions about the social exclusion of people with mental health issues and has fostered the creation of a National Mental Health Policy, whose purpose is the social inclusion of people with mental health issues. To achieve this goal, community mental health services were created with multidisciplinary teams capable of promoting social inclusion. However, there were no instruments in Brazil that measured the results of these actions. In this scenario, the author realized that there was a need to have validated and reliable instruments to evaluate social inclusion actions to contribute quality community services to people with mental health issues. Objective: To culturally adapt and validate the Social and Community Opportunities Profile (SCOPE) for the Brazilian context. Method: Methodological study simple random sample without replacement composed of 225 people with mental disorders attended at 29 Psychosocial Care Centres (CAPS), which are community and territorial services, whose collection occurred from December 2016 to April 2017. This sample was divided into two sub-samples (Sample A = 110 and Sample B = 115) for the psychometric analyzes, in order to guarantee at least five patients for each SCOPE-B item in the construct analyzes. The data source for the data collection was the Brazilian version of the Social and Communities Oportunities Profile (SCOPE-B), after cultural adaptation, which composes 48 self-applicable questions, of which 17 refer to the scale of social inclusion and 31 questions of characterization of the user profile. Cultural adaptation was done according to the protocol of Dorcas Beaton and colleagues. For content validation, the CVI calculation was used and for the analysis of the data collected with the SCOPE-B, descriptive statistics were used to characterize the profile of the participants. Factorial, exploratory (AFE) and confirmatory (AFC) analyzes were performed for the construct validity. The Cronbach's alpha was used to calculate the internal consistency. The analyzes were performed using IBM-SPSS and IBM-SPSS-AMOS software versions 22.0 and 21.0, respectively. Results: A total of 225 patients were female (52%), white (52.9%), had completed high school (31%), unemployed (34.2%), with a mean age of 44 , 57 and SD ± 11,428, with no chronic disease (55.1%), with income until 1 minimum wage (52%), being the most common source of income benefits of the State (33.3%). The process of cultural adaptation had a committee of specialists consisting of 12 judges and obtained IVCt = 0.97 of agreement on the content of the SCOPE-B scale. The mean of the total scale score was 60.62 and SD ± 10.677, maximum of 89 points and a minimum of 37 points. According to SCOPE-B, the participants presented low to medium social inclusion indices. After the AFE and AFC, the scale was composed of 17 items, divided into two subscales: Satisfaction subscale (12 items) with three domains: Social (items 03,08,11,27,31,40,43 and 44), Work (items 18 and 24) and Health (36 and 37) and $\alpha = 0.756$; Subscale Opportunities Perceived, unifatorial (items 05, 10, 14, 21 and 30) and $\alpha = 0.626$. The AFC adjustment indexes for the new subscale model for social inclusion satisfaction (12 items) were $\chi2= 57000$, df= 48 ($p <.001$), CFI= 0.967, TLI= 0.954, RMSEA= 0.040 and NFI= 0.830 and for subscale perceived social inclusion opportunities (05 items), were $\chi2=5819$, df= 5 ($p <.001$), CFI= 0.990, TLI= 0.979, RMSEA= 0.038 and NFI = 0.926 were classified as very good. Conclusion: SCOPE-B, composed of 17 items distributed in two subscales - Satisfaction (12 items and three domains) and Perceived Opportunities (05 items and one domain), as well as 31 questions characterizing people with mental disorders - was shown an instrument with good evidence of validity and accuracy to measure the social inclusion of users of community mental health services served in the city of São Paulo. However, the factor structure found is still subject to improvements for the excellent fit of the model.

DESCRIPTORS: Mental Health. Social Inclusion. Validation Studies. Psychometry.

Santos JC. Santos JC. La adaptación cultural y la validación de la escala *Social and Community Opportunities Profile* (SCOPE). [tesis]. São Paulo: Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo; 2018.

RESUMEN

Introducción: La reforma psiquiátrica brasileña trajo a la luz cuestiones de la exclusión social de personas con tránsito mental y fomentó la creación de una política nacional de salud mental, cuya finalidad es la inclusión social de las personas con trastorno mental. Para alcanzar tal fin, se han creado servicios comunitarios de salud mental que poseen equipos multidisciplinarios capaces de promover acciones de inclusión social. Sin embargo, no existían en Brasil instrumentos que midieran los resultados de esas acciones. En este contexto, la autora percibió que había la necesidad de tener instrumentos validados y confiables para evaluar las acciones de inclusión social para contribuir de servicios comunitarios de calidad para las personas con trastorno mental. Objetivo: Adaptar culturalmente y validar la escala Social and Community Opportunities Profile (SCOPE) para el contexto brasileño. Método: Estudio metodológico, con muestra aleatoria simple sin reposición compuesta por 225 personas con trastorno mental atendidas en 29 Centros de Atención Psicosocial (CAPS) - que son servicios comunitarios y territoriales -, cuya recolección ocurrió en el período de diciembre de 2016 a abril de 2017. Que se dividió en dos submuestras (Muestra A = 110 y Muestra B = 115) para los análisis psicométricos, para garantizar al menos cinco pacientes para cada ítem del SCOPE-B en los análisis de constructo. La fuente de información para la recolección de los datos fue la versión brasileña del Instrumento Social and Communities Oportunidad Profile (SCOPE-B), tras adaptación cultural, que compone 48 cuestiones autoaplicables, siendo 17 referentes a la escala de inclusión social y 31 cuestiones de caracterización del producto perfil de usuario. La adaptación cultural fue hecha de acuerdo con el protocolo de Dorcas Beaton y colegas. Para validación de contenido, se utilizó el cálculo de IVC y para el análisis de los datos recolectados con el SCOPE-B se usó estadística descriptiva para caracterizar el perfil de los participantes. Los análisis factoriales, exploratorios (AFE) y confirmatorios (AFC), se realizaron para la validez de constructo. Para el cálculo de la consistencia interna se realizó el alfa de Cronbach. Los análisis se realizaron a través del software IBM-SPSS e IBM-SPSS-AMOS versiones 22.0 y 21.0, respectivamente. Resultados: Del total de 225 pacientes, la mayoría era del sexo femenino (52%), blanco (52,9%), poseían la enseñanza media completa (31%), desempleado (34,2%), con edad media de 44 (55,1%), con ingresos hasta 1 salario mínimo (52%), siendo el beneficio del estado la fuente de renta más común (33,3%). El proceso de adaptación cultural tuvo comité de espcialistas compuesto por 12 jueces y obtuvo IVCt = 0,97 de concordancia sobre el contenido de la escala SCOPE-B. El promedio de la puntuación total de la escala fue 60,62 y DP ± 10,677, máximo de 89 puntos y mínimo de 37 puntos. Según SCOPE-B, los participantes presentaron índices de inclusión social bajo a mediano. En el caso de las AFE y AFC, la escala quedó formada por 17 ítems, divididos en dos subescalas: Subescala de satisfacción (12 ítems) con tres dominios: Social (ítems 03,08,11,27,31,40,43 y 44) Trabajo (ítems 18 y 24) y Salud (ítems 36 y 37) y $\alpha = 0,756$; Subescala Oportunidades Percibidas, unifatorial (ítems 05, 10, 14, 21 y 30) y $\alpha = 0,626$. Los índices de ajuste obtenidos por medio de la AFC para el nuevo modelo de la subescala referente a la satisfacción de inclusión social (12 ítems), fueron $\chi2= 57000$, df= 48 ($p <.001$), CFI= 0.967, TLI= 0.954, RMSEA= 0.040 y NFI= 0.830 y para subescala oportunidades percibidas de inclusión social (05 ítems), fueron $\chi2=5819$, df= 5 ($p <.001$), CFI= 0.990 e TLI= 0.979, RMSEA= 0.038 y NFI = 0.926 fueron clasificados como muy buenos.fueron clasificados como muy buenos. En el caso de las personas con trastorno mental, el SCOPE-B, compuesto por 17 ítems distribuidos en dos subescalas - Satisfacción (12 ítems y tres dominios) y Oportunidades Percibidas (05 ítems y un dominio), además de 31 cuestiones de caracterización de las personas con trastorno mental - se mostró un instrumento con buenas evidencias de validez y precisión para medir la exclusión social de los usuarios de servicios comunitarios de salud mental atendidos en el Municipio de São Paulo. Sin embargo, la estructura factorial encontrada todavía es susceptible de mejoras para el excelente ajuste del modelo.

DESCRIPTORES: Salud Mental. Inclusión Social. Estudios de Validación. Psicometría.

Lista de Tabelas

Tabela 01: Valores totais por item do resultado do IVC para cada tipo de equivalência. ……..…..89

Tabela 02: Total do IVCi da escala SCOPE-B por Juiz e IVC total, quando somado todos os resultados do IVCi dos Juízes. …….....……..……...91

Tabela 03 Solução da Análise Fatorial Exploratória da subescala Satisfação da escala SCOPE, São Paulo – SP, 2017.....……...…….97

Tabela 04: Solução da Análise Fatorial Exploratória da subescala Oportunidades Percebidas da escala SCOPE, São Paulo – SP, 2017…….…..……..98

Tabela 05: Caracterização dos participantes estudo, usuários de serviço comunitário de saúde mental, Município de São Paulo – SP, período de dezembro de 2016 a abril de 2017. .....…….....101

Tabela 06: Frequência absoluta e porcentagem das respostas autorreferidas dos usuários de serviços comunitários de saúde mental relacionadas as questões de caracterização da escala SCOPE-B, Município de São Paulo – SP, período de dezembro de 2016 a abril de 2017…….....103

Tabela 07: Distribuição das respostas autorreferidas pelos usuários de serviço comunitário de saúde mental segundo cada item que compõe a escala SCOPE-B, Município de São Paulo – SP, período de dezembro de 2016 a abril de 2017…….....105

Tabela 08: Distribuição das Médias das respostas autorreferidas pelos usuários de serviço comunitário de saúde mental por item da escala SCOPE-B segundo as variáveis sexo, doença crônica, raça/cor, região e Tipo de CAPS dos participantes estudo, Município de São Paulo – SP, período de dezembro de 2016 a abril de 2017.. ……..…….....106

Tabela 09: Resultados do teste de qui-quadrado entre os itens da escala SCOPE-B e variáveis sexo e doença crônica, Município de São Paulo – SP, período de dezembro de 2016 a abril de 2017……...……...107

Tabela 10: Resultados da comparação entre as médias das respostas autorreferidas dos participantes estudo, usuários de serviço comunitário de saúde mental, Município de São Paulo – SP, período de dezembro de 2016 a abril de 2017...……...……..108

Lista de quadros

Quadro 01: Classificação estatística das variáveis de caracterização dos participantes do estudo. ….35

Quadro 02: Descrição das versões original e traduzidas pelos tradutores 1 e 2 com destaque para as divergências sublinhadas. …….….58

Quadro 03: Descrição da síntese das traduções 1 e 2 que gerou versão 1 da escala SCOPE-B de acordo com as convergências, divergências e soluções encontradas. …….....……...65

Quadro 04: Ilustração descritiva da retrotradução 1 e 2 da primeira versão da escala SCOPE-B, com destaque para as divergências dos retrotradutores que estão sublinhadas. ……..….72

Quadro 05: Caracterização e motivo de seleção dos juízes que compuseram o comitê de especialistas para a avaliação da validação de face e de conteúdo da escala SCOPE-B. …….… 81

Quadro 06: Síntese de sugestões individuais dos juízes para adequação da escala SCOPE-B para a língua portuguesa falada no Brasil e resultado individual geral, bem como sugestões aceitas para a reescrever a escala. ……....82

Quadro 07: Composição da versão pré-final da escala SCOPE-B com o destaque para as soluções do comitê de especialistas. ……..…...84

Quadro 08: Versão final da escala SCOPE-B adaptada culturalmente para o português falado no Brasil……..92

Lista de figuras

Figura 01: Distribuição dos CAPS segundo a Coordenadoria Regional de Saúde no mapa geográfico do Município de São Paulo, período dezembro de 2016 a março de 2017. …….....37

Figura 02: Dimensões do construto Inclusão social. ……..42

Figura 03: Processo de Adaptação Cultural, adaptado do esquema de Beaton e colaboradores.…....47

Figura 04: Solução de número de fatores para a escala SCOPE-B apresentada pelo *Scree plot*.....98

Figura 05: Modelo final da escala SCOPE-B…….100.

Sumário

APRESENTAÇÃO 13
1. INTRODUÇÃO 14
1.1 O modelo de atenção Psicossocial e a necessidade de avaliação. 15
1.2 Avaliações dos serviços substitutivos de saúde mental e de suas ações. 18
1.3 A inclusão/exclusão social, a sua mensuração, e os CAPS. 23
3. CAMINHO METODOLÓGICO 28
3.1. População, amostra e critério de inclusão. 33
3.2. Cenário do estudo. 35
3.3. Questões éticas. 39
3.4. Instrumentos para coleta de dados. 39
3.5. Procedimentos para coleta e análise dos dados. 44
4. RESULTADOS 57
4.1. Os resultados da adaptação cultural da escala SCOPE para o português falado no Brasil. 57
4.2. A validação e confiabilidade da escala SCOPE-B. 96
4.3. Análise descritiva da aplicação do questionário e caracterização da população do estudo. 101
5. DISCUSSÃO 109
5.1. Adaptação cultural do instrumento SCOPE-B. 109
5.2. Análise psicométrica do instrumento SCOPE-B. 111
5.3. Caracterização dos participantes e perfil das respostas obtidas com o questionário. 114
5.4. Limitações do estudo. 126
6. CONCLUSÕES 128
REFERÊNCIAS 131
ANEXOS 141
APÊNDICES 149

APRESENTAÇÃO

A disciplina de saúde mental sempre trouxe questionamentos importantes em meu percurso profissional e acadêmico, principalmente, em relação ao estigma e à discriminação sofridos pela pessoa com transtorno mental, bem como a exclusão social que, historicamente, faz sombras a sua convivência em sociedade. Esta área me instigou a buscar conhecimentos sobre ela desde a graduação e em meu trabalho como enfermeira psiquiátrica/saúde mental – trabalhando em CAPS adulto e na enfermaria de álcool e drogas em um Hospital geral. Durante todo este percurso, pude perceber a grande dificuldade em transpor as barreiras causadas pelo estigma da doença mental e para promover a inclusão social das pessoas com transtornos mentais na sociedade e nos serviços.

Também, a minha dissertação de mestrado[1] me mobilizou ao explicitar que o estigma da doença mental era uma barreira para a inclusão social da pessoa com transtorno mental, pois mesmo com as ações de superação do estigma promovidas pelos profissionais dos CAPS adultos, os usuários ainda tinham, a contratualidade e a sua circulação pela cidade limitada, além de condição socioeconômica desfavorável e certa dificuldade ao acesso aos serviços substitutivos.

Mesmo com este panorama, pude perceber que havia possibilidades e avanços em direção à superação do estigma da doença mental e à inclusão social das pessoas com transtorno mental na sociedade. Estas possibilidades se davam por meio da participação dos usuários nas festas juninas em museus da cidade, nos grupos de socialização e de circulação pela cidade, pela criação de cooperativas de usuários, nos projetos de economia solidária e profissionais que procuravam desconstruir o estigma abordando a família e cidadãos que não aceitavam a presença das pessoas com transtorno mental no mesmo espaço que o seu. Porém, estas ações não eram comuns em todos os cenários do estudo citado, o que me fez perceber que havia a necessidade de avaliação destes serviços e das ações de saúde mental promovidas pelos mesmos, com a finalidade de conhecer qual resultado/impacto que essas ações provocavam na vida das pessoas e na organização dos serviços.

Assim, a partir destas inquietações, fomentadas pela experiência prática e pela literatura, surgiu o interesse em avaliar os resultados dos projetos e das ações para inclusão social de pessoas com transtornos mentais e usuárias de serviços substitutivos, por meio da autoaplicação da Escala *Social and Communities Opportunities Profile* (SCOPE) em usuários dos CAPS adultos, a ser adaptada culturalmente e validada neste presente estudo, a fim de gerar indicadores que mensurem rotineiramente estas ações.

---

1 SANTOS, J. **O estigma da doença mental:** compreensão e ações dos trabalhadores dos CAPS. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, 2013.

1. INTRODUÇÃO

A política nacional de saúde mental brasileira – que tem como escopo a cidadania, direitos humanos e inclusão social – tem sido atacada desde sua concepção por grupos defensores do modelo da psiquiatria tradicional. Essa resistência à reforma psiquiátrica é subsidiada por grupos com interesse econômico na exploração do campo da saúde mental.

Há tempos que representantes do modelo psiquiátrico tradicional tentam fazer retroceder o Modelo de Atenção Psicossocial, substituindo-o por uma proposta neoliberal, visando a hegemonia do poder/saber médico, do modelo de internação e da indústria farmacêutica, bem como do lucro. Eles aparecem nas mídias, fazendo o uso de seu saber/poder, para desacreditar e desmerecer a reforma psiquiátrica, manipulando a opinião leiga da população.

Atualmente, esse grupo chegou à coordenação nacional de saúde mental e tem gerado mudanças na Política Nacional de Saúde Mental – atacando diretamente a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – com a incorporação de hospitais psiquiátricos, os quais não se encaixam no modelo de atenção psicossocial. Esses hospitais, nas últimas três décadas têm sido substituídos por serviços comunitários de saúde mental, denominados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os "novos" gestores da Coordenação Nacional de Saúde Mental, os quais parecem representar o *lobby* de donos de hospitais psiquiátricos e de indústrias farmacêuticas, afirmam que o modelo de atenção psicossocial não é suficiente para promover assistência com qualidade às pessoas com transtornos mentais, no entanto, eles não utilizam medidas e dados que comprovem essas afirmações. Entretanto, em gestões anteriores, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, desenvolveu e financiou diversos processos de avaliação da assistência prestada em Hospitais Psiquiátrico e, também em CAPS, mas não ocorreram avaliações que mensurem a inclusão social das pessoas com transtornos mentais, que é a finalidade da Política nacional. Portanto, não foram identificados instrumentos para tal objetivo no Brasil. Dessa maneira, surge como alternativa, a proposta de adaptar e validar instrumentos de medida para poder avaliar serviços de saúde mental, com a finalidade de mensurar a inclusão social das pessoas com transtornos mentais – que é a proposta desta tese de doutoramento.

1.1 O modelo de atenção Psicossocial e a necessidade de avaliação.

A reforma psiquiátrica brasileira tem tentado superar o modelo manicomial como única possibilidade de tratamento da loucura, propondo o paradigma da atenção psicossocial e implantando serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Conforme a proposta, os serviços substitutivos devem operar em regime aberto, coordenando a rede de atenção psicossocial na comunidade/território, além de ampliar e respeitar os direitos das pessoas com transtornos mentais, buscando a inclusão social e reintegração familiar destas, com a consequente superação do estigma da doença mental [1,2]. O principal dispositivo, considerado estratégico para esta mudança de modelo, é o CAPS.

Hoje são aproximadamente 2328 CAPS, habilitados pelo Ministério da Saúde, distribuídos no território nacional [3]. Estes serviços são regulamentados pela Portaria GM 336/2002, que determina os CAPS como componentes do SUS (Sistema Único de Saúde), reconhecendo a complexidade de serviços prestados e sua amplitude de atuação, tanto no território, onde se encontra, quanto na luta pela substituição do modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde. Nestes dispositivos, o tratamento é norteado pelo conceito de reabilitação psicossocial, no qual o indivíduo, antes excluído e alienado de suas possibilidades, pode se tornar sujeito de sua própria história a partir da reintegração nos diversos segmentos sociais.

Segundo Pitta [4] a reabilitação psicossocial pode ser definida como uma "*ética de solidariedade que facilite aos sujeitos com limitações para os afazeres cotidianos, decorrente de transtornos mentais severos e persistentes, o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade*" (p.9), ou seja, visa à inclusão social da pessoa com transtorno mental. Corroborando com esta definição, Leão e Barros [5] afirmaram que os CAPS têm possibilitado a promoção da inclusão social da pessoa com transtorno mental, pois realiza intervenções na rede social, na moradia e no trabalho do indivíduo. No entanto, as autoras também constataram que os CAPS têm tido dificuldades na implementação de práticas de inclusão social, pois as mesmas não são vislumbradas como metas de trabalho, ou não estão ao alcance das equipes, corroborando resultados de outro estudo realizado no estado de Mato Grosso [6].

Na forma de serviços substitutivos de saúde mental de base territorial, guiados pelo conceito de reabilitação psicossocial e em busca da inclusão social da pessoa com transtorno mental, os CAPS atendem pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, como

psicoses e neuroses graves, buscando amenizar e tratar as crises para que estas pessoas possam recuperar sua autonomia e se reinserir nas atividades cotidianas.

Por possibilitar que seus usuários voltem para seus domicílios todos os dias, os CAPS evitam a quebra nos laços familiares e sociais, bem como produção de estigma, fator muito comum em internações de longa duração [2,7,8].

Conforme o estudo de Salles e Barros [9] apontou, os CAPS têm mostrado impacto positivo na vida dos seus usuários, pois estes dispositivos têm promovido a construção de uma rede social mais ampla e diversificada sem sobrecarregar familiares. Eles permitem também: a construção de vínculos e amizades, a valorização dos usuários, as relações de trocas igualitárias, a circulação pela cidade, e consequentemente, a diminuição do isolamento e as reinternações. Estes dispositivos têm implementado também ações de superação do estigma da doença mental, com vistas a romper as barreiras em prol da inclusão social [1,2].

Santos [1] constatou que os CAPS adultos de uma determinada região do município de São Paulo realizavam ações que diminuíam o estigma da doença mental e, concomitantemente, promoviam a inclusão social de seus usuários, destacando que o estigma da doença mental era uma barreira para a inclusão social da pessoa com transtorno mental. Também, enfocou que há necessidade de investimento do Estado para se ampliar estas ações de superação do estigma da doença mental e para aumentar a inclusão destas pessoas na sociedade. No entanto, este estudo não mediu qual o impacto das ações de inclusão social promovidas pelos CAPS adultos, desvelando a necessidade de mensurar a inclusão social bem como o seu impacto.

Segundo Salles e Barros [10], o novo modelo de atenção psicossocial, regido pelos CAPS, promove o aumento da autonomia, iniciando um processo de construção do lugar social das pessoas com transtorno mental e, consequentemente, a inclusão social delas. Ainda, para as autoras, isso tem convergido com os discursos dos usuários, cujo desejo é cuidar da própria saúde, construir família, trabalhar, isto é, almejam um cotidiano inserido na comunidade. Porém, Moll e Saeki [11] observaram contradições nos relatos de usuários, pois, em estudo conduzido por elas, eles consideram o CAPS como o único local de inclusão social.

Nesse cenário, compreende-se que tem ocorrido modificações importantes no paradigma teórico/assistencial, mas, dialeticamente, percebe-se a manutenção de manicômios internalizados em profissionais, familiares de pessoas com transtorno mental e sociedade, que dificulta ações que visem a inclusão social e a desconstrução do estigma da doença mental e

perpetra exclusão social e segregação da pessoa com transtorno mental, mesmo em serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Outro objetivo dos CAPS é trabalhar articulado com a rede de serviços da região onde estão instalados, pois têm a função de dar suporte e supervisão à rede básica também, além de se envolver em ações intersetoriais – como a educação, trabalho, esporte, cultura, lazer, etc. – na busca de inserção dos seus membros em todas as áreas da vida cotidiana. Portanto, de acordo com as autoras [1,8], os CAPS são ferramentas potentes para a promoção de estratégias de inclusão social e de superação do estigma relacionado às pessoas com transtornos mentais no território de sua atuação. Assim, tem-se um desenho de modelo assistencial fundamentado no conceito de cidadania e atenção integral, que conforme Yanos e colaboradores [12] são características que aumentam as chances de inclusão social e de superação do estigma da doença mental.

Em contrapartida, Santos [1] e Silva, Melo e Esperidião [13] observaram que os CAPS enfrentam dificuldades em gerir a rede de atenção psicossocial de acordo com o que é preconizado pelas portarias ministeriais, pois não há fluxos apropriados e/ou padronizados para o recebimento e encaminhamento dos usuários. Este fator dificulta ou inviabiliza o acompanhamento de usuários fora da instituição e, consequentemente, compromete o estabelecimento de serviços de referência e contrarreferência de forma resolutiva e responsiva. Visando a atual conjuntura em que os CAPS se inserem, Onoko-Campos e colegas [14] constataram que muitos CAPS não têm desenvolvido as funções de aglutinar e organizar a rede de saúde mental, apontando para o risco de uma “manicomialização” desses serviços substitutivos ao manicômio, o que implicaria retrocesso para a reforma psiquiátrica. Portanto, a avaliação destes serviços ganha destacada importância, por se configurar em ferramenta com potencial de evitar tal retrocesso.

Em relação aos aspectos relacionados à estrutura dos CAPS – Silva, Melo e Esperidião [13] relataram divergências quanto a organização, funcionamento de instalações físicas, e atividades realizadas, não existindo padronização no oferecimento destes serviços. Os mesmos autores enfocam, ainda, outros obstáculos às metas de desinstitucionalização, como a tendência à medicalização de sintomas, que impedem a aplicação de ótica mais comprometida aos interesses de seus usuários. Entende-se que para garantir a qualidade destes serviços são necessários maiores investimentos na formação de recursos humanos especializados na área de saúde mental, treinados sob a ótica da reabilitação psicossocial, e em número suficiente para

cada serviço e demanda de cada local. Desta forma, seria possível evitar a violação dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental, como vem ocorrendo em serviços diversos em todo o mundo [13,15].

Portanto, observa-se a necessidade de avaliação desses serviços substitutivos e de suas ações, particularmente, em relação à meta de inclusão social, o que possibilitará verificar como está sendo o desempenho dos CAPS em relação às funções que devem desenvolver no seu território de atuação, principalmente, na atual configuração das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS).

Conforme a Portaria de n°3088/2011, a RAPS é uma rede de cuidados que objetiva assegurar atendimento humanizado e integral às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, visando para a consolidação de um modelo de atenção aberto e de base comunitária e a garantia de livre circulação em serviços, comunidade e cidade para esses indivíduos [16].

O interesse pelo tema deste estudo, avaliação de serviços e das ações de saúde mental deu-se ainda no mestrado, cujo resultado da investigação desenvolvida apontou para a necessidade de avaliar os serviços a fim de mensurar as ações de inclusão social e sua qualidade, pois embora as ações de inclusão social sejam realizadas, não há mensuração sobre a eficácia e impacto de seus resultados [1]. Dessa maneira, elegeu-se como objeto deste estudo **"instrumento de avaliação de ações de inclusão social para pessoas com transtornos mentais",** para poder ofertar meios para mensurar a eficácia e o impacto destas ações de inclusão social promovidas pelos CAPS e, assim, nortear o planejamento necessário para que se alcance qualidade assistencial com enfoque nas ações de inclusão social das pessoas com transtornos mentais.

1.2 Avaliações dos serviços substitutivos de saúde mental e de suas ações.

Nas duas últimas décadas, a OMS tem preconizado a avaliação dos serviços de saúde e tem enfatizado a necessidade de avaliar e monitorar os serviços de saúde mental em busca da qualidade da assistência prestada e garantir o tratamento universal e equitativo a todas as pessoas com transtorno mental.

A avaliação de serviços de saúde, com vista a aprimorar estes serviços e a sua qualidade, teve início ainda no século XX, mais precisamente no ano de 1910 com o relatório Flexner. Este estudo tinha como objetivo avaliar o ensino e a prática médica, o qual apontou a

necessidade de controle do exercício profissional e denunciou as precárias condições da prática profissional. Seis anos mais tarde, Codman apresentou uma proposta metodológica de avaliação contínua do estado de saúde dos pacientes para estabelecer os resultados finais das intervenções médicas intra-hospitalares [17].

Devido ao aumento de custos e da complexidade da atenção médica, após a segunda guerra mundial, ocorre um impulso nas pesquisas de avaliação de qualidade e dos custos da atenção à saúde. Foi a partir dos anos 60, que os serviços passaram a ser pensados também como produtos e, portanto, passíveis de padronização em relação à qualidade, atualmente um atributo importante na sua valorização no mercado que, além da sua importância no setor privado, ganhou destaque também nos serviços prestados no setor público como parte dos direitos sociais da população [18]. Dessa maneira, os serviços de saúde, em movimento de expansão neste período, foram igualmente envolvidos na ótica capitalista de forma que a avaliação da qualidade, frequentemente associada à gestão e à garantia de qualidade, passou a ser adotada com regularidade por especialistas, em particular nos EUA.

Surgiram desta forma, diversas definições de avaliação de qualidade, porém Donabedian [19] foi o primeiro a cunhar o termo: *"o objetivo da avaliação de qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer a vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos",* p.857. O autor afirma ainda que a avaliação pode se dar em três componentes ou em combinações: estrutura, processo e resultados, comportando sempre duas dimensões, que são o desempenho técnico e a relação profissional/paciente desenvolvida durante o atendimento ao paciente, além de se apoiar nos sete pilares da qualidade: eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Baseado neste conceito, a Organização Mundial da Saúde (OMS) [20] definiu avaliação como *"uma maneira sistemática de aprender com a experiência e com as lições aprendidas para melhorar as atividades atuais e promover um melhor planejamento por seleção cuidadosa de alternativas para a ação futura,* p.17*".*

Com a crise pela qual os sistemas de saúde têm passado nas últimas décadas, a avaliação passou a ser vista como uma ferramenta para procurar soluções para as dificuldades encontradas. Países como EUA, Canadá, Austrália, Itália e Reino Unido têm se empenhado em avaliar a qualidade de seus serviços de saúde, a fim de diminuir custos e aumentar a eficácia e

os benefícios das ações desempenhadas nestas instituições. E, seguindo a mesma lógica, a avaliação da qualidade também se voltou aos serviços de saúde mental.

A avaliação de serviços de saúde mental deve ser uma atividade contínua, realizada periodicamente, a fim de identificar aspectos da assistência aos pacientes que necessitam ser reajustados e promover a melhoria do tratamento oferecido e na qualidade dos serviços. Entre as dez recomendações da Organização Mundial da Saúde para a saúde mental, encontra-se o desenvolvimento da pesquisa e do monitoramento dos serviços, com indicadores da qualidade do acesso, da adequação da assistência, da qualidade das intervenções preventivas e terapêuticas e da avaliação dos resultados do tratamento, entre outros [(21)].

Dessa forma, diversos países desenvolvidos – dentre eles EUA, Reino Unido, Itália, Canadá e Austrália – têm buscado avaliar seus serviços de saúde mental de base comunitária com o objetivo de garantir a melhor assistência aos usuários destes serviços. São estudos que buscaram avaliar: a satisfação do usuário [(22,23)], a estrutura dos serviços de saúde mental [(24)], o acesso ao serviço [(25)], a adequação da assistência e o impacto das intervenções terapêuticas [(26)] e, mais recentemente, a avaliação dos resultados das ações promovidas por estes serviços [(27,28)]. Muitos destes estudos utilizaram instrumentos para mensurar seu objeto de estudo em determinado serviço de saúde mental. Inicialmente, os sujeitos desses estudos estavam restritos aos gestores e profissionais da área. Porém, estudos recentes têm incluído os usuários preconizando a participação em estratégias favorecedoras de empoderamento (*empowerment*) e de participação no tratamento (*recovery*), de forma a promover sua participação efetiva no planejamento terapêutico e na própria avaliação dos serviços de saúde mental e da sua inclusão social [(29–31)].

No Brasil, tal preocupação iniciou-se na década de 1990, visto a necessidade de acompanhar o desenvolvimento do novo sistema de saúde que estava sendo implantado pela nova Constituição Brasileira aprovada em 1988. A princípio, as avaliações aplicadas se restringiram ao âmbito dos hospitais e, mais tarde, se estendeu para a atenção básica.

Pesquisadores no Brasil, observando a preocupação da União e da OMS e seguindo a tendência internacional em relação à necessidade de avaliações de serviços de saúde, propuseram diversas avaliações para os serviços de saúde mental de forma isolada. Alguns destes estudos procuraram avaliar desde a satisfação do usuário em relação seu atendimento (WHO-SATIS-BR) e a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde mental – que foram estudos do grupo de pesquisa da UFJF em parceria com a USP e OMS [(32)] –, bem como avaliar

as experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial na região sul do país [33]. Também houve trabalhos que avaliaram a estrutura dos CAPS do município de São Paulo [34] e outros procuraram avaliar a qualidade de vida dos usuários de serviços de saúde (WHOQoL/WHOQoL-Brief) [35]. Outros dois estudos, sendo um na cidade de Cuiabá-MT e outro em Campinas-SP, buscaram avaliar as práticas terapêuticas desempenhadas pelos CAPS adultos [6,36].

Em 2008, o Ministério da Saúde brasileiro avaliou a qualidade dos CAPS através da terceira versão do programa AVALIAR CAPS, cujo objetivo foi o de levantar informações sobre estes serviços, possibilitando a caracterização dos CAPS, o acompanhamento, a estimativa de qualidade da assistência prestada e a proposição de indicadores. Entretanto, o resultado do estudo apontou que *"é preciso, no entanto, intensificar e sistematizar as parcerias com outros serviços e setores, além das ações de geração de renda, para potencializar a qualidade de vida dos usuários as suas possibilidades de autonomia"*, isto é, a inclusão social [37].

A revisão da literatura nacional sobre o tema indicou uma carência de estudos que mensurem a qualidade dos serviços de saúde mental, o impacto das ações de inclusão social promovidas por estes serviços, bem como não fornecem indicadores para avaliar estes quesitos. Diversos estudos de abordagem qualitativa têm apontado para a necessidade de mensurar estas ações e avaliar os serviços substitutivos, indicando a necessidade de criar indicadores de saúde mental, voltados para o paradigma emergente.

De acordo com Leão e Barros [38], os profissionais dos serviços substitutivos expressam em seus discursos a transição do paradigma hospitalocêntrico para o psicossocial. Dessa maneira, as autoras apontam para a necessidade de discussões sobre a complexidade do novo paradigma dentro do, também complexo, sistema de saúde brasileiro, principalmente em relação às ações intersetoriais, bem como das condições socioeconômicas, no que se refere ao trabalho e a insuficiência das Políticas Sociais.

Portanto, desvelar as ideologias presentes no serviço de saúde mental pode, positivamente, contribuir para a avaliação da qualidade dos serviços e para a transformação dos discursos, das práticas e da realidade em que estão inseridos os atores envolvidos no processo de inclusão social das pessoas com transtornos mentais.

Segundo Barros [39], os profissionais de saúde mental, mesmo afirmando que os usuários devem retornar ao meio social e familiar, tem adotado o assistencialismo para tratar a questão

da inclusão social, o que agrava as condições de exclusão social dos usuários, pois não toca no principal ponto do processo de exclusão social, sobretudo em relação aos direitos humanos, controle social do Estado e do mercado de trabalho, bem como a tendência de naturalização da pobreza.

Apesar disso, Leão e Barros [5] observaram que a visão dos profissionais de saúde mental tem abarcado a inclusão social das pessoas com transtornos mentais, implicando o exercício de sua cidadania e de sua inserção no mercado de trabalho e, portanto, estas concepções vão ao encontro das propostas da reabilitação psicossocial. Por outro lado, o trabalho, apesar de ter importância como uma ferramenta para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais, não é observado pelos profissionais como meta, desvelando certa impotência destes trabalhadores em promover ações deste tipo. Isto, impede a contemplação de um dos eixos da reabilitação psicossocial e, consequentemente, aborta uma possibilidade de inclusão social dos usuários destes serviços, impedindo, assim, a superação do estigma.

As dificuldades apresentadas pelos profissionais, daquele estudo, incidem sobre o entendimento de que o lugar de inclusão e de pertencimento está limitado ao serviço e que somente ali é possível incluir, criando barreiras para as práticas extramuros de inclusão social [5]. Posto este cenário, Moll e Saeki [11] apontaram que a consequência desta dificuldade de entendimento apresentada pelos profissionais do estudo supracitado reflete na percepção do usuário, o qual passa acreditar que somente o CAPS é o único local que o aceitará como ele é, ou seja, um local de inclusão social construído especialmente para sua realidade.

Leão e Barros [5] também identificaram nos discursos dos profissionais, que eles acreditam ser necessário restituir à normalidade os sujeitos adoecidos, como pré-requisito para a inclusão social, explicitando a dificuldade de entendimento das propostas, dos programas e das práticas voltados para a inclusão social, os quais visam à convivência com as diversidades, as desigualdades, desconstruindo a cultura manicomial e excludente no imaginário social.

Salles [8] afirmou que o CAPS é um dispositivo norteador de ações que tem possibilitado a inclusão social de usuários com transtorno mental. No entanto, a autora constatou que há poucas avaliações sobre o processo de funcionamento dos CAPS e as mudanças que trouxeram benefícios reais aos usuários. Dessa forma, Wetzel [40] apontou para a necessidade de criar indicadores de qualidade para os serviços de saúde mental que visem mensurar a qualidade das ações dos serviços de saúde mental, pois os que existem são insuficientes para avaliar a realidade destes serviços. Neste sentido, as autoras [1,8] ressaltaram a necessidade de avaliações

sobre o funcionamento do CAPS e de estudos que meçam os resultados do processo de reabilitação psicossocial, de superação do estigma da doença mental e de inclusão social dos usuários, de modo a gerar dados que possam sustentar e incentivar a Reforma Psiquiátrica brasileira.

1.3 A inclusão/exclusão social, a sua mensuração, e os CAPS.

Desde o final do século XVIII, o tratamento psiquiátrico dispensado às pessoas com transtorno mental é excludente e, atualmente, ainda se mantém esta lógica segregativa em vários países. A manutenção de 62% de leitos psiquiátricos em manicômios no mundo, contra 21% de leitos em hospitais gerais, comprova a permanência da clínica excludente como forma de tratamento, o que demonstra a resistência da psiquiatria à abordagem biopsicossocial [(15)]. A marginalização da loucura ocorre também, além do confinamento em manicômios, por meio do estigma da doença mental. Esta exclusão tem como resultado a desvalorização do sujeito, impedindo-o de realizar trocas no meio social [(2,41)], corroborando com observação dos estudos [(2,42)], os quais afirmaram que a exclusão social das pessoas com transtorno mental está diretamente relacionada ao estigma da doença mental e à medicalização dos sintomas, que acarretam menor participação destas pessoas dentro da sociedade onde vivem.

Segundo Saraceno [(15)], muitos países não têm investido em integração social/inclusão social, pois ainda há indícios de violação dos direitos humanos – seja generalizada em países como Rússia, China, México, Etiópia, seja pontual, como em algumas cidades brasileiras, por exemplo, Sorocaba – interior de São Paulo –, onde estas pessoas ainda vivem em situações desumanas, restritas fisicamente e psicologicamente em poucos hospitais psiquiátricos. Desta forma, a OMS e alguns países da Europa têm se posicionado em favor de avaliar os serviços de saúde mental, a fim de aumentar o investimento na inclusão social das pessoas com transtorno.

A origem do termo *exclusão social* surgiu na França, com Lenoir em 1974, o qual relacionava a questão trabalhista e a insegurança gerada pela dialética emprego/desemprego dentro da dinâmica do sistema capitalista [(43)]. O termo caracterizava a quebra do elo social entre cidadão e Estado, gerando grupos à margem da sociedade [(43,44)]. Dessa forma, compreende-se que a exclusão social é um produto histórico de mecanismos sociais, isto é, uma construção social. Para Zioni [(45)] a expressão tem significado de banimento, reclusão e expulsão, com enfoque no efeito segregador de práticas que criam estigmas com o intuito de desacreditar o sujeito que se quer banir, gerando desigualdade social.

O termo *inclusão social* foi criado no Reino Unido como uma crítica à política social dos anos 1980, e semeado por toda a Europa, com a finalidade de combater a pobreza e a marginalização [43]. O estabelecimento do conceito de inclusão social na Europa ocorreu durante a criação da política unitária para a criação da União Europeia, a fim de abranger todos os grupos em vulnerabilidade (idosos, minorias étnicas, órfãos, mulheres, desempregados, refugiados e pessoas com transtornos mentais), os quais sofrem com o estigma, com o preconceito e com a discriminação, com o objetivo de diminuir a desigualdade social gerada pela política neoliberal adotada nas últimas décadas [43,46,47].

Desde a construção conceitual do termo "inclusão social" até o momento, pouco se tem feito para obter, na prática, o fim da pobreza e da marginalização de pessoas em vulnerabilidade social. O conceito de vulnerabilidade social é multidimensional e diz respeito a uma condição de fragilidade material e/ou moral de indivíduos e/ou grupos diante de riscos produzidos pelo contexto socioeconômico e está intimamente relacionado a processos de iniquidade, injustiça e desigualdade social que acarreta exclusão social, discriminação e violação de direitos dessas pessoas [48].

Dessa maneira, temos observado que, mundialmente, tem aumentado a concentração de riquezas nas mãos de plutocratas e políticas de bem-estar social têm sido atacadas e, até mesmo, destruídas para salvar o sistema capitalista falido. Logicamente, o pouco das ações de inclusão social existente é tomado por assalto pela exclusão social de parcela de classe de trabalhadores que não são mais úteis para o mercado e maior marginalização de pessoas que já estavam em vulnerabilidade social/ excluídas.

Diversos países, desde a crise imobiliária norte-americana de 2008, adotaram uma política de austeridade e o neoliberalismo retomou folego, acarretando a precarização de direitos trabalhistas, previdenciários e sociais que abrange a classe média e trabalhadores em geral, bem como os menos favorecidos economicamente e os marginalizados. Não obstante, direitos conquistados pelas pessoas com transtornos mentais foram os primeiros a deixar de existir nesse contexto e, consequentemente, ressurgiram políticas segregadoras de pessoas com transtornos mentais e economicamente exploratórias.

No Brasil, isso não foi diferente. Essa política de austeridade iniciou nos anos 2014 e se agravou após o impeachment da Presidenta Dilma Rousseff. Como resultado, os direitos sociais, trabalhistas e econômicos de todos os cidadãos têm sido ceifados diariamente e a inclusão social das pessoas com transtorno mental corre sérios riscos de ser extinta. Dessa

forma, mensurar a inclusão social das pessoas com transtorno mental é fundamental para a defesa dos direitos conquistados por esses cidadãos menos favorecidos.

O conceito de inclusão social é amplo, pois é relativo a uma dada sociedade (local e tempo); é multidimensional (essas dimensões são concebidas em termos de direitos ou atividades-chave); é dinâmico (porque a inclusão é um processo e não um estado); e é multiestratificada (no sentido de que suas causas operam em nível individual, familiar, comunitária, social e até níveis globais) [47].

Dessa maneira, a dialética inclusão/exclusão social pode ser utilizada amplamente em discussões sobre a vulnerabilidade de pessoas com transtorno mental e sobre o estigma da doença mental [1,2,8,47,49]. De acordo com Kinoshita [50], a inclusão social da pessoa com transtorno mental é possível com o aumento do poder contratual dela dentro do meio de trocas sociais, pois somente desta maneira é que se desconstroem barreiras cívicas e relacionais, sendo estas geradas pelo estigma e pela exclusão social. Nesse sentido, os autores [43,51–53] afirmaram que há necessidade de conceitualizar, mensurar e monitorar a inclusão social de pessoas com transtorno mental, bem como as ações para a promoção de inclusão social em serviços de saúde e na sociedade em geral, a fim de desconstruir o estigma e a discriminação, e diminuir a exclusão social sobre estas pessoas.

Baumgartner e Burns [52] realizaram uma revisão integrativa sobre a mensuração da inclusão social, chegando a apenas cinco instrumentos de mensuração de inclusão social. Os autores se utilizaram dos descritores: *social inclusion, social integration, mental health, cross-cultural and measurament* e obtiveram os seguintes resultados: Social and Community Opportunities Profile (SCOPE), Social Inclusion Questionnaire User Experience (SinQUE), Social Inclusion Scale (SIS), Social Integration Survey (SIS) e Community Integration Measure (CIM). Em sua conclusão, os autores afirmaram que: há poucos trabalhos com esta temática; há um número restrito de instrumento de mensuração de inclusão social em uso em serviços de base comunitária e há necessidade de adaptação cultural e o uso de escalas de inclusão social em mais países. Também apontaram a relevância atual da escala SCOPE, por trazer em seu escopo perguntas subjetivas e objetivas para a mensuração da inclusão social, as quais abrangem a vivência e a percepção da pessoa com transtorno mental em sociedade, facilitando a implantação de indicadores para a avaliação de serviços de saúde mental.

Devido sua relevância, países do Reino Unido, Austrália, Polônia, China e Singapura estão aplicando a escala SCOPE e utilizando seus indicadores para avaliar a inclusão social dos

usuários de seus serviços de saúde mental. Mais recentemente, houve um significativo aumento de escalas que mensuram inclusão social. Estudos de revisão sistemática [51,53] levantaram, respectivamente, 22 e 26 escalas que medem o construto de inclusão social. Porém, os autores concluíram que a escala que possui melhor propriedade psicométrica é a escala SCOPE.

No Brasil, a revisão de literatura não encontrou escalas com o intuito de mensurar a inclusão social do usuário com transtorno mental na comunidade. Nesse sentido, considerando-se a escassez de trabalhos brasileiros e internacionais que abordem a avaliação de ações na perspectiva da inclusão social e da reabilitação psicossocial, torna-se indispensável mensurar esse fenômeno. A avaliação deste fenômeno deve contemplar a pessoa com transtorno mental como cidadão autônomo a partir de um olhar integral, com a percepção de que as respostas positivas do indivíduo à atenção psicossocial podem decorrer da relação estabelecida com a sua rede social. Após a leitura dos trabalhos que originaram as cinco escalas de mensuração da inclusão social, concluiu-se que a escala SCOPE se destaca das demais, por permitir que o usuário com transtorno mental tenha autonomia ao dizer como tem sido a sua inclusão social na comunidade.

Diante deste panorama, surgem as seguintes questões norteadoras: A escala SCOPE, quando adaptada para a realidade brasileira, apresentará propriedades psicométricas válidas e confiáveis? É possível mensurar a inclusão social percebida por usuários de CAPS por meio do SCOPE-B? As ações de inclusão social promovidas pelos CAPS são eficazes para incluir seus usuários na sociedade?

Assim, a finalidade deste estudo é produzir uma versão da escala *Social and Community Opportunities Profile* (SCOPE) confiável e adaptada culturalmente para a língua portuguesa falada no Brasil, de forma a contribuir para a política de saúde mental brasileira. Portanto, neste projeto, assume-se o seguinte pressuposto: **a tradução do instrumento apresentará confiabilidade e propriedade psicométricas aceitáveis, e o uso subsequente da escala poderá produzir informações que contribuirão para reflexão das ações de inclusão social na realidade brasileira e aprimoramento dos serviços em relação à inclusão social dos usuários.**

Com esta compreensão, espera-se – com esta investigação – contribuir para que os serviços comunitários de saúde mental no Brasil ampliem e avaliem as ações de inclusão social para as pessoas com transtornos mentais e, também, contribuir para a formação teórico-prática de profissionais de saúde, especialmente, enfermeiros.

2. OBJETIVOS

1) Adaptar culturalmente e validar a escala *Social and Community Opportunities Profile* (SCOPE) para o contexto brasileiro; e
2) Disponibilizar uma ferramenta, que mensure a inclusão social de usuários de CAPS adulto, para a construção de novos indicadores no contexto brasileiro.

3. CAMINHO METODOLÓGICO

O presente estudo é uma pesquisa metodológica de método misto, que tratou do processo de adaptação cultural e validação do instrumento SCOPE para a língua portuguesa falada no Brasil e, consequentemente, para a realidade dos serviços comunitários de saúde mental brasileiros (CAPS). A pesquisa metodológica se refere à investigações dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, abrangendo a elaboração, a validação e avaliação de instrumentos de medidas [(54)].

Este estudo foi executado em duas etapas: a primeira delas, é a abordagem qualitativa [(55)], que utilizou a adaptação cultural da versão original do SCOPE para o português falado no Brasil – a fim de realizar a validade de conteúdo e de face por meio da avaliação e adequação da escala pelo comitê de especialistas; e a segunda etapa, é a abordagem quantitativa, que foi utilizada para validação do construto da escala SCOPE, por meio dos testes das propriedades psicométricas da versão brasileira do instrumento [(56)].

Ainda em relação a validação, a literatura não apontou um número exato de validações que um instrumento deve ter para considerarmos validado. No entanto, observou-se que quanto mais evidências de validações o instrumento tiver, melhor validado será [(56)]. Desta forma, neste estudo faremos três tipos de um total de quatro validações comumente realizadas, são elas: validação de conteúdo, validação de face e validação de construto. Não foi possível fazer a validade de critério (quarto tipo de validação), pois não havia um instrumento para comparação que preenchesse os três requisitos – ser relevante, válido e não contaminado – para que pudesse ser utilizado no momento do estudo.

A seguir, apresentamos o referencial teórico sobre o construto inclusão social e sobre o conceito de reabilitação psicossocial dentro da reforma psiquiátrica brasileira (conceito base da Política Nacional de Saúde Mental). Desta forma, são contextualizadas a cultura, a escala utilizada e a base para a análise dos resultados desta tese.

3.1. Referencial Teórico: um suporte para a análise.

3.1.1. Exclusão/Inclusão social de pessoas com transtornos mentais.

Os transtornos mentais são comuns em pessoas que são excluídas da sociedade, pois pessoas desempregadas e/ou pobres são mais vulneráveis em desenvolver transtornos mentais [43,57,58]. A pessoa que possui algum transtorno mental está frequentemente cercada de uma gama de fatores, tais como: baixa renda, desemprego, baixo grau de escolaridade, moradia precária, comorbidades físicas, falta de autonomia e de rede social, redução de oportunidades relacionadas à participação social e sofrem estigma e discriminação [2,5,9,59]. Portanto, pessoas com transtornos mentais estão alocadas no grupo de pessoas em vulnerabilidade social, pois há barreiras – como as citadas acima – que impedem de exercer sua participação social e tem direitos cerceados, ou seja, são impedidas de exercer sua completa cidadania e, consequentemente, estão excluídos da sociedade.

O termo exclusão social é comumente usado como consequência de privação material, de oportunidades e de participação em atividades sociais, culturais, econômicas e políticas, bem como ter relações sociais e rede social restritas ou ausentes. Desvela, também, que é necessário atentar às desvantagens não materiais, as quais podem resultar de um processo de estigma e discriminação [2,43].

Neste sentido, as pessoas com transtornos mentais, usuárias ou não de serviços comunitários em saúde mental, experienciam situações de estigma e de discriminação em sua vida cotidiana, que os impelem a perder contatos sociais e a viver sozinhos, se isolando em seu sofrimento [2,60]. Esse fato dá margem ao estabelecimento do processo de exclusão social, fazendo com que a pessoa nesta situação precise de ajuda para obter novamente sua inclusão na sociedade.

Constantemente, outro ponto que se soma a esse processo de exclusão social, é a dificuldade apresentada pelas pessoas com transtornos mentais para entrar ou se manter no mercado de trabalho e, consequentemente, dificuldade de obter renda para manter boa qualidade de vida. Portanto, sem uma fonte de renda, a autoestima é prejudicada, acarretando percepção de desapontamento e degradação. Em meio ao processo de exclusão, o trabalho assume um papel vital para iniciar uma reviravolta, pois proporciona renda, contato interpessoal, *status* e

identidade social e realização pessoal [42,61–63], sendo um caminho promissor para a inclusão social.

A inclusão/exclusão social possui três vertentes, a primeira ligada somente a cidadania, a segunda aborda apenas a participação social na comunidade que compartilha valores, identidade e pertencimento pela atuação como membro em grupos ou comunidades sociais e, a terceira e última, a soma das duas primeiras vertentes. Da mesma forma que a integração na comunidade é essencial, a construção da cidadania e sua implementação também o é, pois demonstra ser eficaz no processo de inclusão social. Para tanto, o seguro social, emprego, residência, saúde, educação e acesso a serviços comunitários (seja de saúde, seja outro), são alguns indicadores de inclusão social, que são abordados na escala SCOPE [47,58,64,65].

Portanto, assim como o autor da escala, utilizamos a terceira vertente para dar embasamento na análise dos dados no presente estudo. Sendo assim, podemos afirmar que a inclusão social está intimamente ligada a cidadania plena e, somente, está presente se existe igualdade/equidade política, social e direitos humanos. Ela é potencializada quando há componentes culturais, valores e identidade recíprocos (ser membro, ter influência, ser integrado e cumprir direito e deveres). A inclusão social não é só a manifestação social de direitos, mas também a identificação/participação social.

O processo de inclusão social pode ser entendido como um conceito que faz oposição a pobreza, desigualdade e injustiça social, política, econômica e cultural. Quando envolve questões de saúde mental, o termo inclusão social denota relações e práticas que a pessoa com transtorno mental percebe, significando seu envolvimento e importância no local onde convive [66]. Ainda, a inclusão social pode ser compreendida como um “circuito” que expanda o direito de acesso à trocas econômico-sociais, às oportunidades, o papel social do indivíduo e reduza o impacto de suas desabilidades [67].

Assim, o processo de inclusão social é um processo multidimensional complexo [58], pois a inclusão social também acontece em diferentes esferas da vida como educação, lazer, amigos, família, residência, trabalho/renda, participação social/política, acesso a serviços, entre outros. Este processo se desenrola a partir do modo como se estabelece as relações pessoais e afetivas, as atividades realizadas pelo indivíduo e pela relação entre o individual e o coletivo. No entanto, o fato da pessoa com transtorno mental estar na comunidade não indica que ela seja incluída e faça parte da mesma. Para estar incluído socialmente é necessário reconstruir uma

vida significativa e satisfatória, que possua acesso as oportunidades relacionadas aos diversos papéis e atividades sociais consideradas importantes [68,69].

A inclusão social refere-se a dar poder a pessoa com transtorno mental para que ela defina e conduza a própria vida, bem como a mesma participe do meio de trocas econômicas, sociais e culturais. Portanto, focar na cidadania e direitos humanos/sociais básicos da pessoa com transtorno mental e não somente nos sintomas da doença, é importante para poder vincula-la as oportunidades da comunidade [9,70,71]. Tal afirmação converge com a proposta de Reabilitação Psicossocial, que é base da Política Nacional de Saúde Mental pós-Reforma Psiquiátrica.

É patente que todas as pessoas devem ter uma boa condição de saúde, desenvolver suas habilidades, ter renda adequada e viver uma vida satisfatória na comunidade; e para a pessoa com transtorno mental não seria diferente [2,42]. A Declaração Universal de Direitos Humanos aprovada pelas Organizações das Nações Unidas (ONU) traz elementos que deveriam ser seguidos por todos os países – dentre eles o Brasil –, fornecendo a todos os seus cidadãos, com ou sem transtorno mental, boa qualidade de vida de acordo com a oferta da sociedade moderna.

Desse modo, o processo de inclusão social no Brasil está estreitamente relacionado com o processo de cidadania de todas as pessoas, independentemente de seu estado de saúde. A cidadania contempla o exercício universal dos direitos básicos [38]. Entretanto, o conceito de cidadania, atualmente, desvela uma importância ainda maior no Brasil que em países desenvolvidos, pois a nossa constituição – também conhecida como constituição cidadã –, encontra dificuldades de ser plenamente implementada no presente contexto social brasileiro, devido à iniquidade ao acesso a direitos básicos dos cidadãos (como educação, moradia, trabalho, saúde e outros), o que em muitos países do primeiro mundo são direitos já assimilados na estrutura social. Isso tem gerado um alerta vermelho para a nossa jovem democracia.

Diante desse panorama, conclui-se que a inclusão social da pessoa com transtorno mental é um conceito multidimensional, que visa a cidadania e plena participação social do indivíduo na sua comunidade – os quais são os mesmos objetivos da Reabilitação Psicossocial, conceito este que será abordado a seguir.

3.1.2. Reabilitação Psicossocial.

O conceito de Reabilitação Psicossocial consolida que a pessoa com transtorno mental pode engendrar sua vida na sociedade, vinculada nas várias esferas sociais, sem perder sua singularidade. O mesmo coloca em evidência a pessoa com transtorno mental e suas necessidades individuais, sempre vinculando o projeto terapêutico singular com o contexto social em que a pessoa está inserida, aproveitando as oportunidades da comunidade.

A Reabilitação Psicossocial pode ser entendida como um grupo de ações orientadas para ampliar as oportunidades de troca de recursos e afetos, possibilitando a abertura de espaços de negociação entre a pessoa com transtorno mental, sua família, comunidade adjacente e serviços de saúde mental [4,72]. Nessa perspectiva, a essência da Reabilitação Psicossocial não se remete em transformar um indivíduo desabilitado em habilitado, mas em abrandar ou remover barreiras que impedem a inclusão dele na sociedade e o pleno exercício dos seus direitos e da sua cidadania [72].

Ainda sobre o pressuposto da Reabilitação Psicossocial, compreende-se que ele tem como metas: reduzir o sofrimento, desestigmatizar a doença, neutralizar cronificação da mesma, ampliar o vínculo social da pessoa com transtorno mental com ambiente/sociedade, expandir a autonomia e o poder de contratualidade social [2,42,50,73]. Esse processo objetiva devolver ao indivíduo sua cidadania, ou seja, o direito pleno de afetos, relações materiais ou não, laboral e habitacional e, por consequência, sua inclusão social, pois visa promover equidade e oportunidades.

A Reabilitação Psicossocial é um aparato de programas e serviços que descomplicam a vida de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes [4,74]. Para Saraceno [72], além de oferecer – como técnicas de Reabilitação Psicossocial – a escuta, a solidariedade e a afetividade, soma-se a possibilidade de modificar o contexto material da vida cotidiana das pessoas com transtorno mental e a possibilidade de favorecer trocas afetivas.

Desta maneira, os profissionais dos serviços comunitários de saúde mental devem estar atentos em relação à construção da cidadania da pessoa com transtorno mental, bem como a restituição da contratualidade deles nos aspectos de moradia, da rede social e do trabalho com valor social – que são os eixos norteadores do processo de Reabilitação Psicossocial –, a fim de ampliar os espaços de negociação para a realização das trocas sociais daqueles que o sistema excluiu.

A terapêutica da Reabilitação Psicossocial exige um projeto individualizado que não perca de vista o ser humano, ou seja, deve sempre respeitar o tempo de cada um, possibilitando a autonomia e a escolha. Tendo em mente essa premissa, as equipes multidisciplinares dos serviços comunitários de saúde mental, que são aparatos que tem como proposta a Reabilitação Psicossocial, seriam os propulsores de estratégias com vista à inclusão das pessoas com transtorno mental na sociedade, objetivando quebrar barreiras [2,74]. Dessa maneira, os profissionais emprestariam seu poder contratual para desenvolver ações que aumentassem o contato/relações com a pessoa com transtorno mental no território, permitindo maior atuação destas pessoas nas políticas públicas e de cidadania, além de ações educativas que propiciassem maior entendimento da sociedade sobre a saúde mental e o estigma da doença mental. Sayce [67] afirmou que os profissionais de serviços comunitários de saúde mental devem mobilizar os diversos setores da sociedade (desde o legislativo até o próprio meio onde vive a pessoa com transtorno mental) com a finalidade de ganhar apoio para dar suporte a inclusão social daqueles que há tanto tempo estão excluídos da sociedade.

Dessa forma, o cumprimento da Reabilitação Psicossocial necessita de intervenção técnica em relação ao serviço (o próprio cuidado), aos recursos disponíveis (humanos, comunitários e materiais) e ao contexto de vida da pessoa com transtorno mental. Portanto, os projetos de Reabilitação Psicossocial devem transcender as limitações de estrutura física do serviço, operando nos diferentes ambientes sociais (facilitando o contato da pessoa com transtorno mental com as pessoas na comunidade e procurando evitar o estigma, a discriminação e a desvalorização da pessoa com transtorno mental), a fim de restituir o poder contratual da pessoa com transtorno mental para atuar neles propiciando sua atuação como cidadão de direitos e, portanto, sua inclusão social.

3.1. População, amostra e critério de inclusão.

A população do presente estudo foi os usuários dos CAPS adultos do município de São Paulo. O estudo foi conduzido em uma amostra mínima de 225 usuários para validação de construto. O tamanho da amostra foi definido junto ao especialista em estatística, calculada pela aplicação da proporção de cinco indivíduos para cada indicador/item do instrumento, o que recai nos limites aceitáveis e recomendados [56].

Para o Pré-Teste, etapa que aconteceu após a validação de conteúdo realizada pelo comitê de especialistas, Beaton e colaboradores [(75)] sugeriram uma amostra mínima de 30 usuários de CAPS adulto que respondam a escala e indiquem se está adequada para ser aplicada. Esta amostra foi realizada por conveniência e respeitou os critérios de inclusão abaixo descritos. Todas as fases com participação de seres humanos seguiram o mesmo rigor ético descrito no item 3.3.

Para compor a amostra dos sujeitos da pesquisa, utilizamos os seguintes critérios de inclusão: ambos os sexos, ser maior de 18 anos e menor de 65 anos, ser frequentador do CAPS adulto há pelo menos 6 meses (tempo presumível para que o usuário tenha um plano terapêutico individual já em curso), ser alfabetizado, com capacidade de verbalização e compreensão (essa avaliação foi realizada pela própria pesquisadora por meio do desenvolvimento de um diálogo prévio entre ela e o participante, o qual envolvia questões sobre o porquê de estar no CAPS, local onde mora e explicação sobre a localização da residência, se gostava de realizar alguma atividade em casa, se usava transporte público, se gostava de ler ou se precisava de ajuda para ler e qual o dia, mês e ano) e aceitar participar do estudo. Esta amostra obedeceu à seguinte proporção: para cada dois participantes do CAPS I, temos três participantes do CAPS II e quatro participantes do CAPS III. Essa proporção é melhor explicada no item 3.2. No entanto, os critérios de exclusão foram: não ter disponibilidade para participar de entrevista.

Após autorização prévia dos gestores responsáveis pelos CAPS adultos, a pesquisadora convidou – por abordagem direta – os usuários do serviço a participar do estudo. Foi considerada a amostragem aleatória simples sem reposição para compor a amostra de 225 pessoas com transtorno mental, que foi utilizada para a validação de construto.

Para a seleção dos usuários, a pesquisadora utilizou a lista de usuários fornecida pelos CAPS, que foi transferida para o *software* Microsoft Office Excel® e, a partir dela, foi realizado um sorteio. Os usuários sorteados que não atenderam aos critérios de inclusão ou não aceitaram a participar do estudo, foram excluídos da amostra e se realizou novo sorteio. Dentre os usuários sorteados, apenas dois se recusaram a participar da pesquisa.

3.1.1 Descrição das variáveis de caracterização do estudo.

No Quadro 01, apresentamos as variáveis utilizadas para a caracterização dos participantes do estudo, de acordo com sua classificação estatística.

Quadro 01: Classificação estatística das variáveis de caracterização dos participantes do estudo.

Variáveis de caracterização do sujeito	**Classificação**
Sexo Doença crônica Infraestrutura de lazer Disponibilidade de Grupos Dar ajuda Não Remunerada a alguém Participação no pleito eleitoral Empregados Alguém emprestaria dinheiro Já sofreu assalto Estudou no último ano Tem pais vivos Tem amigos	Nominal dicotômica (Sim/Não)
Raça/cor Frequência de uso dos espaços de lazer Tipo de habitação Tipo de emprego Fonte de renda Pessoa que emprestaria a quantia Sentimento sobre segurança Atendimento fora do hospital Atendimento em hospitais Frequência de contato com os pais Frequência de visitas recebidas em casa Valor da Renda	Nominal categórica
Grau de escolaridade	Ordinal
Idade Tempo de moradia na área atual Carga horária semanal	Quantitativa continua
Número de carros Número de amigos	Quantitativa discreta

Fonte: Própria autora.

3.2. Cenário do estudo.

O cenário foi os CAPS adultos do município de São Paulo, que totalizam 31 unidades, divididos em CAPS tipo I (02 Unidades), tipo II (24 unidades) e tipo III ou 24 horas (05 unidades), que atende um total de 11.446.275 habitantes. Eles estão presentes nas seis regiões de saúde da cidade de São Paulo: Sul (05 CAPS II e 02 CAPS III – atendendo a população de 2.630.578 habitantes da referida região/ território de abrangência), Sudeste (05 CAPS II e 01 CAPS III – atendendo a população de 2.671.223 pessoas da referida região), Norte (05 CAPS II e 01 CAPS III – atendendo uma população de 2.444.399 pessoas do território de abrangência), Leste (06 CAPS II e 01 CAPS I – atendendo população total de 2.416.753 pessoas) e Centro

(01 CAPS II), assim como Oeste (01 CAPS I, 01 CAPS III e 02 CAPS II – ambas atendendo um somatório de 1.483.322 pessoas) [2].

De acordo com a Portaria GM 336/2002 [3], os CAPS são regularizados a atender um número específico de pessoas por dia, ou seja, CAPS I (máximo de 30 atendimentos/dia), CAPS II (entre 30 a 45 atendimentos/dia) e CAPS III (Máximo de 60 atendimentos/dia). Desta maneira, antes de iniciar a coleta dos dados, a divisão proporcional da amostra foi definida de acordo com o número de pessoas em atendimento em cada serviço no início do período da coleta de dados [(76)]. Dessa forma, o estudo seguiu a proporção 2:3:4 de usuários por tipo de CAPS, isto é, para dois usuários entrevistados no CAPS tipo I, foram entrevistados três usuários no CAPS tipo II e quatro usuários no CAPS tipo III.

Não foram incluídos nesta investigação os CAPS voltados ao público infanto/juvenil e os CAPSad, que tem por objetivo atender o público dependente de álcool e outras drogas, pois a população atendida por cada uma dessas modalidades de serviços tem especificidades diferentes daqueles atendidos nos CAPS adultos.

Portanto, foram incluídos 29 CAPS adultos do Município de São Paulo cujo motivo será abordado no item 3.2.1 deste relatório de pesquisa.

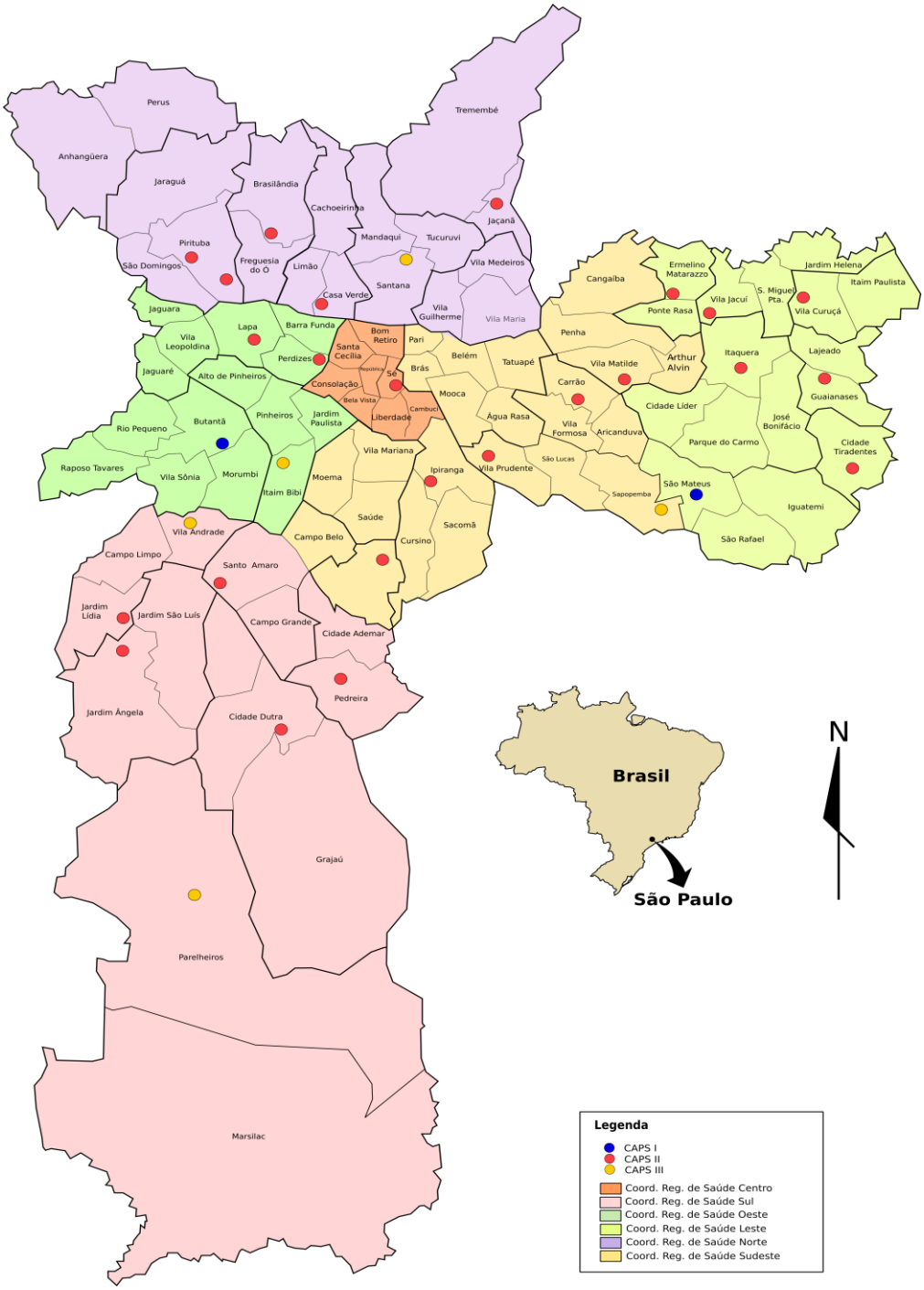
A Figura 01 ilustra como estes CAPS estão distribuídos nas seis regiões do município de São Paulo.

---

[2] Dados obtidos pela homepage da Prefeitura do Município de São Paulo. Acesso 26 de Janeiro de 2017. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=204204

[3] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2002. Acesso 28 de Janeiro de 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

Figura 01: Distribuição dos CAPS segundo a Coordenadoria Regional de Saúde no mapa geográfico do Município de São Paulo, período dezembro de 2016 a março de 2017.



Fonte: Própria Autora.

3.2.1. Dificuldades e receptividade no campo de coleta de dados.

Durante a coleta de dados, tivemos algumas adversidades que impediram de coletar dados em dois CAPS: um da região Leste e outro da região Sudeste. Na região Leste, a gestora de um CAPS II não permitiu nossa entrada, porque não concordava com nossa pesquisa e acreditava que seus usuários não teriam condições de entender o questionário. A receptividade nesse CAPS II não foi amistosa, pois conversei com a gestora na frente do CAPS, não podendo, sequer, entrar na instituição.

A segunda adversidade foi que o gestor responsável pelo CAPS II da região Sudeste não autorizou nossa entrada por orientação da Organização Social de Saúde (OSS), administradora do CAPS, no período da coleta, pois a mesma não autorizou a coleta de dados. Ao contatar a OSS obtive a sua confirmação sobre o impedimento e acrescentou que não autorizava, porque o CAPS estava passando por restruturação e isso prejudicaria o resultado da pesquisa. No entanto, a receptividade foi adequada ao que esperava.

Ainda na Região Sudeste, a gestora do CAPS III também se utilizou do mesmo discurso acima. Ao entrar em contato com a OSS – que era diferente da anterior – a autora foi instruída que essa informação estava errada e que mandariam o e-mail informando a gestora sobre a permissão para coletar os dados que necessitava. Após esse contato, fui autorizada pela gestora do CAPS III a coletar meus dados. A receptividade também foi adequada.

Outra adversidade encontrada foi a mudança de gestão da prefeitura. Os gestores secretaria de saúde da prefeitura da administração de Fernando Haddad haviam permitido que nossa pesquisa fosse desenvolvida em todo os serviços de saúde mental do Município. No entanto, os gestores da secretaria de saúde da prefeitura da administração de João Dória Jr. orientaram que todas as pesquisas deveriam ser reavaliadas, mesmo que estivesse em execução, para verificar se poderiam dar continuidade ou não. Isso fez com que o processo de coleta fosse interrompido por três meses. Após a reavaliação, a coleta foi liberada.

Em geral, os demais CAPS cooperaram com a pesquisa e foram muito receptivos, afirmando que esses dados ajudariam gerenciar de modo eficaz suas unidades e verificar se os resultados de suas ações convergem com a finalidade da Política Nacional de Saúde Mental.

3.3. Questões éticas[4].

Fizeram parte deste estudo seres humanos, que são os usuários dos CAPS adultos do município de São Paulo. A participação dos usuários de CAPS adulto foi voluntária e condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE 01).

Obedecendo à Resolução CNS no. 466/12 do Ministério da Saúde, o projeto foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e da Prefeitura do Município de São Paulo (PMSP), ambos filiados ao Conselho Nacional de Pesquisa com Seres Humanos (CONEP), por meio de carta e Ficha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Respectivamente, ambos os CEP aprovaram a execução do estudo sob os pareceres **1.508.559** e **1.524.181**.

Antes do início das atividades de pesquisa nos CAPS, solicitamos autorização institucional (ANEXO 01) para a coleta de dados nas unidades e na secretaria municipal da saúde e as obtivemos. Além dessas autorizações citadas acima, foi solicitada ao Prof. Dr. Peter J. Huxley (autor da escala) a autorização para que o instrumento fosse traduzido, adaptado culturalmente e validado para o contexto do Brasil e ele autorizou (ANEXO 02).

3.4. Instrumentos para coleta de dados.

Na presente investigação, momentos antes de iniciar a aplicação da escala SCOPE traduzida e visando ter maior conhecimento sobre a realidade da população-alvo, foi aplicado um questionário fechado pela aluna de Iniciação Científica (IC) – do curso de graduação em enfermagem – a qual coorientei, com a finalidade de realizar a caracterização sociodemográfica e econômica dos usuários para complementar as questões de caracterização já presentes no SCOPE (APÊNDICE 02). Esses dados foram coletados, tratados e analisados por essa aluna sob minha supervisão. Os procedimentos analíticos realizados para a IC foram: estatística descritiva (Frequência, Porcentagem, Média, Desvio Padrão) de acordo com a classificação de cada variável, além de teste Qui-quadrado de Pearson para associação com a variável raça/cor. Para acesso dos resultados desse estudo ver APÊNDICE 03.

---

[4] Os pareceres consubstanciados com as aprovações dos CEP e os TCLE dos participantes da investigação encontram-se sob a guarda da pesquisadora.

Seguido da aplicação do questionário fechado supracitado, foi aplicado a escala SCOPE-B. O SCOPE, instrumento que se visa a adaptar culturalmente e validar, é descrito logo abaixo.

3.4.1. *A escala SCOPE.*

Gil [77] define escala como um instrumento construído para medir a intensidade de opiniões e atitudes de modo mais objetivo. Há dois fatores que se deve ter em uma escala para constatar a sua confiabilidade. São eles: fidedignidade – quando a escala for aplicada, ela produzirá consistentemente os mesmos resultados –, e validade – quando a escala mede o que se propõe a medir.

A escala que o presente estudo visou adaptar e validar para a realidade brasileira é denominada *Social and Community Opportunities Profile* (SCOPE), de Huxley e colaboradores [47], cujo instrumento original é apresentado no idioma inglês, sendo um instrumento recente, desenvolvido no Reino Unido (ANEXO 03). A escolha por esta escala se deu por ter melhores resultados em relação à confiabilidade e validade, quando comparada às outras escalas já existentes no mundo [51–53]. Essa escala tem grande importância para a realidade brasileira, porque mede a inclusão social do usuário por meio de suas respostas, dando-lhes mais participação no processo de cuidado de sua saúde mental, além de ser uma escala que foi construída para ser aplicada em um sistema de saúde universal similar ao SUS.

O instrumento original teve como proposta desenvolver um indicador de inclusão social que medisse rotineiramente os resultados em serviços de saúde mental e em outros serviços de saúde, o qual refletisse os pontos de vista de pessoas com transtorno mental, seus cuidadores e profissionais da área [47]. Os objetivos específicos do estudo eram: produzir uma medida robusta de inclusão social que fosse multidimensional e captasse vários domínios da vida; incorporar indicadores objetivos e subjetivos de inclusão social que tivessem propriedades psicométricas e que facilitassem a capacidade de escuta/resposta; facilitar as comparações de desempenho com população em geral normativa e de saúde mental; ser usado de forma adequada com as pessoas com transtorno mental que recebessem ou não apoio de serviços de saúde mental; e ser usado em uma variedade de configurações de serviço de saúde voltado à comunidade.

A escala SCOPE apresenta duas versões: 1) versão longa, a qual possui 121 questões objetivas e subjetivas, e tem como objetivo avaliar os padrões de inclusão social na sociedade

em si, que além de incluir as mesmas questões da versão curta, abrange questões sobre bem-estar, similar às questões sobre qualidade de vida e; 2) versão curta, com 44 questões autoaplicáveis, em meio a essas questões estão os 17 itens da escala SCOPE, que estão divididos em duas subescalas (será melhor descrita nos parágrafos seguintes), acrescido de mais quatro questões referente ao sexo, idade, raça/cor e se possui doença crônica. Esses 17 itens medem a percepção da pessoa com transtorno mental sobre o acesso às oportunidades e a satisfação destas em relação a estas oportunidades oferecidas pela sociedade. Ambas as versões da escala SCOPE estão validadas, passaram por testes psicométricos e tem alta confiabilidade.

A escala SCOPE foi validado em países como Reino Unido, Singapura, China e Polônia [(47,78–80)]. Nesses estudos, as evidências de validade foram: validade de conteúdo e construto, sendo que para esta última todos os estudos se utilizaram Análise fatorial Exploratória. Ainda, apresentaram a confiabilidade do instrumento mensurada pelo valor de alfa de Cronbach variou de 0,77 a 0,82 para a subescala de satisfação e para a escala de oportunidades o alfa de Cronbach variou de 0,6 a 0,67. Nos países, como China, Singapura e Polônia, os resultados da adaptação do instrumento gerou, respectivamente, o SCOPE-C com 56 questões, o SCOPE-S com 54 questões e o SCOPE-P com 52 questões. Percebe-se que aumentaram o número de questões, porém mantiveram os oito domínios da escala original.

No presente estudo, validamos a versão curta da escala SCOPE que é a versão indicada pelo autor da escala a ser aplicada entre pessoas com transtorno mental, porque dispensa menor tempo para a aplicação, é menos cansativa, ou seja, tem menos possibilidade do usuário com transtorno mental deixar de completar o instrumento e tem maior aceitabilidade entre os mesmos.

A versão curta da escala SCOPE tem oito domínios [(47)]. Tais domínios são descritos abaixo, bem como sua representação gráfica (Figura 02):

1. Lazer/Participação (*Leisure/Participation*): está relacionado o envolvimento nos diversos setores/instituições da sociedade, isto é, se o indivíduo exerce sua cidadania no sentido mais explícito da palavra, bem como o acesso de uma pessoa a comunidade, como suas organizações grupais e direitos sociais. Lazer é, o sentido restrito à palavra em si, ter acesso a atividades esportivas e atividades culturais, que traga bem-estar, diversão e relaxamento. Este domínio possui **oito** questões, sendo que **duas** delas

compõe a escala em si, que visam verificar o acesso ao lazer e a participação em atividades culturais e na própria sociedade.

2. Habitação (*Housing*): Local construído com condições adequadas para se proteger dos efeitos do clima e de ataques de outros animais, além de ser um local onde o indivíduo repousa. Também, é um local onde desenrola a sua privacidade e a parte mais significativa da vida pessoal, como o fato de se relacionar com outras pessoas que convive ali. É direito humano básico para se ter o mínimo de qualidade de vida. Este domínio tem **cinco** questões, sendo que **duas** delas compõe a escala, que implicam descrever as condições e características de moradia, bem como seu acesso.

Figura 02: Dimensões do construto Inclusão social.

Fonte: Própria autora.

3. Trabalho (*Work*): outro direito básico do ser humano, o qual é conjunto de atividades, produtivas ou criativas, que o homem exerce para atingir determinado fim. Objetiva alcançar bem-estar, qualidade de vida e conquista de respeito e status na sociedade, desde que se respeite a dignidade do indivíduo, sua saúde mental e física. Este domínio possui **cinco** questões, sendo que **duas** delas compõe a escala; tem por objetivo discriminar as formas e o acesso a atividades formais e informais de emprego e a satisfação do usuário quanto ao trabalho desempenhado.
4. Renda (*Financial*): intimamente ligado a atividades de trabalho, cujo resultado é o ganho de uma quantia em moeda de troca da sociedade equivalente a atividade desempenhada. Este domínio tem **seis** questões, sendo que **duas** delas compõe a escala

propriamente dita, com objetivo de desvelar a obtenção de recursos para a manutenção de sua qualidade de vida.

5. Segurança (*Safety*): é definida como estar livre de perigos e violência física e psicológica, incertezas, assegurado de danos e riscos eventuais, em outras palavras, é a proteção individual e coletiva. Possui **três** questões, sendo que **uma** delas compõe a escala; visa obter o conhecimento do sentimento de segurança pessoal em relação a vida cotidiana.
6. Educação (*Education*): obtenção de grau de instrução que visa a qualificação do indivíduo para desempenhar diversas atividades na sociedade e em seu trabalho. São **quatro** itens neste domínio, sendo que **duas** delas compõe a escala em si, com a intenção de conhecer o acesso aos estudos e o grau de escolaridade de cada usuário.
7. Saúde (*Health*): é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, determinada pela própria biologia humana, pelo ambiente físico, social e econômico a que um indivíduo está exposto e pelo seu próprio estilo de vida e outros comportamentos que podem ser benéficos ou prejudiciais a sua vida. Este domínio tem **seis** questões, sendo que **uma** delas compõe a escala, que visam compreender as facilidades e as dificuldades em relação ao acesso a serviços de saúde mental e nos demais serviços de saúde ofertados na sociedade.
8. Rede Social (*Family and Friends*): teia de relações sociais que envolvem um indivíduo, assim como as características qualitativas e quantitativas desses laços. Este domínio tem **sete** questões, sendo que **uma** delas compõe a escala, que implicam descrever o relacionamento entre familiares e amigos, bem como os sentimentos relacionados a estas relações.

O SCOPE versão curta tem uma questão discursiva dentro do domínio Lazer/Participação que foi analisada por meio da análise estatística descritiva (item 04). Há, também, 31 questões de descrição do sujeito e do acesso aos direitos sociais, distribuídas pelos 8 domínios. Estas questões têm a função de contextualizar e caracterizar a vida cotidiana do indivíduo para melhor entendimento dos resultados da escala.

A escala SCOPE é composta por duas subescalas: a escala de oportunidades (compostas por 12 itens) e de satisfação (composta cinco itens), totalizando 17 itens. As subescalas utilizam

a escala Likert, ou seja, são escalas ordinais, sendo: a primeira subescala (12 itens) cujo *score* varia de 1 a 7; a outra subescala (com cinco itens) cujo *score* varia de 1 a 5, por esse motivo a validação deve ser feita em cada subescala e não na escala como um todo. O *score* máximo da escala é 89 e *score* mínimo é 37. O tempo médio gasto para responder a escala e as demais questões do instrumento é de 20 minutos. Todas as questões são autoaplicáveis e para aqueles que tiveram dificuldade na leitura, a pesquisadora se responsabilizou em ler integralmente cada item da escala para o participante da pesquisa e anotar sua resposta, no sentido de possibilitar a participação de todos os usuários com diferentes graus de escolaridade.

3.5. Procedimentos para coleta e análise dos dados.

A pesquisa foi financiada pelo CNPq, por meio de bolsa de estudos para a doutoranda, processo 170061/2015-6.

A fase inicial do estudo foi dedicada ao processo de tradução e adaptação cultural do instrumento – que ocorreu no período de abril a agosto de 2016 – e, posteriormente, à validação da versão brasileira do SCOPE resultante por meio da análise psicométrica dos dados obtidos – que ocorreu de dezembro de 2016 a abril de 2017. Ambas as fases serão descritas abaixo.

3.5.1. Adaptação cultural.

A Adaptação Cultural é uma técnica que utiliza: abordagem qualitativa – que corresponde a fase de avaliação dos juízes, mais precisamente, o julgamento sobre a validade do conteúdo e de face da escala traduzida – e abordagem quantitativa, pois as respostas dos juízes deverão responder se o item deve ser utilizado ou adaptado ou inutilizado [55]. A literatura científica sobre essa temática destaca a importância da precisão da qualidade da avaliação da escala – seja na sua construção, seja na adaptação do instrumento em si.

A tradução e adaptação de instrumentos de medidas desenvolvidos em outras culturas para realidades específicas têm sido um procedimento amplamente utilizado por permitir: economia de tempo, recursos pessoais e financeiros; a comparação de resultados obtidos em outras populações e outras realidades culturais com maior equidade; além de oferecer compreensão de semelhanças, diferenças e características comuns em um dado contexto [81–83].

O processo de adaptação cultural de uma escala na área da saúde para uso em outro país, cuja cultura e língua diferentes do país de origem da escala, visa avaliar e reproduzir a

equivalência entre a escala original e a nova versão obtida [75]. Os itens da escala não devem ser simplesmente traduzidos para o novo idioma, mas devem também ser adaptada para a nova cultura – mantendo a validade do conteúdo do instrumento em um nível conceitual similar em ambas as culturas [75,83,84] .

Os autores [75,85] afirmam que a adaptação cultural deve ser projetada para maximizar a equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual, entre o instrumento original e a nova versão – contemplando o contexto cultural e o estilo de vida da população-alvo da versão, o que corresponde à validação de conteúdo. A validade do conteúdo é a adequação da cobertura do conteúdo ao qual o instrumento se propõe a medir [55]. Para os autores, o método em questão deve ser utilizado quando se decide aplicar um questionário em um país de diferente cultura e língua. O presente estudo é um exemplo, pois o instrumento que se propõe a validar e aplicar no Brasil (SCOPE) foi desenvolvido no Reino Unido, cuja cultura e idioma são diferentes daqueles utilizados no Brasil.

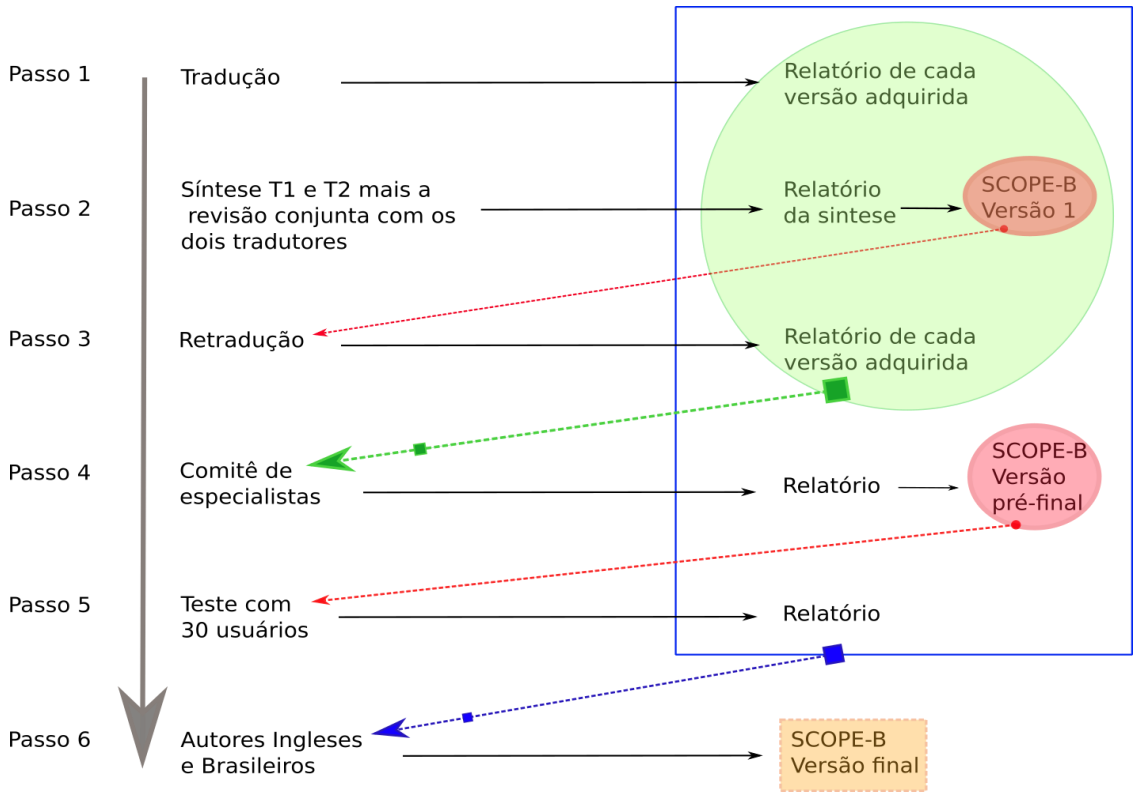
Assim, o processo de adaptação cultural e validação de uma escala, concebida e testada em outro idioma, implica sistema rigoroso e faseado de tradução, seguidos da obrigatoriedade da aplicação de testes estatísticos para sua validação [55]. Para a adaptação cultural da escala SCOPE, tendo em vista diversos métodos descritos na literatura científica, seguimos as recomendações dos estudos publicados por Dorcas Beaton e colaboradores [75,86]. O processo de adaptação cultural proposto visa analisar a tradução e as questões de adaptação cultural com o intuito de uma escala para o uso em outro país, ambiente, cultura e linguagem, requerendo um método rigoroso de equivalência entre a versão original e a versão traduzida, obtendo a validação de conteúdo e de face [75,86]. O processo em si é dividido em **seis passos** (Figura 03) que serão descritos a seguir:

- Passo 1 *(Tradução conceitual do SCOPE)*: Teve como objetivo traduzir de modo preciso o texto em inglês da escala original para o português falado no Brasil. A tradução foi feita por dois peritos bilíngues, cuja língua materna é o português e fluente na língua inglesa e conhecedor da cultura do Reino Unido, que traduziu a escala do inglês para o português falado no Brasil. Apenas um dos tradutores bilíngues foi orientado pela pesquisadora sobre o processo de tradução e objetivos da pesquisa, no entanto, o outro não teve conhecimento prévio, com o objetivo de

reduzir a influência da versão original da escala. O que originou duas traduções da versão original do SCOPE (T1 e T2) e o relatório sobre esse passo.

- Passo 2 *(Síntese)*: nesta fase, a autora elaborou uma síntese das duas traduções (T1 e T2), registrando convergências e divergências ocorridas e como estas últimas foram resolvidas. Isto permitiu detectar erros e divergências de interpretação em itens que eram ambíguos na versão original. Assim, elaborou-se um relatório sobre essas divergências e como foram solucionadas. Ao final desse passo, originou-se a versão brasileira nº1 do SCOPE, chamada de **SCOPE-B Versão 1**.
- Passo 3 (*Retrotradução do instrumento do Português para o Inglês ou back-translation*): Após a obtenção de uma versão única do SCOPE traduzido para o português falado no Brasil, a SCOPE-B Versão 1 foi encaminhada para dois outros tradutores bilíngues, fluentes em ambos os idiomas, que dominassem a forma coloquial das duas línguas e que fossem nativos da língua inglesa. Estes não foram informados pela autora sobre a finalidade da tradução. Ambos, também, não tiveram acesso ao instrumento original. Segundo Beaton e colaboradores [(75)] o retrotradutor que não conhece *a priori* a intenção do instrumento original está livre de viés e expectativas, e a sua retrotradução poderia revelar significados inesperados ou interpretações equivocadas dos tradutores da SCOPE-B Versão 1. Este passo resultou duas retrotraduções (RT1 e RT2). Com as duas retrotraduções em mãos, a pesquisadora pôde verificar as divergências e as ambiguidades, obtendo assim um relatório de cada versão adquirida.

Figura 03: Processo de Adaptação Cultural, adaptado do esquema de Beaton e colaboradores [75].



Fonte: Adaptado de Beaton *e colaboradores* [75].

- <u>Passo 4</u> *(Revisão do Comitê de especialistas):* foi disponibilizado as cópias de T1 e T2, a primeira versão do SCOPE-B, as cópias RT1 e RT2, bem como os relatórios dos passos 1, 2 e 3 para ser avaliado por um Comitê de especialistas constituído por um grupo multidisciplinar de especialistas, cujos critérios de seleção foram: 1) conhecer e compreender a língua inglesa e portuguesa formal e informal, bem como a cultura do Reino Unido; 2) ter experiência de trabalho na área do estudo, pesquisar e publicar sobre o tema; 3) ser perito na estrutura conceitual; 4) ter experiência na construção de escalas e questionários; e/ou 5) ser pessoas leigas relacionada com a população do estudo e/ou tema. Para ser selecionado, era necessário atender, estritamente, o critério de número 1 somado a qualquer outro critério acima que variava de 2 a 5. Dessa forma, o grupo foi composto por: dois usuários de serviço comunitário de saúde mental, dois especialistas bilíngues da área de saúde mental (Psicóloga e Terapeuta Ocupacional), uma professora de português/inglês, uma socióloga, dois especialistas no processo de adaptação e validação de conteúdo, os

dois tradutores e os dois retrotradutores, totalizando 12 avaliadores. Não existe um consenso na literatura sobre a qualificação e número de juízes que compõem o comitê. O número varia entre o mínimo de cinco pessoas a, no máximo, 20 juízes; enquanto que a qualificação dos juízes considera a experiência, a disponibilidade dos sujeitos, a qualificação acadêmica, bem como as características do instrumento [(55)]. Esse passo teve como objetivo obter as equivalências: experiencial (prioriza que os termos utilizados sejam coerentes com as experiências vivenciadas pela população-alvo), idiomática (trata das dificuldades em traduzir expressões coloquiais de um determinado idioma), semântica (avalia a equivalência gramatical e de vocabulário) e conceitual (adéqua os conceitos dos termos utilizados), da versão brasileira da escala SCOPE, que representa a fase da validação de face ou aparente. Autores [(87,88)] têm afirmado que a validade de face refere-se ao fato de o teste "parecer válido", a fim de funcionar de modo eficaz nas situações práticas, isto é, refere-se a questões relacionadas à aplicabilidade e da aceitação do teste pela possível população-alvo. Dessa maneira, durante o processo de análise pelos juízes, além da avaliação das questões e itens um a um, foi questionado se o teste tinha boa aparência e se visualmente ele era capaz de mensurar a inclusão social como se propõe medir. Assim, foi feita pela comissão uma revisão da introdução, instruções para preenchimento do questionário e suas respectivas opções de resposta, de modo que fosse preservada a replicabilidade de medida do instrumento após sua tradução. O comitê de especialistas, também, avaliou o grau em que cada elemento do SCOPE-B é relevante e representativo do construto de "inclusão social". Após a adequação do instrumento às indicações do Comitê de especialistas os itens foram avaliados considerando o Índice de validade de Conteúdo (IVC), caracterizando o processo de validação do conteúdo. O IVC mede a proporção de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Esse método permite analisar inicialmente cada item individualmente e depois o instrumento como um todo. O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens do instrumento de avaliação do Comitê de Especialistas (APÊNDICE 04), ou seja, os itens que obtiveram respostas "3" ou "4", dividido pelo número total de resposta. Os itens que receberam pontuação "2" ou "1" deverão ser

revisados e caso não houvesse consenso, seriam eliminados. Os itens que obtivessem um IVC ≤ 0,80[55] seriam considerados inadequados e novamente avaliados e – se fossem necessário – estes também seriam excluídos. Neste passo, foi desenvolvido outro relatório que sintetizou as sugestões e o resultado das atividades do comitê de especialistas. Também, acrescido a esse passo, foi possível desenvolver a versão pré-final da SCOPE-B.

- Passo 5 *(Pré-teste da versão pré-final do SCOPE-B)*: com a versão pré-final SCOPE-B elaborada foi necessário verificar a equivalência das informações. Para isso, realizou-se um pré-teste com uma amostra da população-alvo de n=30 usuários de serviços de saúde mental – segundo Beaton e colaboradores [75] este 'n' é amostra suficiente para um pré-teste. Estes usuários selecionados de modo aleatório responderam ao questionário e depois foram entrevistados a fim de avaliar a compreensão e a relevância de cada item da versão pré-final do SCOPE-B. Eles foram orientados sobre a pesquisa e foram requisitados à: a) explicar com suas palavras a compreensão que tiveram de cada item; b) sugerir mudanças no intuito de melhorar a compreensão do instrumento; c) avaliar o quanto cada item lhe parece pertinente para avaliação da experiência e expectativa do usuário com as ações de inclusão social promovida pelos serviços substitutivos. O intuito do pré-teste foi avaliar a compreensão dos itens e o tempo de preenchimento do questionário. As dificuldades sem resolução foram retornadas ao grupo de juízes para discussão e definição das modificações necessárias para a versão final. Foram considerados os apontamentos dos usuários e dúvidas sobre a(s) questão(ões), gerando, assim, um relatório desse passo. Dessa forma, foram explicados aos participantes do pré-teste: os objetivos da pesquisa, a necessidade de se cronometrar o preenchimento e a realização de uma entrevista não gravada, para averiguar o entendimento dos sujeitos em relação aos itens do questionário.

- Passo 6 *(Revisão conjunta entre pesquisadora brasileira e autor da escala original):* disponibilizou-se para o autor da escala original todos os relatórios e versões

gerados, a fim de descobrir possíveis equívocos e obter autorização do autor para iniciar a etapa de validação.

Após a adaptação final do instrumento, a versão final escala SCOPE-B foi aplicada na amostra descrita anteriormente no **item 3.1** do presente estudo, com a finalidade de testar se foram mantidas as propriedades psicométricas da escala. Essa etapa é compreendida como *validação de construto* do instrumento.

3.5.2. Análise psicométrica do instrumento SCOPE-B: Validação de construto e Consistência interna.

Existem dois modelos psicométricos que buscam avaliar a validade e a precisão de uma escala, são eles: a teoria clássica dos testes (TCT) e a teoria de resposta ao item (TRI). A diferença entre eles é: a TCT visa produzir testes de qualidade e a TRI objetiva produzir itens de qualidade. Isto se dá, porque a TCT tem a finalidade de explicar o resultado final total do teste, ou seja, o escore total[(89)]. No entanto, a TRI tem o intuito de analisar item por item, a fim de conhecer a probabilidade de erro/acerto de um indivíduo e os fatores que afetam essa probabilidade frente a cada item. No presente estudo, utilizamos a Teoria Clássica dos Testes (TCT), pois verificamos, de acordo com o objetivo desta pesquisa, a necessidade de se trabalhar com escore total e não com os itens da escala SCOPE.

Para Primi [(89)], a finalidade da TCT é elaborar meios para controlar ou avaliar a magnitude de E, estatisticamente. Assim, o modelo da TCT é representado pela seguinte equação:

$$\boldsymbol{T=V+E}$$

Onde,

- T é denominado escore empírico do sujeito, que é a soma dos pontos obtidos no teste;
- V é conhecido como escore verdadeiro, que é o valor real do que o teste quer medir no indivíduo, considerando os erros; e

- E é o próprio erro em si, podendo ser: defeitos do próprio teste, esteriótipos e viés do sujeito, fatores históricos e ambientais aleatórios.

Desta forma, a TCT é útil para classificar o grupo de sujeitos entrevistados ou para analisar uma amostra pequena. Neste sentido, há necessidade de se conhecer quais as bases conceituais e empíricas subjacentes à aplicação de um instrumento de medição e que são vitais para combinar várias questões em um ou mais valores de pontuação. Para isto, é importante dominar a estrutura fatorial e a distinção entre escalas diferente, bem como conhecer a coerência interna das escalas por meio da análise psicométrica.

A análise psicométrica, propriamente dita, compreende a avaliação da qualidade de um instrumento de medida baseada na prova de confiabilidade e de validade [(90)]. Existem quatro tipos de indicadores usados em psicometria, são eles: *precisão, validade, poder da resposta e poder de interpretação*. No entanto, nesta investigação utilizamos apenas dois deles, precisão e validade. Isso porque, não temos como objetivo deste estudo verificar o poder da resposta e o poder de interpretação, visto que utilizaremos a teoria clássica dos testes e não a teoria de resposta ao item. Dessa forma, podemos definir: 1) *Precisão* (também conhecida como fidedignidade, confiabilidade ou consistência interna), que avalia até que momento um procedimento de medição produz a mesma resposta, independentemente, da maneira como é aplicado, e 2) *Validade* se refere ao grau em que o teste mede aquilo que se propõe a medir, ou seja, avalia até que momento o procedimento de medição produz a resposta correta [(56)].

Dentro do tema da validade, existem vários tipos de indicadores de evidências de validade, além da *validade de conteúdo, da validade de face* – já discutido anteriormente no item 3.5.1 – e da *validade de critério* (que não utilizaremos aqui, como já foi explicitado), temos a *validade de construto* que é definida como: avalia se mede um construto teórico ou um traço, isto é, mensura a homogeneidade do teste, examina se os escores no teste varia conforme o esperado e mensura a correlação do construto com outras variáveis do teste. Desta maneira, uma escala deverá medir um único domínio conceitual ou construto e várias subescalas medirão domínios diferentes. Assim, a evidência de *validade de construto* oferece a segurança de que as medidas tiradas de uma amostra representam o verdadeiro escore que existe na população.

A *validação de construto* da escala SCOPE-B ocorreu por meio do uso do exame de confiabilidade por meio da análise da consistência interna dos itens, e da validade de construto,

mediante a verificação da estrutura fatorial, mais precisamente a análise fatorial exploratória (AFE) e confirmatória (AFC). A presente investigação usou os softwares estatísticos IBM-SPSS versão 22.0 e SSPS-AMOS versão 21.0, ambos para Windows com a finalidade de realizar a AFE, AFC e o teste de coeficiente alfa de Cronbach, devido à facilidade de acesso ao programa. As análises supracitadas serão descritas com mais detalhes a seguir.

a) Validade de construto da escala SCOPE-B por meio da análise fatorial.

A análise fatorial fornece as ferramentas para analisar a estrutura das inter-relações em um grande número de variáveis, determinando conjunto de variáveis fortemente inter-relacionadas – conhecido como fatores. Os fatores são considerados como representantes de dimensões dentro dos dados [56]. No presente estudo, utilizamos a análise fatorial exploratória (AFE) e a análise fatorial confirmatória (AFC), pois além dos motivos já apresentados acima, há outro que é o fato de não existir uma escala que meça inclusão social como padrão ouro a fim de comparar os resultados.

Antes de abordar as definições das análises supracitadas, é importante destacar que a amostra foi dividida em duas para poder realizar ambos os procedimentos citados acima de acordo como que é preconizado na literatura [56,87,88,91]. Isto porque, diversos autores recomendam que não utilize a mesma amostra para AFE e AFC para não ter viés e, portanto, não interferir no resultado final. Desta maneira, a amostra total de 225 pessoas com transtorno mental foi dividida em amostra A (totalizando 110 pessoas com transtorno mental) e amostra B (total de 115 pessoas com transtorno mental). A divisão das amostras e o número que representa o total de cada uma delas foi calculado por um estatístico, seguindo a regra de ter, pelo menos, cinco casos por item da escala. Ambas as amostras possui representantes de todas as regiões do Município de São Paulo.

A AFE foi definida como um conjunto de técnicas estatísticas multivariadas aplicadas a uma matriz de dados, com o objetivo de encontrar a estrutura subjacente e determinar o número e a natureza das variáveis latentes (fatores), que melhor expliquem o conjunto das variáveis observadas [56,92]. Ainda, para esses autores, a AFE pode ser realizada quando se desconhece como os itens de determinado instrumento devem ser agrupados e avaliados, ou ainda, quando se pretende refutar ou confirmar a estrutura fatorial de um dado instrumento.

Ela é uma técnica estatística que possibilita a decomposição da variância de cada item em duas partes: a parte comum e a parte específica. A parcela da variância comum – devida a fatores comuns é denominada comunalidade e a específica refere-se à carga fatorial e corresponde à correlação de Pearson entre a variável original e o fator [56].

Nesta pesquisa, a AFE foi realizada utilizando-se a análise de componentes principais (PCA) e a rotação ortogonal Direct Oblimin e valor de $p<0,05$. Cabe esclarecer que o critério empregado na seleção do número de fatores foi o de autovalores acima do valor um e para a exclusão dos itens a observação dos três critérios a seguir: itens com valor de comunalidade inferior 0.3, $\alpha \leq 0.60$ e os com carga fatorial inferior a 0,3 – isso porque o estudo é exploratório, a amostra utilizada é 110 pessoas (amostra A) e uma das subescalas tem menos de 10 itens [56].

A AFC é uma técnica multivariada de análise de interdependência, que objetiva testar/confirmar uma relação pré-especificada. É, portanto, um procedimento que compõe uma parte dos modelos de equações estruturais e visou analisar as relações entre um conjunto de indicadores e um ou mais fatores, com a finalidade de verificar a qualidade do ajuste do modelo aos dados [56,93]. Como em qualquer outra estratégia de modelagem estrutural, os construtos/fatores foram tratados como exógenos.

A técnica da AFC prioriza a teoria [56,89], ou seja, o modelo é derivado da teoria e depois o mesmo é testado, utilizando a abordagem dos modelos de equações estruturais, a fim de obter a relação consistente com os dados que foram observados. Dessa forma, não há a necessidade de realizar a análise fatorial exploratória, pois já se tem a fatores pré-determinados pela teoria e pelas evidências de validação de estudos do próprio autor da escala.

Outra vantagem é que a AFC elimina a necessidade de escalas múltiplas, pois os programas que fazem a modelagem de equações estruturais computam escores fatoriais para cada respondente [56]. Esse processo permite a que relações entre construtos sejam automaticamente corrigidas quanto a quantia de variância de erro que existe nas medidas do construto, ou seja, avalia a validade de construto de uma teoria de mensuração proposta.

Para analisar a resposta da AFC, múltiplos índices de ajuste devem ser utilizados para avaliar a qualidade do ajuste do modelo adquirido. De acordo com Hair e colaboradores [56], há parâmetros para se considerar adequação de uma AFC para uma escala em busca da validação do construto, são eles: valor do qui-quadrado (X^2 deverá ser insignificante, $p<0,05$), Índice de qualidade de ajuste (GFI>0,90), Índice de ajuste comparativo (CFI>0.90), Índice de Tukey

Lewis (TLI>0.90), Raiz do erro quadrático médio de aproximação (RMSEA<0,08 com IC=90%) e Índice de ajuste normatizado (0 >NFI>1, sendo valores mais próximos de +1,00 correspondem a modelos bem adequados).

Outro ponto importante a ser abordado é que as análises AFE e AFC foram realizadas, respectivamente, em cada subescala da escala SCOPE-B, por causa do número diferenciado de opções da escala Likert contidas nas respostas de cada item.

b) Consistência Interna da escala SCOPE-B.

A consistência interna refere-se ao grau com que os itens do questionário estão correlacionados entre si e com o resultado geral da pesquisa, o que representa uma mensuração da confiabilidade do mesmo. Particularmente, esta análise se concentrou na investigação da confiabilidade/fidedignidade de questionários por meio do emprego de um dos procedimentos estatísticos mais utilizados para mensuração da consistência interna – o coeficiente alfa de Cronbach, que é o método estatístico recomendado pela *International Test Commission* (ITC).

O coeficiente de alfa de Cronbach permite determinar o limite inferior da consistência interna de itens. Este limite inferior correspondeu à correlação, que se espera obter, entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo e com igual número de itens para medir as mesmas características [(87)]. Isto é, a consistência interna é uma forma de medida baseada na correlação entre diferentes itens no mesmo teste. Ela mede se os diversos itens, que se propõe medir, têm o mesmo construto geral e produzem resultados semelhantes.

De acordo com Hair e colaboradores [(56)], o alfa de Cronbach tem uma relação direta com o número de itens da escala, isto é, quando se aumenta o número de itens, mesmo mantendo o grau de intercorrelação, aumenta-se o valor da confiabilidade. Assim, os pesquisadores devem ser mais exigentes em relação a escalas com muitos itens.

Para Urbina [(87)], ao se calcular o valor do coeficiente alfa de Cronbach**,** para a análise da consistência interna dos fatores, temos como condição que as variáveis estejam categorizadas no mesmo sentido, o que em alguns casos corresponderá à aplicação da mesma escala de Likert, por isso se devem excluir as variáveis de justificação.

O valor do alfa deve ser positivo, variando entre 0 e 1. Segundo Hair e colaboradoes [(56)], compreende-se que o valor aceitável deverá ser $\alpha>0,60$ para a escala com até 10 itens e $\alpha>0,70$ para escalas com mais de 11 itens. Neste estudo, utilizaremos o valor de $\alpha>0,60$ para subescala

de oportunidades, a qual possui cinco itens; e α>0,70 para a subescala de satisfação, cujo o número de itens totaliza 12.

Desta forma, entende-se que quanto mais próximo de 1 for o valor da consistência interna, mais confiável é o instrumento. Para análise do alfa de Cronbach utilizou-se o software IBM-SPSS versão 22.0 para Windows.

Todo o processo foi conduzido pela autora. Apenas na coleta de dados a pesquisadora obteve auxílio de uma aluna de graduação – iniciação científica – que agregou a esta coleta, objetivos específicos de seu estudo.

3.5.3. Caracterização da população e análise das respostas: tratamento estatístico.

Os dados coletados foram inseridos em um banco dados, submetidos à dupla checagem, tabulados e, posteriormente, analisados no *software* IBM-SPSS versão 22.0 para Windows.

Para caracterizar a amostra, as variáveis qualitativas foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas e as variáveis quantitativas foram apresentadas segundo a média, desvio padrão (DP), mediana e a variação, mínimo e máximo.

A associação linear entre os itens e a escala como um todo foi avaliada por meio da correlação de Pearson, o qual o mede o grau de correlação entre duas variáveis e a direção desta correlação, podendo ser positiva ou negativa. Uma correlação negativa indica que as variáveis são inversamente relacionadas [(54)]. Esse coeficiente assume valores entre -1,00 e +1,00, entretanto, as correlações perfeitas (-1,00 e +1,00) são raras. O valor 0 (zero) significa que não há relação linear entre as variáveis, quanto mais próximo de 1 ou -1, mais forte é a associação linear entre as duas variáveis.

Os resultados foram apresentados na forma de quadros, tabelas e figuras, e as variáveis descritas, conforme foi citado acima. O valor de *p* considerado estatisticamente significante foi $p<0,05$.

3.6. Estágio Sanduíche no Exterior.

Como parte do desenvolvimento desta tese, a autora deste estudo realizou o estágio de doutorado sanduíche no exterior na Universidade de Bangor – com bolsa do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior da agência de fomento CAPES, Processo nº. 88881.132340/2016-01 –, onde está alocado o grupo de pesquisa responsável pelo SCOPE.

Durante o estágio, desenvolvido entre os meses de abril a novembro de 2017, foi possível discutirmos as modificações realizadas no SCOPE, quando do processo de adaptação para o contexto brasileiro, bem como os aspectos culturais, políticos e estruturais que poderiam influenciar no desempenho do SCOPE no Brasil e no Reino Unido.

Além disso, analisou-se os dados relativos à etapa 3 do presente estudo e elaborou-se um artigo em parceria com o grupo de pesquisa da Universidade de Bangor. Também, foi possível realizar uma visita técnica no serviço de saúde da cidade de Bangor e conhecer a realidade do sistema de saúde local e nacional.

As principais atividades desenvolvidas ao longo do estágio estão descritas no relatório (APÊNDICE 05).

4. RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa serão apresentados em três etapas:

1) Adaptação cultural,

2) Propriedades psicométricas do instrumento em questão, e

3) Caracterização da amostra e descrição das respostas obtidas com a aplicação da Escala SCOPE-B.

Na primeira etapa, apresentamos detalhadamente a descrição feita no método sobre o processo de adaptação e a avaliação das equivalências semântica, cultural, conceitual e idiomática das versões brasileira e original do SCOPE.

Correspondendo a segunda etapa da apresentação dos resultados, realizaremos a caracterização da amostra e descrição das respostas obtidas com a aplicação da Escala SCOPE-B por meio da análise estatística já descrita no **item 3.5.2**.

Os resultados da análise fatorial exploratória e confirmatória, a correlação entre as dimensões do SCOPE-B e a avaliação da consistência interna da escala do mesmo instrumento são apresentados na segunda etapa, representando a validação do instrumento.

4.1. Os resultados da adaptação cultural da escala SCOPE para o português falado no Brasil.

O processo de adaptação cultural se iniciou com a tradução da versão original do instrumento SCOPE, cujo o idioma é o inglês falado no Reino Unido para o português falado no Brasil, conforme as especificações contidas no protocolo de Beaton e colaboradores [(75)]. Foram contratados dois tradutores de uma empresa especializada em tradução em diversas áreas. Esses dois tradutores trabalharam de acordo com passo 1, descrito no item 3.5.1. O Tradutor 1 era do sexo feminino, tinha 29 anos de idade, formada em letras português-inglês, trabalhava há dois anos na empresa contratada com experiência de 5 anos no ramo e havia morado na Inglaterra por dois anos; o Tradutor 2, era do sexo masculino, 42 anos, formado em letras português-inglês com especialização em tradução de termos na área da saúde, possuía 15 anos de experiência no ramo, trabalhava há 7 anos na empresa contratada e havia morado na Inglaterra durante a adolescência. Os resultados sobre a tradução da escala SCOPE e o respectivo relatório são apresentados no quadro abaixo:

Quadro 02: Descrição das versões original e traduzidas pelos tradutores 1 e 2 com destaque para as divergências sublinhadas.

Versão Original	**Tradução 1**	**Tradução 2**
1) Are there any leisure, sports or entertainment facilities in your area? (Please tick one) ( ) Yes ( ) No – Please move to Q3 ( )Don't know – Please move to Q3	1) Há algum espaço para lazer, esportes ou entretenimento em sua área? (Por favor, marque uma) ( ) Sim ( ) Não – por favor vá para a P3 ( ) Não sei – Por favor vá para a P3	1) Existe algum centro de lazer, esportes ou entretenimento na sua região? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não – vá para a pergunta 3 ( ) Não sei - vá para a pergunta 3
2) Do you currently use any leisure, sports or entertainment facilities in your area? (Please tick one) ( ) Yes ( ) No	2) Você atualmente usa algum espaço para lazer, esportes ou entretenimento em sua área? (Por favor, marque uma) ( ) Sim ( ) Não	2) Você atualmente usa algum centro de lazer, esportes ou entretenimento na sua região? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não
3) How do you feel about the opportunities that you have to participate in leisure activities? Please circle one) (1) Terrible (2) Displeased (3) Mostly dissatisfied (4) Mixed (5) Mostly satisfied (6) pleased (7) Delighted	3) Como você se sente em relação às oportunidades que você tem para participar de atividades de lazer? (Por favor circule uma) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3)Principalmente insatisfeito (4) Ambivalente (5) Principalmente satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	3) Como você se sente em relação às oportunidades de participar das atividades de lazer? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Descontente (3) Um pouco insatisfeito (4) Não sei (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Encantado
4) In what ways (if any) would you like to change your leisure opportunities? Please State	4) De que formas (se existem) você gostaria de mudar suas oportunidades de lazer? Por favor, descreva....	4) De que forma você gostaria de mudar as oportunidades de lazer? Escreva a sua resposta:
5) What Do you think about the general availability of community groups, clubs and organizations in your area? (Please tick one) (1) There are plenty of opportunities (2) There are some good opportunities (3) Mixed (4) Opportunities are quite limited (5) Opportunities are extremely restricted	5) O que você acha da disponibilidade geral de grupos comunitários, clubes e organizações na sua área? (Por favor, marque uma) (1) Há muitas oportunidades (2) Há algumas boas oportunidades (3) Ambivalente (4) Oportunidades são limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas	5) O que você acha sobre a disponibilidade geral dos grupos, clubes e organizações comunitários da sua região? (Assinale uma resposta) (1) Existem muitas oportunidades (2) Existem algumas boas oportunidades (3) Não sei (4) As oportunidades são limitadas (5) As oportunidades são extremamente restritas
6) In the last 12 months, have you given UNPAID help to someone who is not a relative? Examples of unpaid help include; shopping, running errands, child care, house/ pet sitting (Please tick one) ( ) Yes ( ) No	6) Nos últimos 12 meses, você deu ajuda não remunerada a alguém que não fosse um parente? Alguns exemplos de ajuda não remunerada; compras, tarefas externas, cuidado infantil, tomar conta de animais/casas (Por favor, marque uma) ( ) Sim ( ) Não	6) Nos últimos 12 meses, você forneceu ajuda NÃO REMUNERADA a alguém que não seja parente seu? Exemplos de ajuda não remunerada: fazer compras, realizar afazeres na rua para alguém, cuidar de crianças/animais de estimação/da casa (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não
7) Did you vote in the May 2005 general election? (please tick one) ( ) Yes ( ) No	7) Você votou nas eleições gerais de maio de 2005? (Por favor, marque uma) ( ) Sim ( ) Não	7) Você votou na eleição geral de maio de 2005? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não
8) How do you feel about the range of opportunities to be involved with community groups, clubs or organizations that are available in your area? (Please circle one) (1) Terrible (2) Displeased (3) Mostly dissatisfied (4) Mixed (5) Mostly satisfied (6) pleased (7) Delighted	8) Como você se sente em relação à variedade de oportunidades para se envolver com grupos comunitários, clubes, organizações que estão disponíveis em sua área? (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Principalmente insatisfeito (4) Ambivalente (5) Principalmente satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	8) Como você se sente em relação às oportunidades para se engajar nos grupos, clubes ou organizações comunitárias disponíveis na sua região? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Descontente (3) Um pouco insatisfeito (4) Não sei (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Encantado

Versão Original	**Tradução 1**	**Tradução 2**
9) What type of accommodation does your household occupy? (Please tick one) **A Whole house or bungalow that is:** ( ) Detached ( ) Semi-Detached ( ) Terraced (including end-terrace) **A Flat, Maisonette, or apartment that is:** ( ) In A purpose-built block of flats or tenement ( ) Part of converted or shared house (including bed-sits) ( ) In a commercial building (for example, in an office building, or hotel, or over a shop) **Mobile or temporary structure:** ( ) A caravan or other mobile or temporary structure	9) Sua residência ocupa que tipo de acomodações? (Por favor, marque uma) **Uma casa inteira ou bangalô que é:** ( ) independente ( ) semi-independente ( ) geminada **Um flat, apartamento duplex ou apartamento que seja:** ( ) Num bloco de flats ou apartamentos sublocados construídos com propósito ( ) Parte de uma casa convertida ou compartilhada (incluindo casas de múltipla ocupação) ( ) Num edifício comercial (por exemplo, em um edifício de escritórios, hotel ou sobreloja) **Estrutura temporária ou móvel** ( ) Uma caravana ou outra estrutura móvel ou temporária	9) Que tipo de acomodação o seu morador ocupa? (Assinale uma resposta) **Uma casa completa:** ( ) Separada ( ) Semisseparada ( ) Geminada **Flat, duplex ou apartamento que:** ( ) Está localizado em um bloco de flats ou prédio de apartamentos ( ) Faz parte de uma casa convertida ou compartilhada (incluindo quitinetes) ( ) Está localizado em um prédio comercial (por ex., em um prédio de escritórios, ou hotel ou em cima de uma loja) **Estrutura móvel ou temporária:** ( ) Trailer ou outra estrutura móvel ou temporária
10) What do you think about your opportunities to access suitable accommodation? (please tick one) (1) There are plenty of opportunities (2) There are good opportunities for some types of property (3) Mixed (4) Opportunities are quite limited (5) Opportunities are extremely restricted	10) O que você acha das suas oportunidades de ter acesso a acomodações adequadas? (por favor, marque uma) (1) Há muitas oportunidades (2) Há boas oportunidades para alguns tipos de propriedade (3) Ambivalente (4) Oportunidades são consideravelmente limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas	10) O que você acha das oportunidades de acesso à acomodação apropriada? (Assinale uma resposta) (1) Existem muitas oportunidades (2) Existem algumas boas oportunidades para alguns tipos de propriedades (3) Não sei (4) As oportunidades são um pouco limitadas (5) As oportunidades são extremamente restritas
11) How Do you feel about the range of opportunities for suitable accommodation that available? (please circle one) (1) Terrible (2) Displeased (3) Mostly dissatisfied (4) Mixed (5) Mostly satisfied (6) pleased (7) Delighted	11) Como você se sente sobre a variedade de oportunidades para acomodação adequada que estão disponíveis? (Por favor, circule uma) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Principalmente insatisfeito (4) Ambivalente (5) Principalmente satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	11) Como você se sente em relação às oportunidades de acomodação apropriada disponíveis? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Descontente (3) Um pouco insatisfeito (4) Não sei (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Encantado
12) how many cars or vans are owned, or available for use, by one or more members of your household? Include any company car or van if available for private use. (Please tick one) ( ) None ( ) One ( ) Two ( ) Three or more (please state)	12) Quantos carros ou vans são de propriedade, ou disponíveis para o uso, de um ou mais membros da sua residência? Inclua quaisquer carros de companhia ou vans se disponíveis para uso pessoal. (Por favor, marque uma) ( ) Nenhum ( ) Um ( ) Dois ( ) Três ou mais (por favor, descreva)	12) Quantos carros ou vans são propriedades de ou são disponibilizados para uso por um ou mais membros da sua moradia? Incluir carros ou vans de empresas se estiverem disponíveis para uso particular. (Assinale uma resposta) ( ) Nenhum ( ) Um ( ) Dois ( ) Três ou mais (informar quantos)
13) Roughly how many years have you lived in your area?	13) Aproximadamente, por quantos anos você tem vivido em sua área?	13) Há quantos anos você mora nessa região (aproximadamente)? _____
14) What do you think about the opportunity to acquire suitable work in this local area? (please tick one) (1) There are plenty of opportunities (2) There are good opportunities for some types of work (3) Mixed (4) Opportunities are quite limited (5) Opportunities are extremely restricted	14) O que você acha das oportunidades para conseguir trabalho adequado nessa área local? (Por favor, marque uma) (1) Há muitas oportunidades (2) Há muitas oportunidades para alguns tipos de trabalho (3) Ambivalente (4) Oportunidades são consideravelmente limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas	14) O que você acha sobre as oportunidades de arrumar um emprego apropriado nesta região? (Assinale uma resposta) (1) Existem muitas oportunidades (2) Existem boas oportunidades para alguns tipos de trabalho (3) Não sei (4) As oportunidades são um pouco limitadas (5) As oportunidades são extremamente restritas

Versão Original	**Tradução 1**	**Tradução 2**
15) Which of these is currently most applicable to you? (please tick one) ( ) Self employed – Please go to Q16 ( ) In paid employment (f/t or p/t) – Please go to Q16 ( ) unemployed - please go to Q18 ( ) Retired from paid work altogether - please go to Q18 ( ) On maternity leave - please go to Q18 ( ) looking after family or home - please go to Q18 ( ) full time student/ at school - please go to Q18 ( ) long term sick or disabled - please go to Q18 ( ) On a government training scheme - please go to Q18 ( ) Something else (please give details)	15) Quais destas situações é atualmente mais aplicável a você? (Por favor, marque uma) ( ) Autônomo – Por favor, vá para a P16 ( ) Num emprego remunerado (período integral ou meio período) – Por favor, vá para a P16 ( ) Desempregado – Por favor, vá para a P18 ( ) Aposentado totalmente de trabalho remunerado – por favor, vá para a P18 ( ) Em licença maternidade – Por favor, vá para a P18 ( ) Cuidando da família ou casa – por favor, vá para a P18 ( ) Estudante/na escola em tempo integral – por favor, vá para a P18 ( ) Em afastamento por doença ou invalidez – por favor, vá para a P18 ( ) Em um esquema de treinamento do governo – por favor, vá para a P18 ( ) Outros (por favor, dê detalhes)	15) Qual dessas opções se aplica a você atualmente? (Assinalar uma resposta) ( ) Autônomo – vá para a pergunta 16 ( ) Empregado remunerado (meio período ou período integral) – vá para a pergunta 16 ( ) Desempregado - vá para a pergunta 18 ( ) Aposentado de emprego remunerado - vá para a pergunta 18 ( ) Em licença-maternidade - vá para a pergunta 18 ( ) Cuidando da família ou da casa - vá para a pergunta 18 ( ) Estudante em tempo integral / na escola - vá para a pergunta 18 ( ) doente há muito tempo ou inválido - vá para a pergunta 18 ( ) Em esquema de treinamento do governo - vá para a pergunta 18 ( ) Outra situação (especificar) ___
For those work 16) How do you feel about your opportunities to find suitable work? (Please circle one) (1) Terrible (2) Displeased (3) Mostly dissatisfied (4) Mixed (5) Mostly satisfied (6) pleased (7) Delighted	**Para aqueles que trabalham** 16) Como você se sente sobre as suas oportunidades de encontrar trabalho adequado? (por favor, circule uma) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Principalmente insatisfeito (4) Ambivalente (5) Principalmente satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	**Para quem trabalha** 16) Como você se sente em relação às oportunidades de encontrar um emprego apropriado? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Descontente (3) Um pouco insatisfeito (4) Não sei (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Encantado
17) Thinking about the seven days ending on Sunday how many hours did you actually work in your main job/business? Write the number of hours in the box, and then go to Q19. _____	17) Pensando sobre os sete dias que terminam no domingo, por quantas horas você realmente trabalhou no seu principal trabalho/negócio? Escreva o número de horas e então vá para a P19	17) Considerando os sete dias da semana terminando no domingo, quantas horas você trabalhou de fato no seu emprego principal? Escreva o número de horas a seguir e vá para a pergunta 19. _____
For those not working 18) How do you feel about your opportunities to find suitable work? (Please circle one) (1) Terrible (2) Displeased (3) Mostly dissatisfied (4) Mixed (5) Mostly satisfied (6) pleased (7) Delighted	**Para aqueles que não estão trabalhando** 18) Como você se sente sobre as suas oportunidades de encontrar trabalho adequado? (Por favor, circule um) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Principalmente insatisfeito (4) Ambivalente (5) Principalmente satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	**Para quem não trabalha** 18) Como você se sente em relação às oportunidades de encontrar um emprego apropriado? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Descontente (3) Um pouco insatisfeito (4) Não sei (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Encantado
19) Can you tell me what your main source of income is? (Please tick one) ( ) no source of income ( ) Earned income e.g. form employment, investment, property rental ( ) State pension or Pension from a former employment ( ) State Benefits ( ) Other Source of income (please state)_____ ( ) Prefer not to say	19) Você consegue me dizer qual é a sua principal fonte de renda? (Por favor, marque uma) ( ) Nenhuma fonte de renda ( ) Renda ganha, por exemplo, de emprego, investimento ou aluguel de propriedade ( ) Pensão do estado ou Pensão de um emprego anterior ( ) Benefícios do estado ( ) Outra fonte de renda (por favor, descreva) ( ) Prefere não dizer	19) Qual é a sua principal fonte de renda? (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma fonte de renda ( ) Renda recebida, por ex., de emprego, investimentos, aluguel de imóveis ( ) Pensão do estado ou pensão de emprego anterior ( ) Benefícios do estado ( ) Outra fonte de renda (especificar) _____ ( ) Prefiro não informar
20) what is your personal annual income (Before tax if applicable)?	20) Qual é a sua renda anual pessoal (Antes dos impostos, se for o caso)?	20) Qual é a sua renda anual pessoal (sem desconto de impostos, se aplicável)?

Versão Original	**Tradução 1**	**Tradução 2**
21) What do you think about your opportunities to increase your personal income? (please tick one) (1) There are plenty of opportunities (2) There are some good opportunities (3) Mixed (4) Opportunities are quite limited (5) Opportunities are extremely restricted	21) O que você acha das suas oportunidades de aumentar a sua renda pessoal? (por favor, marque uma) (1) Há muitas oportunidades (2) Há algumas boas oportunidades (3) Ambivalente (4) Oportunidades são consideravelmente limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas	21) O que você acha das oportunidades de aumentar a sua renda pessoal? (Assinale uma resposta) (1) Existem muitas oportunidades (2) Existem algumas boas oportunidades (3) Não sei (4) As oportunidades são um pouco limitadas (5) As oportunidades são extremamente restritas
22) If you needed someone to lend your a small amount of money (e.g. for a local taxi fare), do you know anybody who would be able to do so within one week? (Please tick one) ( ) Yes ( ) No – move to Q24	22) Se você precisasse que alguém lhe emprestasse uma pequena quantia de dinheiro (por exemplo, para uma corrida de taxi local), você conhece alguém que poderia fazer isso dentro de uma semana? (Por favor, marque uma) ( ) Sim ( ) Não – vá para a P24	22) Se você precisasse de uma pequena quantia de dinheiro emprestado (por ex., para uma corrida de táxi), você conhece alguém que poderia fazer isso em uma semana? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não – vá para a pergunta 24
23) If yes, who is this person most likely to be... (Please tick one) ( ) immediate Family ( ) Winder Family ( ) friend ( ) Neighbour ( ) Colleague ( ) Acquaintance	23) Se sim, quem mais provavelmente seria esta pessoa? (Por favor, marque uma) ( ) Família imediata ( ) Família não imediata ( ) Amigo(a) ( ) Vizinho(a) ( ) Conhecido(a)	23) Se sim, essa pessoa provavelmente seria... (Assinale uma resposta) ( ) Parente imediato ( ) Parente não imediato ( ) Amigo ( ) Vizinho ( ) Colega ( ) Conhecido
24) Overall, how do you feel about the range of opportunities to secure additional income that are available? (Please circle one) (1) Terrible (2) Displeased (3) Mostly dissatisfied (4) Mixed (5) Mostly satisfied (6) pleased (7) Delighted	24) De forma geral, como você se sente sobre a variedade de oportunidades para garantir renda adicional que estão disponíveis? (Por favor, circule uma) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Principalmente insatisfeito (4) Ambivalente (5) Principalmente satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	24) No geral, como você se sente em relação às oportunidades disponíveis para garantir rendas adicionais? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Descontente (3) Um pouco insatisfeito (4) Não sei (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Encantado
25) Generally, how safe or unsafe do you feel living in your area? (Please tick one) ( ) Very safe ( ) Fairly safe ( ) A bit unsafe ( ) Very unsafe	25) Geralmente, quão seguro ou inseguro você se sente vivendo na sua área? (Por favor, marque uma) ( ) Muito seguro ( ) Razoavelmente seguro ( ) Um pouco inseguro ( ) Muito inseguro	25) No geral, como você se sente sobre a segurança da sua região? (Assinale uma resposta) ( ) Muito seguro ( ) Razoavelmente seguro ( ) Pouco seguro ( ) Muito perigoso
26) During the past year have you been a victim of a crime or assault? (Please tick one) ( ) Yes ( ) No	26) Durante o último ano, você foi vítima de um crime ou ataque? (Por favor, marque uma) ( ) Sim ( ) Não	26) No último ano, você foi vítima de algum crime ou assalto? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não
27) How do you feel about your opportunities to live safely in your area? (Please circle one) (1) Terrible (2) Displeased (3) Mostly dissatisfied (4) Mixed (5) Mostly satisfied (6) pleased (7) Delighted	27) Como você se sente sobre as oportunidades de viver com segurança em sua área? (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Principalmente insatisfeito (4) Ambivalente (5) Principalmente satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	27) Como você se sente em relação às oportunidades de viver com segurança na sua região? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Descontente (3) Um pouco insatisfeito (4) Não sei (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Encantado
28) What is the highest qualification you have obtained? (please tick one) ( ) No qualification ( ) CSE / GCSE/ 'O' Level ( ) School Certificate or Matric/ City and Guilds Ordinary Level ( ) Degrees / Diplomas/ HNC/ HND ( ) Teaching qualification (excluding PGCE) ( ) Nursing or other medical qualification	28) Qual é a maior qualificação que você já obteve? (Por favor, marque uma) ( ) Nenhuma qualificação ( ) Ensino médio ( ) Curso Técnico de Nível Médio ( ) Graduação ( ) Treinamento para ensino (excluindo certificados de ensino para pós-graduados) ( ) Enfermagem ou outra qualificação médica ( ) Outro (Por favor, especifique)	28) Qual é a sua qualificação mais alta? (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma qualificação ( ) Ensino médio ( ) Curso técnico ( ) Graduação / Diplomas ( ) Qualificação de magistério (excluindo pós-graduação em Educação) ( ) Enfermagem ou outra qualificação médica ( ) Outra (especifique) _____

Versão Original	**Tradução 1**	**Tradução 2**
( ) Other (please specify)		
29) In the past 12 months were or are you enrolled on any full-time or part-time education course studying for any qualification even if you did not obtains them? (please tick one) ( ) Yes ( ) No	29) Nos últimos 12 meses, você esteve ou está matriculado em algum curso educacional integral ou de meio período para qualquer qualificação, mesmo que você não a tenha obtido? (Por favor, marque uma) ( ) Sim ( ) Não	29) Nos últimos 12 meses você esteve ou está inscrito em algum curso educacional em meio período ou período integral para obter alguma qualificação, mesmo se não tiver obtido a qualificação? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não
30) What do you think about the general availability of the educational opportunities in your area? (Please tick one) (1) There are plenty of opportunities (2) There are some good opportunities (3) Mixed (4) Opportunities are quite limited (5) Opportunities are extremely restricted	30) O que você acha da disponibilidade geral de oportunidades educacionais em sua área? (Por favor, marque uma) (1) Há muitas oportunidades (2) Há algumas boas oportunidades (3) Ambivalente (4) Oportunidades são consideravelmente limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas	30) O que você acha sobre a disponibilidade geral das oportunidades de educação na sua região? (Assinale uma resposta) (1) Existem muitas oportunidades (2) Existem algumas boas oportunidades (3) Não sei (4) As oportunidades são um pouco limitadas (5) As oportunidades são extremamente restritas
31) How do you feel about the range of educational opportunities that are available to you? (please circle one) (1) Terrible (2) Displeased (3) Mostly dissatisfied (4) Mixed (5) Mostly satisfied (6) pleased (7) Delighted	31) Como você se sente sobre a variedade de oportunidades educacionais que estão disponíveis para você? (Por favor, marque uma) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Principalmente insatisfeito (4) Ambivalente (5) Principalmente satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	31) Como você se sente em relação às oportunidades de educação disponíveis para você? (1) Terrível (2) Descontente (3) Um pouco insatisfeito (4) Não sei (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Encantado
32) In the last 12 months, how many times have you talked to, or visited a GP or family doctor about your own physical health? (Please do not include any visits to a hospital) (Please tick one) ( ) No visits ( ) One or two ( ) Three or more ( ) Don't Know	32) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você conversou com ou visitou um clínico geral ou médico familiar sobre a sua própria saúde física? (Por favor, não inclua qualquer visita ao hospital) (Por favor, marque uma) ( ) Nenhuma visita ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não Sei	32) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você conversou ou teve uma consulta com um clínico geral ou médico da família para falar sobre a sua saúde física? (Não incluir visitas a hospitais) (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma consulta ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não sabe
33) In the last 12 months, how many times have you talked to, or visited a GP or family doctor about your own mental health? (Please do not include any visits to a hospital) (Please tick one) ( ) No visits ( ) One or two ( ) Three or more ( ) Don't Know	33) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você conversou com ou visitou um clínico geral ou médico familiar sobre sua própria saúde mental? (Por favor, não inclua qualquer visita ao hospital) (Por favor, marque uma) ( ) Nenhuma visita ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não Sei	33) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você conversou ou teve uma consulta com um clínico geral ou médico da família para falar sobre a sua saúde mental? (Não incluir visitas a hospitais) (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma consulta ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não sabe
34) In the last 12 months, how many times have you attended a hospital or clinic (as a day patient or an in-patient) for physical health problem? (Please tick one) ( ) No visits ( ) One or two ( ) Three or more ( ) Don't Know	34) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você visitou um hospital ou clínica (como um paciente em consulta ou internado) por causa de problemas saúde física? (por favor, marque uma) ( ) Nenhuma visita ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não Sei	34) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi a hospitais ou clínicas (como paciente ambulatorial ou internado) devido a um problema de saúde física? (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma consulta ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não sabe
35) In the last 12 months, how many times have you attended a hospital or clinic (as a day patient or an in-patient) for mental health problem? (Please tick one) ( ) No visits ( ) One or two ( ) Three or more ( ) Don't Know	35) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você visitou um hospital ou clínica (como um paciente em consulta ou internado) por causa de problemas de saúde mental? (por favor, marque uma) ( ) Nenhuma visita ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não Sei	35) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi a hospitais ou clínicas (como paciente ambulatorial ou internado) devido a um problema de saúde mental? (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma consulta ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não sabe
36) How do you feel about your opportunities to access health care	36) Como você se sente sobre suas oportunidades de acessar assistência	36) Como você se sente em relação às oportunidades de acesso a serviços de saúde

Versão Original	**Tradução 1**	**Tradução 2**
when you need it for a physical health problem? (please circle one) (1) Terrible (2) Displeased (3) Mostly dissatisfied (4) Mixed (5) Mostly satisfied (6) pleased (7) Delighted	médica quando você precisa para um problema de saúde física? (Por favor, marque uma) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Principalmente insatisfeito (4) Ambivalente (5) Principalmente satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	para problemas de saúde física? (Circule uma resposta) (1) Terrível (2) Descontente (3) Um pouco insatisfeito (4) Não sei (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Encantado
37) How do you feel about your opportunities to access health care when you need it for a mental health problem? (please circle one) (1) Terrible (2) Displeased (3) Mostly dissatisfied (4) Mixed (5) Mostly satisfied (6) pleased (7) Delighted	37) Como você se sente sobre suas oportunidades de acessar assistência médica quando você precisa para um problema de saúde mental? (Por favor, marque uma) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Principalmente insatisfeito (4) Ambivalente (5) Principalmente satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	37) Como você se sente em relação às oportunidades de acesso a serviços de saúde para problemas de saúde mental? (Circule uma resposta) (1) Terrível (2) Descontente (3) Um pouco insatisfeito (4) Não sei (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Encantado
38) Are either of your parents alive? (please tick one) ( ) Yes ( ) No – please move to Q40	38) Algum dos seus pais está vivo? (por favor, marque uma) ( ) Sim ( ) Não – por favor vá para a P40	38) O seu pai ou a sua mãe está vivo? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não – vá para a pergunta 40
39) How often are you in contact with your parents? (Please tick one) ( ) Once a week or more ( ) Once a month ( ) Several times a year ( ) once a year or less ( ) never/ Almost never	39) Com que frequência você entra em contato com seus pais? (Por favor, marque uma) ( ) uma vez por semana ( ) uma vez por mês ( ) várias vezes por ano ( ) uma vez por ano ou menos ( ) nunca/ Quase nunca	39) Com que frequência você tem contato com os seus pais? (Assinale uma resposta) ( ) Uma vez por semana ou mais ( ) Uma vez por mês ( ) Várias vezes ao ano ( ) Uma vez por ano ou menos ( ) Nunca/quase nunca
40) How do you feel about opportunities for contact with your family? (Please circle one) (1) Terrible (2) Displeased (3) Mostly dissatisfied (4) Mixed (5) Mostly satisfied (6) pleased (7) Delighted	40) Como você se sente em relação a oportunidades para ter contato com a sua família? (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Principalmente insatisfeito (4) Ambivalente (5) Principalmente satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	40) Como você se sente em relação às oportunidades de contato com a sua família? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Descontente (3) Um pouco insatisfeito (4) Não sei (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Encantado
41) How many people would you call a friend?	41) Quantas pessoas você consideraria amigas?	41) Quantas pessoas você pode chamar de amigo?
42) How often do YOU have friends or neighbours round to your house? (Please tick one) ( ) Every day ( ) Several Times a week ( ) At least once a week ( ) at least once a fortnight ( ) At least once a month ( ) Less than once a month ( ) Never	42) Com que frequência você recebe amigos ou vizinhos na sua casa? (Por favor, marque uma) ( ) Todo dia ( ) Várias vezes por semana ( ) Pelo menos uma vez por semana ( ) pelo menos uma vez a cada duas semanas ( ) pelo menos uma vez por mês ( ) Menos que uma vez por mês ( ) Nunca	42) Com que frequência você recebe amigos ou vizinhos na sua casa? (Assinale uma resposta) ( ) Todos os dias ( ) Diversas vezes na semana ( ) Pelo menos uma vez por semana ( ) Pelo menos uma vez a cada 15 dias ( ) Pelo menos uma vez por mês ( ) Menos que uma vez por mês ( ) Nunca
43) How do you feel about your opportunities for contact with your friends and neighbours? (Please circle one) (1) Terrible (2) Displeased (3) Mostly dissatisfied (4) Mixed (5) Mostly satisfied (6) pleased (7) Delighted	43) Como você se sente sobre suas oportunidades de ter contato com seus amigos e vizinhos? (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Principalmente insatisfeito (4) Ambivalente (5) Principalmente satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	43) Como você se sente em relação às oportunidades de contato com os seus amigos ou vizinhos? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Descontente (3) Um pouco insatisfeito (4) Não sei (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Encantado
44) Overall, how do you feel about the extent to which you are included in society? (Please circle one) (1) Terrible (2) Displeased (3) Mostly dissatisfied (4) Mixed (5) Mostly satisfied (6) pleased (7) Delighted	44) Em geral, como você se sente sobre a extensão da sua inclusão na sociedade? (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Principalmente insatisfeito (4) Ambivalente (5) Principalmente satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	44) No geral, como você se sente sobre o seu nível de inclusão na sociedade? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Descontente (3) Um pouco insatisfeito (4) Não sei (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Encantado

Versão Original	**Tradução 1**	**Tradução 2**
45) Gender (Please tick one) ( ) Female ( ) male	45) Gênero (Por favor, marque uma) ( ) Feminino ( ) masculino	45) Sexo (Assinale uma resposta) ( ) Feminino ( ) Masculino
46) What age were you on your last birthday?	46) Que idade você tinha no seu último aniversário?	46) Qual a sua idade no seu último aniversário?
47) What is your ethnic group?	47) Qual é o seu grupo étnico?	47) Qual é a sua etnia?
48) Do you have any long-term illness, health problems or disability which limits your daily activities or the work you can do? (please tick one) Include problems which are due to old age. ( ) Yes ( ) No	48) Você tem alguma doença de longa duração, problemas de saúde ou deficiência que limita suas atividades diárias ou o trabalho que você pode desempenhar? (por favor, marque uma) Inclua problemas que se devam à velhice. ( ) Sim ( ) Não	48) Você tem alguma doença prolongada, algum problema de saúde ou deficiência que limite as suas atividades diárias ou o seu trabalho? (Assinale uma resposta) Incluir os problemas devido à idade avançada. ( ) Sim ( ) Não

Fonte: Própria autora.

De maneira geral, com o relatório gerado nesta etapa, pode-se observar que:

- A tradução 1 foi mais literal quando comparada a tradução 2, sendo esta última apresenta expressões aproximadas ao significado usual no contexto brasileiro;
- A tradução 2 foi mais direta, objetiva e impessoal em comparação com a tradução 1;
- Houve divergências entre as duas traduções, que se refere: uso de sinônimos (por exemplo: “há” e “existe”), uso de expressões literais e adaptadas conforme a utilização em formulários de pesquisa (“Por favor, marque uma” e “Assinale uma resposta”), uso de singular em uma tradução e plural em outra, entre outros;
- A tradução 1 apresentou termo inadequado: “ataque” em vez de “assalto”; já tradução 2, a expressão “mixed” não está adequadamente traduzida em relação ao sentido.
- As questões de ambos os tradutores tiveram traduções que mantiveram o sentido e estrutura da versão original da escala SCOPE;
- Ambos os tradutores foram atentos a minúcias como: manter letras maiúsculas como na versão original e expressões entre parênteses em meio a questão;
- Ambas as traduções do enunciado da questão 9 ficaram confusas;
- As traduções 1 e 2 referentes a resposta da escala foram, parcialmente, congruentes com as expressões utilizadas em nosso contexto; e
- A tradução 1 ficou aparentemente mais compreensível para a língua portuguesa falada no Brasil, que a tradução 2.

Ao finalizar o Passo 1 com relatório elaborado acima, podemos iniciar o Passo 2, descrito no item 3.5.1., o qual correspondeu a síntese das traduções acima, resultando na primeira versão da escala SCOPE-B. Essa síntese assim como a versão 1 da SCOPE-B foram detalhadas no Quadro 03. O processo de síntese buscou, com a ajuda dos tradutores, um consenso que visava usar palavras mais usadas no cotidiano, que fossem compreensíveis para pessoas com ou sem instrução.

Quadro 03: Descrição da síntese das traduções 1 e 2 que gerou versão 1 da escala SCOPE-B de acordo com as convergências, divergências e soluções encontradas.

Síntese da Tradução 1 e 2	**Versão 1 - SCOPE B**
Convergências: a pergunta tem mesmo sentido e utilizou muitas palavras iguais. Divergências: o uso de sinônimos, como as palavras "Há" e "Existe"; uso de palavras que não tem mesmo sentido "espaço" e "centro", "área" e "região"; Solução: Manteve-se a maior parte do enunciado da tradução 1, substituindo a palavra "área" por "região", a expressão "por favor, marque uma" por "assinale uma resposta" e preferimos manter a palavra "pergunta" por extenso, em vez de sinalizar apenas com a letra "P" seguida do número da questão.	1) Há algum espaço para lazer, esportes ou entretenimento em sua região? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não – por favor, vá para a pergunta 3 ( ) Não sei – por favor, vá para a pergunta 3
Convergências: a pergunta tem mesmo sentido e utilizou muitas palavras iguais. Divergências: uso de palavras que não tem mesmo sentido "espaço" e "centro", "área" e "região"; Solução: Manteve-se a maior parte do enunciado da tradução 1, substituindo a palavra "área" por "região", a expressão "por favor, marque uma" por "assinale uma resposta".	2) Você atualmente usa algum espaço para lazer, esportes ou entretenimento em sua região? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não
Convergências: a pergunta tem mesmo sentido e utilizou praticamente palavras iguais em ambas as traduções. Divergências: A tradução 2 é mais impessoal que a tradução 1; esta última tradução faz uso da expressão "que você tem para" a fim de se dirigir diretamente a pessoa que está respondendo a questão; também houve divergências em relação as alternativas, bem como em relação a tradução da palavra "mixed". Solução: Manteve-se a maior parte do enunciado da tradução 1, substituindo a expressão "por favor, circule uma" por "circule uma opção"; foi feito um misto das opções de respostas oferecidas com a finalidade de usar as opções que continham expressões que são mais usadas no cotidiano; optou-se por manter a palavra "ambivalente", apresentada pela tradução 1, como tradução da palavra "mixed".	3) Como você se sente em relação às oportunidades que você tem para participar de atividades de lazer? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado
Convergências: as traduções da pergunta tem mesmo sentido e utilizou praticamente palavras iguais. Divergências: a tradução 1 faz uso da palavra "sua" a fim de se dirigir diretamente a pessoa que está respondendo a questão, o que não acontece na tradução 2; a tradução 1 se atentou a detalhes que estavam presentes na versão original da escala SCOPE, também houve divergência sobre a expressão "Por favor, descreva" e "Escreva sua resposta". Solução: Manteve-se o enunciado da tradução 1.	4) De que formas (se existem) você gostaria de mudar suas oportunidades de lazer? Por favor, descreva.
Convergências: as duas traduções da pergunta tem mesmo sentido e utilizou muitas palavras iguais. Divergências: o uso de sinônimos, como as palavras "Há" e "Existe"; uso de palavras que não tem mesmo sentido "espaço" e "centro", "área" e "região"; Solução: Manteve-se a maior parte do enunciado e as respostas da tradução 1, substituindo a palavra "área" por "região", a expressão "por favor, marque uma"	5) O que você acha sobre a disponibilidade geral dos grupos comunitários, clubes e organizações da sua região? (Assinale uma resposta) (1) Há muitas oportunidades (2) Há algumas boas oportunidades (3) Ambivalente

Síntese da Tradução 1 e 2	**Versão 1 - SCOPE B**
por "assinale uma resposta". Optou-se, também, por manter a palavra "ambivalente", apresentada pela tradução 1, como tradução da palavra "mixed".	(4) Oportunidades são limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas
Convergências: ambas as traduções da pergunta tem mesmo sentido e utilizou muitas palavras iguais. Divergências: o uso de sinônimos, como as palavras "deu" e "forneceu"; a tradução 1 utilizou expressões mais informais com "tomar conta"; Solução: Manteve-se a maior parte do enunciado da tradução 1, substituindo a expressão "por favor, marque uma" por "assinale uma resposta". Também, decidimos manter o destaque para a expressão "não remunerada" como o tradutor 2 fez para não perder a mesma estrutura da versão original. Já em relação a parte que se refere a explicação do que seriam as atividades não remuneradas, mantivemos a maior parte da tradução 2, substituindo a palavra "afazeres" por "tarefas", como utilizado na tradução 1, a fim de simplificar o entendimento para pessoas com baixa ou nenhuma instrução.	6) Nos últimos 12 meses, você deu ajuda NÃO REMUNERADA a alguém que não fosse um parente? Exemplos de ajuda não remunerada: fazer compras, realizar tarefas na rua para alguém, cuidar de crianças/animais de estimação/da casa (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não
Convergências: a pergunta teve mesmo sentido em ambas as traduções. Divergências: o uso de plural para a expressão "eleições gerais" na tradução 1 e uso da mesma expressão no singular pela tradução 2. Solução: Manteve-se o enunciado da tradução 1, substituindo a expressão "por favor, marque uma" por "assinale uma resposta".	7) Você votou nas eleições gerais de outubro de 2014? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não
Convergências: a pergunta teve mesmo sentido em ambas as traduções. Divergências: no geral, a tradução 1 foi mais prolixa que a tradução 2. Solução: Manteve-se o enunciado da tradução 2, trazendo a palavra "comunitários" para junto da palavra "grupos" e substituiu a palavra "engajar" por "envolver". Misturou-se as opções de respostas oferecidas com a finalidade de usar as opções que continham expressões que são mais usadas no cotidiano; optou-se por manter a palavra "ambivalente", apresentada pela tradução 1, como tradução da palavra "mixed".	8) Como você se sente em relação às oportunidades para se envolver nos grupos comunitários, clubes ou organizações disponíveis na sua região? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado
Convergências: não houve. Divergências: a tradução 2 não se reportou ao participante como morador, mas no sentido dele ter ou outro morador que convive com ele – o que não era o sentido da questão na versão original. Solução: Manteve-se o enunciado da tradução 1, substituindo a expressão "Por favor, marque uma" por "Assinale uma resposta". Misturou-se as opções de respostas oferecidas em ambas as traduções, a fim de usar as opções que continham expressões que são mais usadas no cotidiano brasileiro.	9) Sua residência ocupa que tipo de acomodações? (Assinale uma resposta) **Uma casa completa:** ( ) independente ( ) semi-independente ( ) geminada **Flat, duplex ou apartamento que:** ( ) Está localizado em um bloco de flats ou prédio de apartamentos ( ) Faz parte de uma casa convertida ou compartilhada (incluindo quitinetes) ( ) Está localizado em um prédio comercial (por ex., em um prédio de escritórios, hotel ou sobreloja) **Estrutura móvel ou temporária:** ( ) Trailer ou outra estrutura móvel ou temporária
Convergências: as traduções da pergunta tem mesmo sentido e utilizou muitas palavras iguais. Divergências: o uso de sinônimos, como as palavras "Há" e "Existe" e "apropriado" e "adequado". Solução: Manteve-se a maior parte do enunciado e das respostas da tradução 1, substituindo a expressão "por favor, marque uma" por "assinale uma resposta". Optou-se por manter a palavra "ambivalente", apresentada pela tradução 1, como tradução da palavra "mixed". E suprimimos a palavra "consideravelmente" para manter algum padrão para as respostas da escala.	10) O que você acha das suas oportunidades de ter acesso a acomodações adequadas? (Assinale uma resposta) (1) Há muitas oportunidades (2) Há boas oportunidades para alguns tipos de propriedade (3) Ambivalente (4) Oportunidades são limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas
Convergências: a pergunta teve mesmo sentido em ambas as traduções. Divergências: no geral, a tradução 1 foi mais prolixa que a tradução 2. Solução: Manteve-se o enunciado da tradução 2, substituindo a palavra "apropriada" por "adequada". Misturou-se as opções de respostas oferecidas com a finalidade de usar as opções que continham expressões que são mais usadas no	11) Como você se sente em relação às oportunidades de acomodação adequada que estão disponíveis? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito

Síntese da Tradução 1 e 2	**Versão 1 - SCOPE B**
cotidiano; optou-se por manter a palavra "ambivalente", apresentada pela tradução 1, como tradução da palavra "mixed".	(3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado
Convergências: as traduções da pergunta tem mesmo sentido e utilizou praticamente palavras iguais. Divergências: a expressão "Por favor, marque uma" na primeira tradução e "assinale uma resposta" na segunda, assim como "por favor descreva" e Informar quantos". A tradução 2 não dicou tão clara quanto a primeira Solução: Manteve-se o enunciado e as respostas da tradução 1, fazendo a substituição da expressão "Por favor marque uma" por "assinale uma resposta" e "por favor descreva" por "informar quantos".	12) Quantos carros ou vans são de propriedade, ou disponíveis para o uso, de um ou mais membros da sua residência? Inclua quaisquer carros ou vans de empresas se disponíveis para uso pessoal. (Assinale uma resposta) ( ) Nenhum ( ) Um ( ) Dois ( ) Três ou mais (informar quantos)
Convergências: as traduções da pergunta tem mesmo sentido e utilizou praticamente palavras iguais. Divergências: a tradução 1 foi mais prolixa e fez uso da palavra "área" que não faz muito sentido para o contexto brasileiro. Solução: Manteve-se o enunciado da tradução 2.	13) Há quantos anos você mora nessa região (aproximadamente)?
Convergências: as traduções da pergunta tem mesmo sentido e utilizou muitas palavras iguais. Divergências: o uso de sinônimos, como as palavras "Há" e "Existe" e "apropriado" e "adequado"; A tradução 1 manteve o anglicismo quando manteve a expressão "área local", que não faz muito sentido para o português falado no Brasil. Solução: Manteve-se a maior parte do enunciado da tradução 2, substituindo a palavra "apropriado" por "adequado". Optou-se por manter a palavra "ambivalente", apresentada pela tradução 1, como tradução da palavra "mixed", bem como suas respostas traduzidas.	14) O que você acha das oportunidades para conseguir trabalho adequado nesta região? (Assinale uma resposta) (1) Há muitas oportunidades (2) Há muitas oportunidades para alguns tipos de trabalho (3) Ambivalente (4) Oportunidades são consideravelmente limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas
Convergências: ambas as traduções da pergunta tem mesmo sentido e utilizou praticamente palavras iguais. Divergências: a tradução 1 faz uso da expressão "a você" a fim de se dirigir diretamente a pessoa que está respondendo a questão, o que não acontece na tradução 2, também houve divergência sobre a expressão "Por favor, marque uma" e "assinale uma resposta". Solução: Manteve-se o enunciado e a maioria das respostas da tradução 1, substituindo a expressão "Por favor marque uma" por "assinale uma resposta" e a segunda, a quarta e a última opção de resposta pelas versões equivalentes na tradução 2.	15) Quais destas situações é atualmente mais aplicável a você? (Assinalar uma resposta) ( ) Autônomo – vá para a pergunta 16 ( ) Empregado remunerado (meio período ou período integral) – vá para a pergunta 16 ( ) Desempregado - vá para a pergunta 18 ( ) Aposentado de emprego remunerado - vá para a pergunta 18 ( ) Em licença-maternidade - vá para a pergunta 18 ( ) Cuidando da família ou da casa - vá para a pergunta 18 ( ) Estudante em tempo integral / na escola - vá para a pergunta 18 ( ) Em afastamento por doença ou invalidez - vá para a pergunta 18 ( ) Em esquema de treinamento do governo - vá para a pergunta 18 ( ) Outra situação (especificar)
Convergências: a pergunta tem mesmo sentido e utilizou praticamente palavras iguais em ambas as traduções. Divergências: A tradução 2 é mais impessoal que a tradução 1; esta última tradução faz uso da expressão "que você tem para" a fim de se dirigir diretamente a pessoa que está respondendo a questão; também houve divergências em relação as alternativas, bem como em relação a tradução da palavra "mixed". Solução: Manteve-se o enunciado da tradução 2; foi feito um misto das opções de respostas oferecidas com a finalidade de usar as opções que continham expressões que são mais usadas no cotidiano; optou-se por manter a palavra "ambivalente", apresentada pela tradução 1, como tradução da palavra "mixed".	**Para quem trabalha** 16) Como você se sente em relação às oportunidades de encontrar um emprego apropriado? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado
Convergências: as traduções mantiveram o sentido da pergunta. Divergências: A tradução 2 é mais clara e objetiva que a tradução 1;	17) Considerando os sete dias da semana terminando no domingo, quantas horas

Síntese da Tradução 1 e 2	**Versão 1 - SCOPE B**
Solução: Manteve-se o enunciado da tradução 2.	você trabalhou de fato no seu emprego principal? Escreva o número de horas a seguir e vá para a pergunta 19. _____
Convergências: a pergunta tem mesmo sentido e utilizou praticamente palavras iguais em ambas as traduções. Divergências: A tradução 2 é mais impessoal que a tradução 1; esta última tradução faz uso da expressão "que você tem para" a fim de se dirigir diretamente a pessoa que está respondendo a questão; também houve divergências em relação as alternativas, bem como em relação a tradução da palavra "mixed". Solução: Manteve-se o enunciado da tradução 2; foi feito um misto das opções de respostas oferecidas com a finalidade de usar as opções que continham expressões que são mais usadas no cotidiano; optou-se por manter a palavra "ambivalente", apresentada pela tradução 1, como tradução da palavra "mixed"	**Para quem não trabalha** 18) Como você se sente em relação às oportunidades de encontrar um emprego apropriado? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado
Convergências: as traduções mantiveram o sentido da pergunta. Divergências: A tradução 2 é mais clara e objetiva que a tradução 1; uso de sinônimos "propriedade" e "imóveis" Solução: Manteve-se o enunciado e as repostas da tradução 2.	19) Qual é a sua principal fonte de renda? (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma fonte de renda ( ) Renda recebida, por ex., de emprego, investimentos, aluguel de imóveis ( ) Pensão do estado ou pensão de emprego anterior ( ) Benefícios do estado ( ) Outra fonte de renda (especificar) _____ ( ) Prefiro não informar
Convergências: as traduções mantiveram o sentido da pergunta. Divergências: A tradução 2 é mais clara e objetiva que a tradução 1; Solução: Manteve-se o enunciado da tradução 2.	20) Qual é a sua renda anual pessoal (sem desconto de impostos, se aplicável)?
Convergências: as traduções mantiveram o sentido da pergunta. Divergências: A tradução 2 é mais clara e objetiva que a tradução 1; Solução: Manteve-se o enunciado da tradução 2 e as respostas da tradução 1, a fim de manter o padrão da escala.	21) O que você acha das oportunidades de aumentar a sua renda pessoal? (Assinale uma resposta) (1) Há muitas oportunidades (2) Há algumas boas oportunidades (3) Ambivalente (4) Oportunidades são consideravelmente limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas
Convergências: as traduções mantiveram o sentido da pergunta. Divergências: A tradução 2 é mais clara e objetiva que a tradução 1; Solução: Manteve-se o enunciado e as respostas da tradução 2.	22) Se você precisasse de uma pequena quantia de dinheiro emprestado (por ex., para uma corrida de táxi), você conhece alguém que poderia fazer isso em uma semana? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não – vá para a pergunta 24
Convergências: as traduções mantiveram o sentido da pergunta. Divergências: A tradução 2 é mais clara e objetiva que a tradução 1; uso de sinônimos "família" e "parente" Solução: Manteve-se o enunciado e as respostas da tradução 2.	23) Se sim, essa pessoa provavelmente seria: (Assinale uma resposta) ( ) Parente imediato ( ) Parente não imediato ( ) Amigo ( ) Vizinho ( ) Colega ( ) Conhecido
Convergências: as traduções mantiveram o sentido da pergunta. Divergências: A tradução 2 é mais clara e objetiva que a tradução 1; uso de expressão "de forma geral" e "no geral", "por favor circule uma" e "circule uma opção"; as respostas também seguiram o mesmo padrão. Solução: Manteve-se o enunciado da tradução 2 e misturou as respostas da tradução 1 e 2 para se manter um padrão de resposta para escala..	24) No geral, como você se sente em relação às oportunidades disponíveis para garantir rendas adicionais? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado

Síntese da Tradução 1 e 2	**Versão 1 - SCOPE B**
Convergências: as traduções mantiveram o sentido da pergunta. Divergências: uso de sinônimos "área" e "região" e o uso de expressões "por favor marque uma" e "assinale uma resposta"; uso da expressão "muito perigoso" em vez de "muito inseguro", o que não faz sentido quando se fala de sentimento. Solução: Manteve-se o enunciado e as respostas da tradução 1, substituindo a palavra "área" por "região" e a expressão "por favor marque uma" por "assinale uma resposta"	25) Geralmente, quão seguro ou inseguro você se sente vivendo na sua área? (Assinale uma resposta) ( ) Muito seguro ( ) Razoavelmente seguro ( ) Um pouco inseguro ( ) Muito inseguro
Convergências: as traduções mantiveram o sentido da pergunta. Divergências: A tradução 2 é mais clara e objetiva que a tradução 1; a tradução 1 usou a palavra "ataque", qual não utilizamos no sentido de assalto. Solução: Manteve-se o enunciado da tradução 2.	26) No último ano, você foi vítima de algum crime ou assalto? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não
Convergências: a pergunta tem mesmo sentido e utilizou praticamente palavras iguais em ambas as traduções. Divergências: uso da palavra "área" e "região"; também houve divergências em relação as alternativas, bem como em relação a tradução da palavra "mixed". Solução: Manteve-se o enunciado da tradução 2; foi feito um misto das opções de respostas oferecidas com a finalidade de usar as opções que continham expressões que são mais usadas no cotidiano; optou-se por manter a palavra "ambivalente", apresentada pela tradução 1, como tradução da palavra "mixed"	27) Como você se sente em relação às oportunidades de viver com segurança na sua região? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado
Convergências: a pergunta tem mesmo sentido e utilizou praticamente palavras iguais em ambas as traduções. Divergências: A tradução 1 é mais clara que a tradução 2; também houve divergências em relação as alternativas, bem como em relação a tradução da palavra "qualificação de magistério" e "treinamento para ensino", o que não faz sentido no português falado no Brasil. Solução: Manteve-se o enunciado e a maioria das respostas da tradução 1; foi feito um misto das opções de respostas oferecidas com a finalidade de usar as opções que continham expressões que são mais usadas no cotidiano brasileiro.	28) Qual é a maior qualificação que você já obteve? (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma qualificação ( ) Ensino médio ( ) Curso técnico ( ) Graduação / Diplomas ( ) Qualificação de magistério (excluindo pós-graduação em Educação) ( ) Enfermagem ou outra qualificação médica ( ) Outra (especifique)
Convergências: as traduções mantiveram o sentido da pergunta. Divergências: A tradução 1 é mais clara e objetiva que a tradução 2; observa-se a que os tradutores utilizam as mesmas palavras, porém em ordem diferente; novamente verifica a manutenção da expressão "por favor marque uma" na tradução 1 e "assinale uma resposta" na tradução 2. Solução: Manteve-se o enunciado e respostas da tradução 1 e substituímos as expressões "por favor marque uma" por "assinale uma resposta", "meio período ou integra" por "meio período e período integral"; inserimos a palavra "obter" a fim de dar maior sentido a frase.	29) Nos últimos 12 meses, você esteve ou está matriculado em algum curso educacional, em meio período ou período integral, para obter qualquer qualificação, mesmo que você não a tenha obtido? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não
Convergências: as traduções mantiveram o sentido da pergunta. Divergências: A tradução 2 é mais clara e objetiva que a tradução 1; Solução: Manteve-se o enunciado da tradução 2 e as respostas da tradução 1, a fim de manter o padrão da escala.	30) O que você acha sobre a disponibilidade geral das oportunidades educacionais na sua região? (Assinale uma resposta) (1) Há muitas oportunidades (2) Há algumas boas oportunidades (3) Ambivalente (4) Oportunidades são consideravelmente limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas
Convergências: a pergunta tem mesmo sentido e utilizou praticamente palavras iguais em ambas as traduções. Divergências: uso da palavra "área" e "região"; também houve divergências em relação as alternativas, bem como em relação a tradução da palavra "mixed". Solução: Manteve-se o enunciado da tradução 2; foi feito um misto das opções de respostas oferecidas com a finalidade de usar as opções que continham expressões que são mais usadas no cotidiano; optou-se por manter a palavra "ambivalente", apresentada pela tradução 1, como tradução da palavra "mixed"	31) Como você se sente sobre a variedade de oportunidades educacionais que estão disponíveis para você? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito

Síntese da Tradução 1 e 2	**Versão 1 - SCOPE B**
	(6) Contente (7) Deslumbrado
Convergências: as traduções mantiveram o sentido da pergunta. Divergências: A tradução 2 é mais clara e objetiva que a tradução 1; Solução: Manteve-se o enunciado e as respostas da tradução 2.	32) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você conversou ou teve uma consulta com um clínico geral ou médico da família para falar sobre a sua saúde física? (Não incluir visitas a hospitais) (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma visita ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não Sei
Convergências: as traduções mantiveram o sentido da pergunta. Divergências: A tradução 2 é mais clara e objetiva que a tradução 1; Solução: Manteve-se o enunciado e as respostas da tradução 2.	33) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você conversou ou teve uma consulta com um clínico geral ou médico da família para falar sobre a sua saúde mental? (Não incluir visitas a hospitais) (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma visita ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não Sei
Convergências: as traduções mantiveram o sentido da pergunta. Divergências: A tradução 2 é mais clara e objetiva que a tradução 1; uso das expressões similares "como um paciente em consulta" e "paciente ambulatorial" Solução: Manteve-se o enunciado e as respostas da tradução 2 e substituímos a expressão "paciente ambulatorial" por "como um paciente em consulta".	34) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi a hospitais ou clínicas (como um paciente em consulta ou internado) devido a um problema de saúde física? (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma visita ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não Sei
Convergências: as traduções mantiveram o sentido da pergunta. Divergências: A tradução 2 é mais clara e objetiva que a tradução 1; uso de expressões similares "como um paciente em consulta" e "paciente ambulatorial" Solução: Manteve-se o enunciado e as respostas da tradução 2 e substituímos a expressão "paciente ambulatorial" por "como um paciente em consulta".	35) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi a hospitais ou clínicas (como um paciente em consulta ou internado) devido a um problema de saúde mental? (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma visita ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não Sei
Convergências: a pergunta tem mesmo sentido e utilizou praticamente palavras iguais em ambas as traduções. Divergências: a tradução 2 é mais impessoal que a tradução 1; também houve divergências em relação as alternativas, bem como em relação a tradução da palavra "mixed". Solução: Manteve-se o enunciado da tradução 2; foi feito um misto das opções de respostas oferecidas com a finalidade de usar as opções que continham expressões que são mais usadas no cotidiano; optou-se por manter a palavra "ambivalente", apresentada pela tradução 1, como tradução da palavra "mixed"	36) Como você se sente em relação às oportunidades de acesso a serviços de saúde para problemas de saúde física? (Circule uma resposta) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado
Convergências: a pergunta tem mesmo sentido e utilizou praticamente palavras iguais em ambas as traduções. Divergências: a tradução 2 é mais impessoal que a tradução 1; também houve divergências em relação as alternativas, bem como em relação a tradução da palavra "mixed". Solução: Manteve-se o enunciado da tradução 2; foi feito um misto das opções de respostas oferecidas com a finalidade de usar as opções que continham expressões que são mais usadas no cotidiano; optou-se por manter a palavra "ambivalente", apresentada pela tradução 1, como tradução da palavra "mixed"	37) Como você se sente em relação às oportunidades de acesso a serviços de saúde para problemas de saúde mental? (Circule uma resposta) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado

Síntese da Tradução 1 e 2	**Versão 1 - SCOPE B**
Convergências: as traduções da pergunta tem mesmo sentido. Divergências: a tradução 2 está mais objetiva que a tradução 1; uso da expressão "por favor marque uma" e "assinale uma resposta"; uso de sigla "P" para substituir a palavra por extenso "pergunta". Solução: Manteve-se o enunciado da tradução 1, substituindo a expressão "por favor, marque uma" por "assinale uma resposta" e preferimos manter a palavra "pergunta" por extenso, em vez de sinalizar apenas com a letra "P" seguida do número da questão.	38) Algum dos seus pais está vivo? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não – vá para a pergunta 40
Convergências: as traduções da pergunta são idênticas. Divergências: a tradução 2 está mais objetiva que a tradução 1; uso da expressão "por favor marque uma" e "assinale uma resposta". Solução: Manteve-se o enunciado da tradução 1, substituindo a expressão "por favor, marque uma" por "assinale uma resposta"	39) Com que frequência você entra em contato com seus pais? (Assinale uma resposta) ( ) Uma vez por semana ou mais ( ) Uma vez por mês ( ) Várias vezes ao ano ( ) Uma vez por ano ou menos ( ) Nunca/quase nunca
Convergências: a pergunta tem mesmo sentido e utilizou praticamente palavras iguais em ambas as traduções. Divergências: a tradução 2 é mais impessoal que a tradução 1; também houve divergências em relação as alternativas, bem como em relação a tradução da palavra "mixed". Solução: Manteve-se o enunciado da tradução 2; foi feito um misto das opções de respostas oferecidas com a finalidade de usar as opções que continham expressões que são mais usadas no cotidiano; optou-se por manter a palavra "ambivalente", apresentada pela tradução 1, como tradução da palavra "mixed"	40) Como você se sente em relação às oportunidades de contato com a sua família? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado
Convergências: as traduções mantiveram o sentido da pergunta. Divergências: A tradução 1 é mais clara e objetiva que a tradução 2; Solução: Manteve-se o enunciado da tradução 1.	41) Quantas pessoas você consideraria amigas?
Convergências: as traduções da pergunta são idênticas. Divergências: a tradução 2 está mais objetiva que a tradução 1; uso da expressão "por favor marque uma" e "assinale uma resposta". Solução: Manteve-se o enunciado e as respostas da tradução 1, substituindo a expressão "por favor, marque uma" por "assinale uma resposta",	42) Com que frequência você recebe amigos ou vizinhos na sua casa? (Assinale uma resposta) ( ) Todo dia ( ) Várias vezes por semana ( ) Pelo menos uma vez por semana ( ) pelo menos uma vez a cada duas semanas ( ) pelo menos uma vez por mês ( ) Menos que uma vez por mês ( ) Nunca
Convergências: a pergunta tem mesmo sentido e utilizou praticamente palavras iguais em ambas as traduções. Divergências: a tradução 2 é mais impessoal que a tradução 1; também houve divergências em relação as alternativas, bem como em relação a tradução da palavra "mixed". Solução: Manteve-se o enunciado da tradução 2; foi feito um misto das opções de respostas oferecidas com a finalidade de usar as opções que continham expressões que são mais usadas no cotidiano; optou-se por manter a palavra "ambivalente", apresentada pela tradução 1, como tradução da palavra "mixed"	43) Como você se sente sobre suas oportunidades de ter contato com seus amigos e vizinhos? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado
Convergências: a pergunta tem mesmo sentido e utilizou praticamente palavras iguais em ambas as traduções. Divergências: a tradução 2 é mais impessoal que a tradução 1; também houve divergências em relação as alternativas, bem como em relação a tradução da palavra "mixed". Solução: Manteve-se o enunciado da tradução 2; foi feito um misto das opções de respostas oferecidas com a finalidade de usar as opções que continham expressões que são mais usadas no cotidiano; optou-se por manter a palavra "ambivalente", apresentada pela tradução 1, como tradução da palavra "mixed"	44) Em geral, como você se sente sobre o seu nível de inclusão na sociedade? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado
Convergências: as traduções mantiveram o sentido da pergunta.	45) Sexo (Assinale uma resposta)

Síntese da Tradução 1 e 2	**Versão 1 - SCOPE B**
Divergências: A tradução 2 é mais clara e objetiva que a tradução 1; Solução: Manteve-se o enunciado da tradução 2.	( ) Feminino ( ) Masculino
Convergências: as traduções mantiveram o sentido da pergunta. Divergências: A tradução 2 é mais clara e objetiva que a tradução 1; Solução: Manteve-se o enunciado da tradução 2.	46) Qual a sua idade no seu último aniversário?
Convergências: as traduções mantiveram o sentido da pergunta. Divergências: A tradução 2 é mais clara e objetiva que a tradução 1; Solução: Manteve-se o enunciado da tradução 2.	47) Qual é a sua etnia?
Convergências: as traduções mantiveram o sentido da pergunta. Divergências: A tradução 2 é mais clara e objetiva que a tradução 1; Solução: Manteve-se o enunciado da tradução 2.	48) Você tem alguma doença prolongada, algum problema de saúde ou deficiência que limite as suas atividades diárias ou o seu trabalho? (Assinale uma resposta) Incluir os problemas devido à idade avançada. ( ) Sim ( ) Não

Fonte: Própria autora.

Obtida a primeira versão da escala SCOPE-B, essa foi retrotraduzida por outros dois tradutores diferentes dos primeiros, seguindo os critérios estabelecidos no Passo 3 do item 3.5.1 deste estudo. Os retrotradutores eram da mesma empresa de tradução que os tradutores 1 e 2. Ambos eram nascidos na Inglaterra, sendo o retrotradutor 1 formado em linguística, com idade de 54 anos, sexo masculino e há 20 anos mora no Brasil. Já o retrotradutor 2, sexo masculino, era bacharel em tradução e relação internacionais, com 39 anos de idade e há 7 anos tem morado no Brasil. O tempo de trabalho dos retrotradutores na atual empresa eram, respectivamente, 6 anos e 3 anos. As retrotraduções de ambos estão representadas no Quadro 04.

Quadro 04: Ilustração descritiva da retrotradução 1 e 2 da primeira versão da escala SCOPE-B, com destaque para as divergências dos retrotradutores que estão sublinhadas.

Versão 1 do SCOPE-B	**Retrotradução 1**	**Retrotradução 2**
1) Há algum espaço para lazer, esportes ou entretenimento em sua região? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não – por favor, vá para a pergunta 3 ( ) Não sei – por favor, vá para a pergunta 3	1) Is there a place for recreation, sports or entertainment in your area? (Check one answer) ( ) Yes ( ) No – please go to question 3 ( ) I do not know – please go to question 3	1) Are there any facilities for leisure, sports or entertainment in your region? (Check one answer) ( ) Yes ( ) No – Please go to question 3 ( ) I don't know – Please go to question 3
2) Você atualmente usa algum espaço para lazer, esportes ou entretenimento em sua região? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não	2) Do you currently use some place for leisure, sports and entertainment in your area? (Check one answer) ( )Yes ( )No	2) Do you currently make use of a facility for leisure, sports or entertainment in your region? (Check one answer) ( ) Yes ( ) No
3) Como você se sente em relação às oportunidades que você tem para participar de atividades de lazer? (Circule uma opção) (1) Terrível	3) How do you feel about the opportunities to participate in leisure activities? (Check one answer) (1) Terrible (2) Dissatisfied	3) How do you feel regarding opportunities to participate in leisure activities? (Check one answer) (1) Terrible (2) Dissatisfied

Versão 1 do SCOPE-B	**Retrotradução 1**	**Retrotradução 2**
(2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	(3) More often dissatisfied (4) Ambivalent (5) More often satisfied (6) Satisfied (7)Amazed	(3) More often dissatisfied (4) Ambivalent (5) More often satisfied (6) Satisfied (7) In awe
4) De que formas (se existem) você gostaria de mudar suas oportunidades de lazer? Por favor, descreva.	4) In what ways (if any) would you like to change your leisure opportunities? Please describe.	4) In what ways (if any) would you like to change your leisure opportunities? Please describe.
5) O que você acha sobre a disponibilidade geral dos grupos comunitários, clubes e organizações da sua região? (Assinale uma resposta) (1) Há muitas oportunidades (2) Há algumas boas oportunidades (3) Ambivalente (4) Oportunidades são limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas	5) What do you think of the general availability of community groups, clubs and organizations in your area? (Check one answer) (1)There are many opportunities (2)There are some good opportunities (3)Ambivalent (4)Opportunities are limited (5)Opportunities are extremely limited	5) What do you think of the overall availability of community groups, clubs and organizations in your region (Check one answer) (1)There are many opportunities (2)There are some good opportunities (3)Ambivalent (4)Opportunities are limited (5)Opportunities are extremely restricted
6) Nos últimos 12 meses, você deu ajuda NÃO REMUNERADA a alguém que não fosse um parente? Exemplos de ajuda não remunerada: fazer compras, realizar tarefas na rua para alguém, cuidar de crianças/animais de estimação/da casa (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não	6) In the last 12 months, did you give UNPAID help to someone who was not a relative? Examples of unpaid help: shopping, external tasks, childcare, taking care of animal/houses. (Check one answer) ( ) Yes ( ) No	6) In the last 12 months, have you provided unpaid help to someone who was not a relative? Examples of unpaid help: shopping, errands outside the home, childcare, house/pet sitting. (Check one answer) ( ) Yes ( ) No
7) Você votou nas eleições gerais de outubro de 2014? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não	7) Did you vote in the general elections of October 2014? (Check one answer) ( ) Yes ( ) No	7) Did you vote in the October 2014 general elections? (Check one answer) ( )Yes ( ) No
8) Como você se sente em relação às oportunidades para se envolver nos grupos comunitários, clubes ou organizações disponíveis na sua região? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	8) How do you feel about the opportunities to engage in community groups, clubs, and organizations that are available in your area? (1) Terrible (2) Dissatisfied (3) More often dissatisfied (4) Ambivalent (5) More often satisfied (6) Satisfied (7)Amazed	8) How do you feel about the opportunities to get involved in community groups, clubs, and organizations available in your region? (1) Terrible (2) Dissatisfied (3) More often dissatisfied (4) Ambivalent (5) More often satisfied (6) Satisfied (7) In awe
9) Sua residência ocupa que tipo de acomodações? (Assinale uma resposta) **Uma casa completa:** ( ) independente ( ) semi-independente ( ) geminada **Flat, duplex ou apartamento que:** ( ) Está localizado em um bloco de flats ou prédio de apartamentos ( ) Faz parte de uma casa convertida ou compartilhada (incluindo quitinetes) ( ) Está localizado em um prédio comercial (por ex., em um prédio de escritórios, hotel ou sobreloja) **Estrutura móvel ou temporária:**	9) What kind of accommodation does your residence occupy? (Check one answer) **A complete house:** ( ) Detached ( ) Semi-detached ( ) Terraced **A flat, duplex or apartment:** ( ) It is located in a block of flats or apartment building ( ) It is part of a converted or shared house (for example boarding house) ( ) It is located in a commercial building (for example, in an office building, a hotel or above a shop) **Mobile or temporary structure:**	9) Your household occupies what type of accommodation? (Check one answer) **A complete house:** ( ) Detached ( ) Semi-detached ( ) Terraced **A flat, duplex or apartment:** ( ) Located in a block of flats or an apartment building ( ) Part of a converted or shared house (for example, a boarding house) ( ) Located in a commercial building (for example, an office building, a hotel or over a store) **Mobile or temporary structure:**

Versão 1 do SCOPE-B	**Retrotradução 1**	**Retrotradução 2**
( ) Trailer ou outra estrutura móvel ou temporária	( ) Trailer or other mobile or temporary structure	( ) Trailer or other mobile or temporary structure
10) O que você acha das suas oportunidades de ter acesso a acomodações adequadas? (Assinale uma resposta) (1) Há muitas oportunidades (2) Há boas oportunidades para alguns tipos de propriedade (3) Ambivalente (4) Oportunidades são limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas	10) What do you think of the opportunities that you have to access appropriate accommodation? (Check one answer) (1)There are many opportunities (2)There are some good opportunities (3)Ambivalent (4)Opportunities are limited (5)Opportunities are extremely limited	10) What do you think of the opportunities to access suitable accommodation? (Check one answer) (1)There are many opportunities (2)There are some good opportunities (3)Ambivalent (4)Opportunities are limited (5)Opportunities are extremely restricted
11) Como você se sente em relação às oportunidades de acomodação adequada que estão disponíveis? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	11) How do you feel about the suitable accommodation opportunities that are available? (Check one answer) (1) Terrible (2) Dissatisfied (3) More often dissatisfied (4) Ambivalent (5) More often satisfied (6) Satisfied (7)Amazed	11) How do you feel about the available opportunities for suitable housing? (Check one answer) (1) Terrible (2) Dissatisfied (3) More often dissatisfied (4) Ambivalent (5) More often satisfied (6) Satisfied (7)In awe
12) Quantos carros ou vans são de propriedade, ou disponíveis para o uso, de um ou mais membros da sua residência? Inclua quaisquer carros ou vans de empresas se disponíveis para uso pessoal. (Assinale uma resposta) ( ) Nenhum ( ) Um ( ) Dois ( ) Três ou mais (informar quantos)	12) How many cars or vans are owned, or available for use for one or more members of your household? Include any company cars or vans that are available for personal use. (Check one answer) ( )None ( )One ( )Two ( )Three or more – inform how many:	12) How many cars or vans are owned, or are available for use, by one or more members of your household? Include any company cars or vans if available for personal use. (Check one answer) ( )None ( )One ( )Two ( )Three or more – inform how many:
13) Há quantos anos você mora nessa região (aproximadamente)?	13) Approximately how many years have you lived in this area?	13) How many years have you lived in this region, approximately?
14) O que você acha das oportunidades para conseguir trabalho adequado nesta região? (Assinale uma resposta) (1) Há muitas oportunidades (2) Há muitas oportunidades para alguns tipos de trabalho (3) Ambivalente (4) Oportunidades são consideravelmente limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas	14) What do you think of the opportunities to get appropriate work in this area? (Check one answer) (1)There are many opportunities (2)There are some good opportunities (3)Ambivalent (4)Opportunities are limited (5)Opportunities are extremely limited	14) What do you think of the opportunities to get suitable work in the region? (Check one answer) (1)There are many opportunities (2)There are some good opportunities (3)Ambivalent (4)Opportunities are limited (5)Opportunities are extremely restricted
15) Quais destas situações é atualmente mais aplicável a você? (Assinalar uma resposta) ( ) Autônomo – vá para a pergunta 16 ( ) Empregado remunerado (meio período ou período integral) – vá para a pergunta 16 ( ) Desempregado - vá para a pergunta 18 ( ) Aposentado de emprego remunerado - vá para a pergunta 18 ( ) Em licença-maternidade - vá para a pergunta 18	15) Which of these situations is currently most applicable to you? (Check one answer) ( ) Self employed- Go to question 16 ( ) Paid employee (full or part-time period) - Go to question 16 ( ) Unemployed - Go to question 18 ( ) Retired from paid employment - Go to question 18 ( ) On maternity leave - Go to question 18	15) Which of these situations are currently most applicable to you? (Check one answer) ( ) Self employed – Go to question 16 ( ) Paid job (full or part time) – Go to question 16 ( ) Unemployed – Go to question 18 ( ) Retired from a paid job – Go to question 18 ( ) On maternity leave –Go to question 18 ( ) Caring for the family or home – Go to question 18

Versão 1 do SCOPE-B	**Retrotradução 1**	**Retrotradução 2**
( ) Cuidando da família ou da casa - vá para a pergunta 18 ( ) Estudante em tempo integral / na escola - vá para a pergunta 18 ( ) Em afastamento por doença ou invalidez - vá para a pergunta 18 ( ) Em esquema de treinamento do governo - vá para a pergunta 18 ( ) Outra situação (especificar)	( ) Taking care of the family or the house - Go to question 18 ( ) Full time student / at school - Go to question 18 ( ) On sick leave or disability - Go to question 18 ( ) On a government training scheme - Go to question 18 ( ) Another situation (please specify)	( ) Full time student/in school – Go to question 18 ( ) On sickness or disability leave – Go to question 18 ( ) On a government training scheme– Go to question 18 ( ) Other situation (specify)
Para quem trabalha 16) Como você se sente em relação às oportunidades de encontrar um emprego apropriado? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	**For those who work** 16) How do you feel about the chances of finding a suitable job? (Check one answer) (1) Terrible (2) Dissatisfied (3) More often dissatisfied (4) Ambivalent (5) More often satisfied (6) Satisfied (7)Amazed	**For those who work** 16) How do you feel about the opportunities to find suitable work? (Check one answer) (1) Terrible (2) Dissatisfied (3) More often dissatisfied (4) Ambivalent (5) More often satisfied (6) Satisfied (7) In awe
17) Considerando os sete dias da semana terminando no domingo, quantas horas você trabalhou de fato no seu emprego principal? Escreva o número de horas a seguir e vá para a pergunta 19. _____	17) Considering the seven days of the week, ending on Sunday, how many hours have you actually worked in your main job? Write the following number of hours and then go to question 19.	17) Considering the seven days of the week, ending on Sunday, how many hours do you actually work at your main job? Write the number of hours in the following blank and then go to question 19.
Para quem não trabalha 18) Como você se sente em relação às oportunidades de encontrar um emprego apropriado? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	**For those who do not work** 18) How do you feel about the chances of finding a suitable job? (Check one answer) (1) Terrible (2) Dissatisfied (3) More often dissatisfied (4) Ambivalent (5) More often satisfied (6) Satisfied (7)Amazed	**For those who do not work** 18) How do you feel about the opportunities to find suitable work? (Check one answer) (1) Terrible (2) Dissatisfied (3) More often dissatisfied (4) Ambivalent (5) More often satisfied (6) Satisfied (7) In awe
19) Qual é a sua principal fonte de renda? (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma fonte de renda ( ) Renda recebida, por ex., de emprego, investimentos, aluguel de imóveis ( ) Pensão do estado ou pensão de emprego anterior ( ) Benefícios do estado ( ) Outra fonte de renda (especificar) ___ ( ) Prefiro não informar	19) What is your main source of income? (Check one answer) ( ) No source of income ( ) Income received, for example employment, investments, rental properties ( ) State pension or previous employment pension ( ) State benefits ( ) Another source of income (specify) ( ) Prefer not to say	19) What is your main source of income? (Check one answer) ( ) No source of income ( ) Income Received, e.g., from employment, investments, property rentals ( ) State pension or pension from a previous employment ( ) State benefits ( ) Other source of income (specify) ( ) Prefer not to say
20) Qual é a sua renda anual pessoal (sem desconto de impostos, se aplicável)?	20) What is your monthly personal income (without discounting tax, if applicable)?	20) What is your monthly personal income (before tax, if applicable)?
21) O que você acha das oportunidades de aumentar a sua renda pessoal? (Assinale uma resposta) (1) Há muitas oportunidades (2) Há algumas boas oportunidades (3) Ambivalente (4) Oportunidades são consideravelmente limitadas	21) What do you think of your opportunities for increasing your personal income? (Check one answer) (1)There are many opportunities (2)There are some good opportunities (3)Ambivalent	21) What do you think of the opportunities to increase your personal income? (Check one answer) (1)There are many opportunities (2)There are some good opportunities (3)Ambivalent (4)Opportunities are limited (5)Opportunities are extremely restricted

Versão 1 do SCOPE-B	**Retrotradução 1**	**Retrotradução 2**
(5) Oportunidades são extremamente restritas	(4)Opportunities are limited (5)Opportunities are extremely limited	
22) Se você precisasse de uma pequena quantia de dinheiro emprestado (por ex., para uma corrida de táxi), você conhece alguém que poderia fazer isso em uma semana? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não – vá para a pergunta 24	22) If you need someone to lend you a small amount of money (for example, for a local cab ride), do you know someone who could do this throughout the week? ( ) Yes ( ) No – Go to question 24	22) If you need someone to lend you a small amount of money (for example, for a local taxi fare), do you know someone who could do so within a week? (Check one answer) ( ) Yes ( ) No – Go to question 24
23) Se sim, essa pessoa provavelmente seria: (Assinale uma resposta) ( ) Parente imediato ( ) Parente não imediato ( ) Amigo ( ) Vizinho ( ) Colega ( ) Conhecido	23) If yes, would that person probably be ... (Check one answer) ( ) Close relative ( ) Distant relative ( ) Friend ( ) Neighbour ( ) Colleague ( ) Acquaintance	23) If yes, this person would most likely be … (Check one answer) ( ) A close relative ( ) A distant relative ( ) Friend ( ) Neighbour ( ) Colleague ( ) Acquaintance
24) No geral, como você se sente em relação às oportunidades disponíveis para garantir rendas adicionais? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	24) Overall, how do you feel about the opportunities available to ensure additional income? (Check one answer) (1) Terrible (2) Dissatisfied (3) More often dissatisfied (4) Ambivalent (5) More often satisfied (6) Satisfied (7)Amazed	24) Overall, how do you feel about the opportunities available to secure additional income? (Check one answer) (1) Terrible (2) Dissatisfied (3) More often dissatisfied (4) Ambivalent (5) More often satisfied (6) Satisfied (7) In awe
25) Geralmente, quão seguro ou inseguro você se sente vivendo na sua área? (Assinale uma resposta) ( ) Muito seguro ( ) Razoavelmente seguro ( ) Um pouco inseguro ( ) Muito inseguro	25) In general, how safe or unsafe do you feel living in your area? (Check one answer) ( ) Very safe ( ) Reasonably safe ( ) A little unsafe ( ) Very unsafe	25) In general, how safe or unsafe do you feel living in your region? (Check one answer) ( ) Very safe ( ) Reasonably safe ( ) A little unsafe ( ) Very unsafe
26) No último ano, você foi vítima de algum crime ou assalto? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não	26) During the last year, have you been a victim of crime or assault? (Check one answer) ( ) Yes ( ) No	26) During the last year, have you been a victim of a crime or assault? (Check one answer) ( ) Yes ( ) No
27) Como você se sente em relação às oportunidades de viver com segurança na sua região? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	27) How do you feel about the opportunity to live safely in your area? (Check one answer) (1) Terrible (2) Dissatisfied (3) More often dissatisfied (4) Ambivalent (5) More often satisfied (6) Satisfied (7)Amazed	27) How do you feel about the opportunities of living safely in your region? (Check one answer) (1) Terrible (2) Dissatisfied (3) More often dissatisfied (4) Ambivalent (5) More often satisfied (6) Satisfied (7) In awe
28) Qual é a maior qualificação que você já obteve? (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma qualificação ( ) Ensino médio ( ) Curso técnico ( ) Graduação / Diplomas ( ) Qualificação de magistério (excluindo pós-graduação em Educação)	28) What is your highest qualification? (Check one answer) ( ) No qualification ( ) High school ( ) Technical course ( ) Undergraduate ( ) Teaching qualification (excluding post-graduate in Education)	28) What is your highest qualification? (Check one answer) ( ) No qualification ( ) High school ( ) Technical school ( ) Undergraduate ( ) Teaching qualification (except for graduate studies in Education) ( )Nursing or other medical qualification

Versão 1 do SCOPE-B	**Retrotradução 1**	**Retrotradução 2**
( ) Enfermagem ou outra qualificação médica ( ) Outra (especifique)	( ) Nursing or other medical qualification ( ) Other (specify)	( ) Other (specify)
29) Nos últimos 12 meses, você esteve ou está matriculado em algum curso educacional, em meio período ou período integral, para obter qualquer qualificação, mesmo que você não a tenha obtido? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não	29) In the last 12 months have you been or are enrolled in a part-time or full-time educational course for some qualification, even if you have not obtained the qualification? (Check one answer) ( ) Yes ( ) No	29) In the last 12 months were you or are you enrolled in some part-time or full-time educational course to obtain some qualification, even if you did not obtain it? (Check one answer) ( ) Yes ( ) No
30) O que você acha sobre a disponibilidade geral das oportunidades educacionais na sua região? (Assinale uma resposta) (1) Há muitas oportunidades (2) Há algumas boas oportunidades (3) Ambivalente (4) Oportunidades são consideravelmente limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas	30) What do you think of the general availability of educational opportunities in your area? (Check one answer) (1)There are many opportunities (2)There are some good opportunities (3)Ambivalent (4)Opportunities are limited (5)Opportunities are extremely limited	30) What do you think of the overall availability of the educational opportunities in your region? (Check one answer) (1)There are many opportunities (2)There are some good opportunities (3)Ambivalent (4)Opportunities are limited (5)Opportunities are extremely restricted
31) Como você se sente sobre a variedade de oportunidades educacionais que estão disponíveis para você? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	31) How do you feel about the educational opportunities available to you? (Check one answer) (1) Terrible (2) Dissatisfied (3) More often dissatisfied (4) Ambivalent (5) More often satisfied (6) Satisfied (7)Amazed	31) How do you feel about the educational opportunities available to you? (Check one answer) (1) Terrible (2) Dissatisfied (3) More often dissatisfied (4) Ambivalent (5) More often satisfied (6) Satisfied (7) In awe
32) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você conversou ou teve uma consulta com um clínico geral ou médico da família para falar sobre a sua saúde física? (Não incluir visitas a hospitais) (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma visita ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não Sei	32) In the last 12 months, how many times have you talked to or had a consultation with a general practitioner or family doctor or another speciality, to talk about your physical health? (Do not include visits to hospitals) (Check one answer) ( ) No consultation ( ) One or two ( ) Three or more ( ) I do not know	32) In the last 12 months, how many times have you talked to or visited a general physician or family doctor or another speciality about your physical health (Do not include hospital visits) (Check one answer) ( ) No visits ( ) One or two ( ) Three or more ( ) I don't know
33) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você conversou ou teve uma consulta com um clínico geral ou médico da família para falar sobre a sua saúde mental? (Não incluir visitas a hospitais) (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma visita ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não Sei	33) In the last 12 months, how many times have you talked to or had a consultation with a general practitioner or family doctor to talk about your mental health? (Do not include visits to hospitals) (Check one answer) ( ) No consultation ( ) One or two ( ) Three or more ( ) I do not know	33) In the last 12 months, how many times have you talked to or visited a general physician or family doctor about your mental health? (Do not include hospital visits) (Check one answer) ( ) No visits ( ) One or two ( ) Three or more ( ) I don't know
34) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi a hospitais ou clínicas (como um paciente em consulta ou internado) devido a um problema de saúde física? (Assinale uma resposta)	34) In the last 12 months, how many times have you been to hospitals or clinics (as an outpatient or inpatient) due to a problem of physical health? (Check one answer)	34) In the last 12 months, how many times have you visited to hospitals or clinics (as as an outpatient or inpatient) due to a physical health problem? (Check one answer)

Versão 1 do SCOPE-B	**Retrotradução 1**	**Retrotradução 2**
( ) Nenhuma visita ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não Sei	( ) No consultation ( ) One or two ( ) Three or more ( ) I do not know	( ) No visits ( ) One or two ( ) Three or more ( ) I don't know
35) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi a hospitais ou clínicas (como um paciente em consulta ou internado) devido a um problema de saúde mental? (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma visita ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não Sei	35) In the last 12 months, how many times have you been to hospitals or clinics (as an outpatient or inpatient) due to a mental health problem? (Check one answer) ( ) No consultation ( ) One or two ( ) Three or more ( ) I do not know	35) In the last 12 months, how many times have you visited to hospitals or clinics (as an outpatient or inpatient) due to a mental health problem? (Check one answer) ( ) No visits ( ) One or two ( ) Three or more ( ) I don't know
36) Como você se sente em relação às oportunidades de acesso a serviços de saúde para problemas de saúde física? (Circule uma resposta) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	36) How do you feel about the opportunities for access to health services for physical health problems? (Check one answer) (1) Terrible (2) Dissatisfied (3) More often dissatisfied (4) Ambivalent (5) More often satisfied (6) Satisfied (7)Amazed	36) How do you feel about opportunities to access services for physical health problems? (Check one answer) (1) Terrible (2) Dissatisfied (3) More often dissatisfied (4) Ambivalent (5) More often satisfied (6) Satisfied (7) In awe
37) Como você se sente em relação às oportunidades de acesso a serviços de saúde para problemas de saúde mental? (Circule uma resposta) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	37) How do you feel about the opportunities for access to health services for mental health problems? (Check one answer) (1) Terrible (2) Dissatisfied (3) More often dissatisfied (4) Ambivalent (5) More often satisfied (6) Satisfied (7)Amazed	37) How do you feel about opportunities to access services for mental health problems? (Check one answer) (1) Terrible (2) Dissatisfied (3) More often dissatisfied (4) Ambivalent (5) More often satisfied (6) Satisfied (7) In awe
38) Algum dos seus pais está vivo? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não – vá para pergunta 40	38) Are any of your parents alive? (Check one answer) ( ) Yes ( ) No – Go to question 40	38) Are any of your parents still alive? (Check one answer) ( ) Yes ( ) No – Go to question 40
39) Com que frequência você entra em contato com seus pais? (Assinale uma resposta) ( ) Uma vez por semana ou mais ( ) Uma vez por mês ( ) Várias vezes ao ano ( ) Uma vez por ano ou menos ( ) Nunca/quase nunca	39) How often do you come into contact with your parents? (Check one answer) ( ) Once per week ( ) Once per month ( ) Several times per year ( ) Once or less per year ( ) Never/almost never	39) How often do you contact your parents? (Check one answer) ( ) once a week ( ) once a month ( ) several times a year ( ) once a year or less ( ) never/ almost never
40) Como você se sente em relação às oportunidades de contato com a sua família? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	40) How do you feel about the opportunities to come into contact with your family? (Check one answer) (1) Terrible (2) Dissatisfied (3) More often dissatisfied (4) Ambivalent (5) More often satisfied (6) Satisfied (7)Amazed	40) How do you feel about the opportunities to contact your family? (Check one answer) (1) Terrible (2) Dissatisfied (3) More often dissatisfied (4) Ambivalent (5) More often satisfied (6) Satisfied (7) In awe

Versão 1 do SCOPE-B	**Retrotradução 1**	**Retrotradução 2**
41) Quantas pessoas você consideraria amigas?	41) How many people can you call a friend?	41) How many people can you call your friend?
42) Com que frequência você recebe amigos ou vizinhos na sua casa? (Assinale uma resposta) ( ) Todo dia ( ) Várias vezes por semana ( ) Pelo menos uma vez por semana ( ) pelo menos uma vez a cada duas semanas ( ) pelo menos uma vez por mês ( ) Menos que uma vez por mês ( ) Nunca	42) How often do you receive friends or neighbours in your house? (Check one answer) ( )Every day ( )Several times a week ( )At least once a week ( )At least once every 15 days ( )At least once a month ( )Less than once per month ( )Never	42) How often do you have friends or neighbours over in your home? (Check one answer) ( )Every day ( )Several times a week ( )At least once a week ( )At least once every two weeks ( ) At least once a month ( )Less than once a month ( )Never
43) Como você se sente sobre suas oportunidades de ter contato com seus amigos e vizinhos? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	43) How do you feel about the opportunities to come into contact with your friends or neighbours? (Check one answer) (1) Terrible (2) Dissatisfied (3) More often dissatisfied (4) Ambivalent (5) More often satisfied (6) Satisfied (7)Amazed	43) How do you feel about the opportunities to contact your friends or neighbours? (Check one answer) (1) Terrible (2) Dissatisfied (3) More often dissatisfied (4) Ambivalent (5) More often satisfied (6) Satisfied (7) In awe
44) Em geral, como você se sente sobre o seu nível de inclusão na sociedade? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	44) Overall, how do you feel about your level of inclusion in society? (Check one answer) (1) Terrible (2) Dissatisfied (3) More often dissatisfied (4) Ambivalent (5) More often satisfied (6) Satisfied (7)Amazed	44) Overall, how do you feel about your level of social inclusion? (Check one answer) (1) Terrible (2) Dissatisfied (3) More often dissatisfied (4) Ambivalent (5) More often satisfied (6) Satisfied (7) In awe
45) Sexo (Assinale uma resposta) ( ) Feminino ( ) Masculino	45) Gender (Check one answer) ( )Female ( )Male	45) Gender (Check one answer) ( ) Female ( )Male
46) Qual a sua idade no seu último aniversário?	46) What age were you on your last birthday?	46) What age were you on your last birthday?
47) Qual é a sua etnia?	47) What is your race/colour? ( )White ( )Black ( )Mixed ( )Asian ( )Indigenous	47) What is your race/colour? ( )White ( )Black ( )Mixed ( )Asian ( )Indigenous
48) Você tem alguma doença prolongada, algum problema de saúde ou deficiência que limite as suas atividades diárias ou o seu trabalho? (Assinale uma resposta) Incluir os problemas devido à idade avançada. ( ) Sim ( ) Não	48) Do you have any chronic disease, a health problem or disability that limits your daily activities or your job? Include problems due to old age. (Check one answer) ( )Yes ( )No	48) Do you have any chronic illness, health problem or disability that limits your daily activities or work? Include problems due to old age. (Check one answer) ( )Yes ( )No

Fonte: Própria autora.

Observa-se que houve divergências na tradução com o estilo de escrita apresentada pelos diferentes retrotradutores, mas não há divergências relacionadas ao sentido e estrutura do

texto. Isso indica que o Passo 3 foi exitoso e, portanto, a versão 1 do SCOPE-B é confiável para prosseguir com o Passo 4. De modo geral, descrevemos o resultado do relatório referente ao passo 3 a seguir.

- Houve divergências entre as duas retrotraduções, que se refere: uso de sinônimos, uso de expressões literais e adaptadas conforme a utilização em formulários de pesquisa, uso de singular em uma retrotradução e plural em outra, entre outros;
- As retrotraduções de ambos retrotradutores mantiveram o sentido e estrutura das questões;
- Em relação ao retrotradutor 2, o retrotradutor 1 foi mais atento a minúcias como: manter letras maiúsculas como na versão original, expressões entre parênteses em meio a questão;
- As retrotraduções 1 e 2 referentes a resposta da escala foram congruentes com as expressões utilizadas no Reino Unido, traduzindo o nosso contexto para o inglês; e
- A retrotradução 2 ficou aparentemente mais compreensível para a língua inglesa falada no Reino Unido, que a retrotradução 1.

O passo 4 se referiu a avaliação de face e de conteúdo realizada pelo comitê de especialistas, que resultou na versão pré-final do SCOPE-B (Quadro 07). O comitê de especialistas, além dos tradutores 1 e 2, foi formado por diversos outros profissionais e usuários de CAPS, sendo este último um diferencial para a adequação da escala. Abaixo, estão descritos a caracterização dos juízes (Quadro 05).

Para avaliar todos os documentos gerados nos passos 1, 2 e 3, foi montado uma tabela no software Microsoft Excel® versão 2010. Nele continha em cada coluna a versão original da escala SCOPE, as traduções 1 e 2, a síntese e retrotraduções 1 e 2 da escala SCOPE-B, bem como seus respectivos relatórios. Nas linhas, continha as questões e itens correspondendo cada versão da escala. As duas últimas colunas continham as notas que variava de 1 a 4, pontuação já descrita no passo 4 do subtítulo 3.5.1 desta tese, e o campo de sugestões.

Quadro 05: Caracterização e motivo de seleção dos juízes que compuseram o comitê de especialistas para a avaliação da validação de face e de conteúdo da escala SCOPE-B.

Juiz	Formação	Idade	Sexo	Motivo da seleção
1	Enfermeira, Pesquisadora	56 anos	Feminino	1) conhecer e compreender a língua inglesa e portuguesa formal e informal, bem como a cultura do Reino Unido e 4) ter experiência na construção de escalas e questionários.
2	Enfermeira, Pesquisadora	62 anos	Feminino	1) conhecer e compreender a língua inglesa e portuguesa formal e informal, bem como a cultura do Reino Unido e 4) ter experiência na construção de escalas e questionários.
3	Usuária de serviços de saúde mental	43 anos	Feminino	1) conhecer e compreender a língua inglesa e portuguesa formal e informal, bem como a cultura do Reino Unido e 5) ser pessoas leigas relacionada com a população do estudo e/ou tema.
4	Usuária de serviços de saúde mental	37 anos	Feminino	1) conhecer e compreender a língua inglesa e portuguesa formal e informal, bem como a cultura do Reino Unido e 5) ser pessoas leigas relacionada com a população do estudo e/ou tema. *(Cont.)*
5	Bacharel e Licenciada em Letras	31 anos	Feminino	1) conhecer e compreender a língua inglesa e portuguesa formal e informal, bem como a cultura do Reino Unido e 3) ser perito na estrutura conceitual.
6	Bacharel em Letras e Sociologia	39 anos	Feminino	1) conhecer e compreender a língua inglesa e portuguesa formal e informal, bem como a cultura do Reino Unido e 3) ser perito na estrutura conceitual.
7	Terapeuta Ocupacional	36 anos	Feminino	1) conhecer e compreender a língua inglesa e portuguesa formal e informal, bem como a cultura do Reino Unido e 2) ter experiência de trabalho na área.
8	Psicóloga	55 anos	Feminino	1) conhecer e compreender a língua inglesa e portuguesa formal e informal, bem como a cultura do Reino Unido e 2) ter experiência de trabalho na área.
9	Tradutor 1	29 anos	Feminino	1) conhecer e compreender a língua inglesa e portuguesa formal e informal, bem como a cultura do Reino Unido.
10	Tradutor 2	42 anos	Masculino	1) conhecer e compreender a língua inglesa e portuguesa formal e informal, bem como a cultura do Reino Unido.
11	Retrotradutor 1	54 anos	Masculino	1) conhecer e compreender a língua inglesa e portuguesa formal e informal. Ser nativo do Reino Unido e ter vivido no próprio país e no Brasil.
12	Retrotradutor 2	39 anos	Masculino	1) conhecer e compreender a língua inglesa e portuguesa formal e informal. Ser nativo do Reino Unido e ter vivido no próprio país e no Brasil.

Fonte: Própria autora.

Os especialistas individualmente concluíram, respectivamente, que a versão 1 do SCOPE-B estava adequada para o português falado no Brasil, mas apontaram algumas sugestões para a melhoria da escala (Quadro 06). São elas:

Quadro 06: Síntese de sugestões individuais dos juízes para adequação da escala SCOPE-B para a língua portuguesa falada no Brasil e resultado individual geral, bem como sugestões aceitas para a reescrever a escala.

Juiz	Questões aceitas, de modo parcial	Sugestões individuais	Resultado individual Geral	Sugestões aceitas após discussão em grupo (pesquisadora e comitê de especialistas).
1	8, 9, 10, 11, 13, 20, 28, 47	8 - Substituir a expressão "se envolver" pela palavra "participação"; 9 – Substituir o enunciado da questão "Sua residência ocupa que tipo de acomodações?" por "Em que tipo de habitação você reside?"; 10 e 11 – substituir "acomodação" por "aposentos" ou "cômodos"; 13 – há quantos anos você vive nessa região? 20 e 47- sugeriu utilizarmos a terminologia do IBGE para caracterizar, respectivamente, renda e raça/cor; 28 -substituir "qualificação" por "grau de escolaridade"	Escala Adequada para o Português Falado no Brasil.	Sugestões aceitas referentes a questões: 8, 9, 10, 11, 13, 20, 28 e 47.
2	3, 7, 12, 20, 29, 31 e 47	3 - substituir a palavra "para" por "de", ficando "…. de participar das atividades de lazer?"; 7 – Sugeriu não especificar as eleições por datas. Assim, a questão ficaria da seguinte forma "Você votou nas últimas eleições?"; 12 – Sugeriu substituir a palavra "companhia" por "empresa"; 20 e 47- sugeriu utilizarmos a terminologia do IBGE para caracterizar, respectivamente, renda e raça/cor; 29 – Substituir a expressão "se não tiver" por "que não tenha"; 31 – Substituir "de educação" por "educacionais".	Escala Adequada para o Português Falado no Brasil.	Sugestões aceitas referentes a questões: 3, 7, 12, 20,29, 31 e 47.
3	3, 7, 9, 10, 11, 22 e 23	3 – rever escrita; 7 – Sugeriu não especificar as eleições por datas. Assim, a questão ficaria da seguinte forma "Você votou nas últimas eleições?"; 9, 22, 23 – incluir opção relacionada a morador de rua; 10 e 11 – substituir "acomodação" por "cômodos".	Idem	Sugestões aceitas referentes a questões: Todas
4	3, 9, 10 e 11	3 – rever escrita; 9 – incluir opção relacionada a morador de rua; 10 e 11 – substituir "acomodação" por "cômodos".	Idem	Sugestões aceitas referentes a questões: Todas
5	9, 13, 28 e 46	9 – Em que tipo de Habitação reside? 13 – há quanto tempo você vive nessa região? 28 – Substituir a palavra "qualificação" por "grau de escolaridade"; 46 – Qual a sua idade?	Idem	Sugestões aceitas referentes a questões: Todas
6	4, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 20, 27, 28, 29, 46 e 47	4 – de que formas (se houver) você gostaria de mudar seu acesso ao lazer? 7- Substituir a palavra "tarefa" por "serviços"; 9 - Qual é o tipo de domicílio ocupado? (Assinale uma resposta) Substituir: - "Uma casa completa" por "Uma casa inteira" - "Um flat, duplex ou apartamento" por "Um apartamento ou quarto/cômodos" - "Está localizado em um bloco de flats ou prédio de apartamentos" por "Está localizado em um bloco de apartamentos ou conjunto habitacional" - Faz parte de uma casa "convertida" por "dividida ou compartilhada" (por exemplo: pensão)	Idem	Sugestões aceitas referentes a questões: todas, exceto item 9 que foi aceito parcialmente.

Juiz	Questões aceitas, de modo parcial	Sugestões individuais	Resultado individual Geral	Sugestões aceitas após discussão em grupo (pesquisadora e comitê de especialistas).
		- Está localizada em um "prédio" por "edifício" comercial (por exemplo, em um prédio de escritórios, hotel ou sobreloja) 10 e 11 - Substituir a palavra "acomodação" por "moradia". 12 – Substituir a palavra "companhia" por "empresa ou firma" 13- Há quantos anos, aproximadamente, você vive nessa região? 14 - Substituir a palavra "apropriado" por "adequado"; 15 – retirar a opção "em treinamento do governo"; 20 e 47- sugeriu utilizarmos a terminologia do IBGE para caracterizar, respectivamente, renda e raça/cor; 27 e 28 – distinguir o ensino fundamental em I (1° ao 5° ano) e II (6° ao 9° ano); 29 – tiver completado; 46 – Qual é sua idade? Opções "terrível e deslumbrado" por "muito insatisfeito e muito satisfeito", respectivamente.		
7	3, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 20, 30, 46 e 47	3 - substituir a palavra "para" por "de", ficando "…. de participar das atividades de lazer?"; 5 e 30 – retirar a palavra "geral"; 8 – substituir a palavra "envolver" por "participar"; 9 – Qual o tipo de moradia? E retirar as opções que são um pouco confusas; 10- há oportunidade de acesso a acomodações adequadas em sua moradia? 11- como se sente em relação às oportunidades de acomodação em que estão disponíveis para você? 12 – substituir as palavras "carros e vans" por "veículos"; 13, 14, 16 e 18 – retirar a palavra "apropriado"; 20 e 47- sugeriu utilizarmos a terminologia do IBGE para caracterizar, respectivamente, renda e raça/cor; 46 – Qual a sua idade?	Idem	Sugestões aceitas referentes a questões: Todas
8	9	9-substituir a expressão "bloco de flats" por "condomínio" Substituir opções "terrível e deslumbrado" por "muito insatisfeito e muito satisfeito", respectivamente.	Idem	Sugestões aceitas referentes a questões: Todas
9	7, 9, 28 e 31	Tradutor 1 7 – Sugeriu não especificar as eleições por datas. 9 – Em que tipo de Habitação reside? 28 – Substituir a palavra "qualificação" por "grau de escolaridade" 31 – Substituir "de educação" por "educacionais". Substituir opções "terrível e deslumbrado" por "muito insatisfeito e muito satisfeito", respectivamente.	Idem	Sugestões aceitas referentes a questões: Todas
10	7, 9, 20, 28, 31 e 47	Tradutor 2 7 – Sugeriu não especificar as eleições por datas. 9 – Em que tipo de Habitação reside? 31 – Substituir "de educação" por "educacionais". 20 e 47- sugeriu utilizarmos a terminologia do IBGE para caracterizar, respectivamente, renda e raça/cor; Substituir opções "terrível e deslumbrado" por "muito insatisfeito e muito satisfeito", respectivamente.	Idem	Sugestões aceitas referentes a questões: Todas
11	7, 9 e 31	Retrotradutor 1 7 – Sugeriu não especificar as eleições por datas.	Idem	Sugestões aceitas referentes a questões: Todas

Juiz	Questões aceitas, de modo parcial	Sugestões individuais	Resultado individual Geral	Sugestões aceitas após discussão em grupo (pesquisadora e comitê de especialistas).
		9 – Em que tipo de Habitação reside? 31 – Substituir "de educação" por "educacionais". Substituir opções "terrível e deslumbrado" por "muito insatisfeito e muito satisfeito", respectivamente.		
12	7, 20, 31 e 47	Retrotradutor 2 7 – Sugeriu não especificar as eleições por datas. 31 – Substituir "de educação" por "educacionais". 20 e 47- sugeriu utilizarmos a terminologia do IBGE para caracterizar, respectivamente, renda e raça/cor. Substituir opções "terrível e deslumbrado" por "muito insatisfeito e muito satisfeito", respectivamente.	Idem	Sugestões aceitas referentes a questões: Todas

Fonte: Própria autora.

Visto as sugestões – que, praticamente, foram semelhantes – foi refeita a versão 1 da escala SCOPE-B e novamente passou nas mãos do comitê de especialistas, que analisaram que a escala estava adequada para aplicação do pré-teste. Outra sugestão que foi unânime neste momento da avaliação, foi substituir as palavras "terrível, contente e deslumbrado" por "muito insatisfeito, satisfeito e muito satisfeito", respectivamente. Assim, com as modificações em itálico, a versão pré-final da SCOPE-B ficou da seguinte maneira (Quadro 07):

Quadro 07: Composição da versão pré-final da escala SCOPE-B com o destaque para as soluções do comitê de especialistas.

Versão 1 - SCOPE B	**Versão pré-final - SCOPE B**
1) Há algum espaço para lazer, esportes ou entretenimento em sua região? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não – por favor, vá para a pergunta 3 ( ) Não sei – por favor, vá para a pergunta 3	1) Há algum espaço para lazer, esportes ou entretenimento em sua região? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não – por favor, vá para a pergunta 3 ( ) Não sei – por favor, vá para a pergunta 3
2) Você atualmente usa algum espaço para lazer, esportes ou entretenimento em sua região? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não	2) Você atualmente usa algum espaço para lazer, esportes ou entretenimento em sua região? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não
3) Como você se sente em relação às oportunidades que você tem para participar de atividades de lazer? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	3) Como você se sente em relação às oportunidades que você tem *de* participar *das* atividades de lazer? (Circule uma opção) (1) *Muito insatisfeito* (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) *Satisfeito* (7) *Muito Satisfeito*
4) De que formas (se existem) você gostaria de mudar suas oportunidades de lazer? Por favor, descreva.	4) De que formas (se existem) você gostaria de mudar suas oportunidades de lazer? Por favor, descreva.
5) O que você acha sobre a disponibilidade geral dos grupos comunitários, clubes e organizações da sua região? (Assinale uma resposta) (1) Há muitas oportunidades (2) Há algumas boas oportunidades (3) Ambivalente (4) Oportunidades são limitadas	5) O que você acha sobre a disponibilidade dos grupos comunitários, clubes e organizações da sua região? (Assinale uma resposta) (1) Há muitas oportunidades (2) Há algumas boas oportunidades (3) Ambivalente (4) Oportunidades são limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas

Versão 1 - SCOPE B	**Versão pré-final - SCOPE B**
(5) Oportunidades são extremamente restritas	
6) Nos últimos 12 meses, você deu ajuda NÃO REMUNERADA a alguém que não fosse um parente? Exemplos de ajuda não remunerada: fazer compras, realizar tarefas na rua para alguém, cuidar de crianças/animais de estimação/da casa (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não	6) Nos últimos 12 meses, você deu ajuda NÃO REMUNERADA a alguém que não fosse um parente? Exemplos de ajuda não remunerada: fazer compras, realizar tarefas na rua para alguém, cuidar de crianças/animais de estimação/da casa (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não
7) Você votou nas eleições gerais de maio de 2005? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não	7) Você votou nas *últimas* eleições? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não
8) Como você se sente em relação às oportunidades para se envolver nos grupos comunitários, clubes ou organizações disponíveis na sua região? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	8) Como você se sente em relação às oportunidades de participação nos grupos comunitários, clubes ou organizações disponíveis na sua região? (Circule uma opção) (1) *Muito insatisfeito* (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) *Satisfeito* *(7) Muito Satisfeito*
9) Sua residência ocupa que tipo de acomodações? (Assinale uma resposta) **Uma casa completa:** ( ) independente ( ) semi-independente ( ) geminada **Flat, duplex ou apartamento que:** ( ) Está localizado em um bloco de flats ou prédio de apartamentos ( ) Faz parte de uma casa convertida ou compartilhada (incluindo quitinetes) ( ) Está localizado em um prédio comercial (por ex., em um prédio de escritórios, hotel ou sobreloja) **Estrutura móvel ou temporária:** ( ) Trailer ou outra estrutura móvel ou temporária	9) *Em que tipo de habitação você reside*? (Assinale uma resposta) **Uma casa:** ( ) independente (Casa que não divide terreno) ( ) semi-independente (Casa que divide o mesmo terreno com outras casas) ( ) geminada (casa que divide parede com outra casa) **Apartamento ou cômodo que:** ( ) Está localizado em um condomínio ou conjunto habitacional ( ) Faz parte de uma casa dividida ou compartilhada (por exemplo: pensão e serviço residencial terapêutico) ( ) Está localizado em um prédio comercial (por exemplo: em um prédio de escritórios, hotel ou sobreloja) **Estrutura móvel ou temporária:** ( ) Trailer ou outra estrutura móvel ou temporária ( ) albergue ou abrigo ( ) em situação de rua
10) O que você acha das suas oportunidades de ter acesso a acomodações adequadas? (Assinale uma resposta) (1) Há muitas oportunidades (2) Há boas oportunidades para alguns tipos de propriedade (3) Ambivalente (4) Oportunidades são limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas	10) O que você acha das suas oportunidades de ter acesso a *cômodos adequados*? (Assinale uma resposta) (1) Há muitas oportunidades (2) Há boas oportunidades para alguns tipos de propriedade (3) Ambivalente (4) Oportunidades são limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas
11) Como você se sente em relação às oportunidades de acomodação adequada que estão disponíveis? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	11) Como você se sente em relação às oportunidades de *cômodos adequados* que estão disponíveis? (Circule uma opção) (1) *Muito insatisfeito* (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) *Satisfeito* (7) *Muito Satisfeito*
12) Quantos carros ou vans são de propriedade, ou disponíveis para o uso, de um ou mais membros da sua residência? Inclua quaisquer carros ou vans de empresas se disponíveis para uso pessoal. (Assinale uma resposta) ( ) Nenhum ( ) Um ( ) Dois ( ) Três ou mais (informar quantos)	12) Quantos carros ou vans são de propriedade, ou disponíveis para o uso, de um ou mais membros da sua residência? Inclua quaisquer carros ou vans de empresas se disponíveis para uso pessoal. (Assinale uma resposta) ( ) Nenhum ( ) Um ( ) Dois ( ) Três ou mais (informar quantos)
13) Há quantos anos você mora nessa região (aproximadamente)?	13) Há quantos anos você *vive* nessa região?
14) O que você acha das oportunidades para conseguir trabalho adequado nesta região? (Assinale uma resposta) (1) Há muitas oportunidades (2) Há muitas oportunidades para alguns tipos de trabalho (3) Ambivalente (4) Oportunidades são consideravelmente limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas	14) O que você acha das oportunidades para conseguir trabalho adequado nesta região? (Assinale uma resposta) (1) Há muitas oportunidades (2) Há muitas oportunidades para alguns tipos de trabalho (3) Ambivalente (4) Oportunidades são consideravelmente limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas
15) Quais destas situações é atualmente mais aplicável a você? (Assinalar uma resposta)	15) Quais destas situações é atualmente mais aplicável a você? (Assinalar uma resposta)

Versão 1 - SCOPE B	**Versão pré-final - SCOPE B**
( ) Autônomo – vá para a pergunta 16 ( ) Empregado remunerado (meio período ou período integral) – vá para a pergunta 16 ( ) Desempregado - vá para a pergunta 18 ( ) Aposentado de emprego remunerado - vá para a pergunta 18 ( ) Em licença-maternidade - vá para a pergunta 18 ( ) Cuidando da família ou da casa - vá para a pergunta 18 ( ) Estudante em tempo integral / na escola - vá para a pergunta 18 ( ) Em afastamento por doença ou invalidez - vá para a pergunta 18 ( ) Em esquema de treinamento do governo - vá para a pergunta 18 ( ) Outra situação (especificar)	( ) Autônomo – vá para a pergunta 16 ( ) Empregado remunerado (meio período ou período integral) – vá para a pergunta 16 ( ) Desempregado - vá para a pergunta 18 ( ) Aposentado de emprego remunerado - vá para a pergunta 18 ( ) Em licença-maternidade - vá para a pergunta 18 ( ) Cuidando da família ou da casa - vá para a pergunta 18 ( ) Estudante em tempo integral / na escola - vá para a pergunta 18 ( ) Em afastamento por doença ou invalidez - vá para a pergunta 18 ( ) Outra situação (especificar)
Para quem trabalha 16) Como você se sente em relação às oportunidades de encontrar um emprego apropriado? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	**Para quem trabalha** 16) Como você se sente em relação às oportunidades de encontrar um emprego *adequado*? (Circule uma opção) (1) *Muito insatisfeito* (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) *Satisfeito* (7) *Muito Satisfeito*
17) Considerando os sete dias da semana terminando no domingo, quantas horas você trabalhou de fato no seu emprego principal? Escreva o número de horas a seguir e vá para a pergunta 19. _____	17) Considerando os sete dias da semana terminando no domingo, quantas horas você trabalhou de fato no seu emprego principal? Escreva o número de horas a seguir e vá para a pergunta 19. _____
Para quem não trabalha 18) Como você se sente em relação às oportunidades de encontrar um emprego apropriado? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	**Para quem não trabalha** 18) Como você se sente em relação às oportunidades de encontrar um emprego *adequado*? (Circule uma opção) (1) *Muito insatisfeito* (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) *Satisfeito* (7) *Muito Satisfeito*
19) Qual é a sua principal fonte de renda? (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma fonte de renda ( ) Renda recebida, por ex., de emprego, investimentos, aluguel de imóveis ( ) Pensão do estado ou pensão de emprego anterior ( ) Benefícios do estado ( ) Outra fonte de renda (especificar) _____ ( ) Prefiro não informar	19) Qual é a sua principal fonte de renda? (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma fonte de renda ( ) Renda recebida, por ex., de emprego, investimentos, aluguel de imóveis ( ) Pensão do estado ou pensão de emprego anterior ( ) Benefícios do estado ( ) Outra fonte de renda (especificar) _____ ( ) Prefiro não informar
20) Qual é a sua renda anual pessoal (sem desconto de impostos, se aplicável)?	20) Qual é a sua renda *mensal* pessoal (sem desconto de impostos, se aplicável)? *( ) Sem rendimento* *( ) Até ½ salário-mínimo* *( ) Mais de ½ até 1 salário-mínimo* *( ) Mais de 1 até 2 salários-mínimos* *( ) Mais de 2 até 3 salários-mínimos* *( ) Mais de 3 até 5 salários-mínimos* *( ) Mais de 5 até 10 salários-mínimos* *( ) Mais de 10 até 20 salários-mínimos* *( ) Mais de 20 salários-mínimos* *( ) Prefiro não informar*
21) O que você acha das oportunidades de aumentar a sua renda pessoal? (Assinale uma resposta) (1) Há muitas oportunidades (2) Há algumas boas oportunidades (3) Ambivalente (4) Oportunidades são consideravelmente limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas	21) O que você acha das oportunidades de aumentar a sua renda pessoal? (Assinale uma resposta) (1) Há muitas oportunidades (2) Há algumas boas oportunidades (3) Ambivalente (4) Oportunidades são consideravelmente limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas
22) Se você precisasse de uma pequena quantia de dinheiro emprestado (por ex., para uma corrida de táxi), você conhece alguém que poderia fazer isso em uma semana? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não – vá para a pergunta 24	22) Se você precisasse de uma pequena quantia de dinheiro emprestado (por ex., para uma corrida de táxi), você conhece alguém que poderia fazer isso em uma semana? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não – vá para a pergunta 24
23) Se sim, essa pessoa provavelmente seria: (Assinale uma resposta) ( ) Parente imediato ( ) Parente não imediato ( ) Amigo ( ) Vizinho ( ) Colega ( ) Conhecido	23) Se sim, essa pessoa provavelmente seria: (Assinale uma resposta) ( ) Parente imediato ( ) Parente não imediato ( ) Amigo ( ) Vizinho ( ) Colega ( ) Conhecido

Versão 1 - SCOPE B	**Versão pré-final - SCOPE B**
24) No geral, como você se sente em relação às oportunidades disponíveis para garantir rendas adicionais? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	24) No geral, como você se sente em relação às oportunidades disponíveis para garantir rendas adicionais? (Circule uma opção) (1) *Muito insatisfeito* (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) *Satisfeito* (7) *Muito Satisfeito*
25) Geralmente, quão seguro ou inseguro você se sente vivendo na sua área?(Assinale uma resposta) ( ) Muito seguro ( ) Razoavelmente seguro ( ) Um pouco inseguro ( ) Muito inseguro	25) Geralmente, quão seguro ou inseguro você se sente vivendo na sua área?(Assinale uma resposta) ( ) Muito seguro ( ) Razoavelmente seguro ( ) Um pouco inseguro ( ) Muito inseguro
26) No último ano, você foi vítima de algum crime ou assalto? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não	26) No último ano, você foi vítima de algum crime ou assalto? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não
27) Como você se sente em relação às oportunidades de viver com segurança na sua região? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	27) Como você se sente em relação às oportunidades de viver com segurança na sua região? (Circule uma opção) (1) *Muito insatisfeito* (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) *Satisfeito* (7) *Muito Satisfeito*
28) Qual é a maior qualificação que você já obteve? (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma qualificação ( ) Ensino médio ( ) Curso técnico ( ) Graduação / Diplomas ( ) Qualificação de magistério (excluindo pós-graduação em Educação) ( ) Enfermagem ou outra qualificação médica ( ) Outra (especifique)	28) Qual *é a sua escolaridade*? (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma () Ensino fundamental I (1° ao 5° ano) ( ) Ensino fundamental I (6° ao 9° ano) ( ) Ensino médio ( ) Curso técnico ( ) Graduação ( ) Outra (especifique)
29) Nos últimos 12 meses, você esteve ou está matriculado em algum curso educacional, em meio período ou período integral, para obter qualquer qualificação, mesmo que você não a tenha obtido? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não	29) Nos últimos 12 meses, você esteve ou está matriculado em algum curso educacional, em meio período ou período integral, para obter qualquer *grau de escolaridade*, mesmo que você não tiver completado? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não
30) O que você acha sobre a disponibilidade geral das oportunidades educacionais na sua região? (Assinale uma resposta) (1) Há muitas oportunidades (2) Há algumas boas oportunidades (3) Ambivalente (4) Oportunidades são consideravelmente limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas	30) O que você acha sobre a disponibilidade das oportunidades educacionais na sua região? (Assinale uma resposta) (1) Há muitas oportunidades (2) Há algumas boas oportunidades (3) Ambivalente (4) Oportunidades são consideravelmente limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas
31) Como você se sente sobre a variedade de oportunidades educacionais que estão disponíveis para você? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	31) Como você se sente em relação às oportunidades educacionais disponíveis para você? (Circule uma opção) (1) *Muito insatisfeito* (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) *Satisfeito* (7) *Muito Satisfeito*
32) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você conversou ou teve uma consulta com um clínico geral ou médico da família para falar sobre a sua saúde física? (Não incluir visitas a hospitais) (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma visita ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não Sei	32) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você conversou ou teve uma consulta com um clínico geral ou médico da família para falar sobre a sua saúde física? (Não incluir visitas a hospitais) (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma visita ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não Sei

Versão 1 - SCOPE B	**Versão pré-final - SCOPE B**
33) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você conversou ou teve uma consulta com um clínico geral ou médico da família para falar sobre a sua saúde mental? (Não incluir visitas a hospitais) (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma visita ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não Sei	33) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você conversou ou teve uma consulta com um clínico geral ou médico da família para falar sobre a sua saúde mental? (Não incluir visitas a hospitais) (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma visita ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não Sei
34) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi a hospitais ou clínicas (como um paciente em consulta ou internado) devido a um problema de saúde física? (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma visita ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não Sei	34) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi a hospitais ou clínicas (como um paciente em consulta ou internado) devido a um problema de saúde física? (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma visita ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não Sei
35) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi a hospitais ou clínicas (como um paciente em consulta ou internado) devido a um problema de saúde mental? (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma visita ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não Sei	35) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi a hospitais ou clínicas (como um paciente em consulta ou internado) devido a um problema de saúde mental? (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma visita ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não Sei
36) Como você se sente em relação às oportunidades de acesso a serviços de saúde para problemas de saúde física? (Circule uma resposta) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	36) Como você se sente em relação às oportunidades de acesso a serviços de saúde para problemas de saúde física? (Circule uma resposta) (1) *Muito insatisfeito* (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) *Satisfeito* (7) *Muito Satisfeito*
37) Como você se sente em relação às oportunidades de acesso a serviços de saúde para problemas de saúde mental? (Circule uma resposta) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	37) Como você se sente em relação às oportunidades de acesso a serviços de saúde para problemas de saúde mental? (Circule uma resposta) (1) *Muito insatisfeito* (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) *Satisfeito* (7) *Muito Satisfeito*
38) Algum dos seus pais está vivo? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não – vá para a pergunta 40	38) Algum dos seus pais está vivo? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não – vá para a pergunta 40
39) Com que frequência você entra em contato com seus pais? (Assinale uma resposta) ( ) Uma vez por semana ou mais ( ) Uma vez por mês ( ) Várias vezes ao ano ( ) Uma vez por ano ou menos ( ) Nunca/quase nunca	39) Com que frequência você entra em contato com seus pais? (Assinale uma resposta) ( ) Mais de uma vez por semana ( ) Uma vez por semana ( ) Uma vez por mês ( ) Várias vezes ao ano ( ) Uma vez por ano ou menos ( ) Nunca/quase nunca
40) Como você se sente em relação às oportunidades de contato com a sua família? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	40) Como você se sente em relação às oportunidades de contato com a sua família? (Circule uma opção) (1) *Muito insatisfeito* (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) *Satisfeito* (7) *Muito Satisfeito*
41) Quantas pessoas você consideraria amigas?	41) Quantas pessoas você consideraria amigas?
42) Com que frequência você recebe amigos ou vizinhos na sua casa? (Assinale uma resposta) ( ) Todo dia ( ) Várias vezes por semana ( ) Pelo menos uma vez por semana	42) Com que frequência você recebe amigos ou vizinhos na sua casa? (Assinale uma resposta) ( ) Todo os dias ( ) Várias vezes por semana ( ) Pelo menos uma vez por semana

Versão 1 - SCOPE B	**Versão pré-final - SCOPE B**
( ) pelo menos uma vez a cada duas semanas ( ) pelo menos uma vez por mês ( ) Menos que uma vez por mês ( ) Nunca	( ) pelo menos uma vez a cada duas semanas ( ) pelo menos uma vez por mês ( ) Menos que uma vez por mês ( ) Nunca
43) Como você se sente sobre suas oportunidades de ter contato com seus amigos e vizinhos? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	43) Como você se sente sobre suas oportunidades de ter contato com seus amigos e vizinhos? (Circule uma opção) (1) *Muito insatisfeito* (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) *Satisfeito* (7) *Muito Satisfeito*
44) Em geral, como você se sente sobre o seu nível de inclusão na sociedade? (Circule uma opção) (1) Terrível (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) Contente (7) Deslumbrado	44) Em geral, como você se sente sobre o seu nível de inclusão na sociedade? (Circule uma opção) (1) *Muito insatisfeito* (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (5) Um pouco satisfeito (6) *Satisfeito* (7) *Muito Satisfeito*
45) Sexo (Assinale uma resposta) ( ) Feminino ( ) Masculino	45) Sexo (Assinale uma resposta) ( ) Feminino ( ) Masculino
46) Qual a sua idade no seu último aniversário?	46) Qual a sua idade?
47) Qual é a sua etnia?	47) Como você se declara em relação sua raça/cor? ( ) Branco ( ) Preto ( ) Pardo ( ) Amarelo ( ) Indígena
48) Você tem alguma doença prolongada, algum problema de saúde ou deficiência que limite as suas atividades diárias ou o seu trabalho? (Assinale uma resposta) Incluir os problemas devido à idade avançada. ( ) Sim ( ) Não	48) Você tem alguma doença prolongada, algum problema de saúde ou deficiência que limite as suas atividades diárias ou o seu trabalho? Incluir os problemas devido à idade avançada. (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não

Fonte: Própria autora.

Assim, foi realizado a validação de face e esta foi favorável para a aplicação do SCOPE-B no Brasil. A próxima etapa foi verificar a validação de conteúdo por meio do cálculo do IVC descrito no item 3.5.1 do presente estudo. Os resultados foram calculados para cada assertiva do questionário (Tabela 01).

Tabela 01: Valores totais por item do resultado do IVC para cada tipo de equivalência.

Item	**Tipo de Equivalência**			
	Semântica	**Idiomática**	**Experimental**	**Conceitual**
1	1,00	1,00	1,00	1,00
2	1,00	1,00	1,00	1,00
3	0,91	0,84	0,84	0,91
4	0,97	0,97	0,97	0,97
5	0,97	0,97	0,94	0,97
6	1,00	1,00	1,00	1,00
7	0,97	0,94	0,94	1,00
8	1,00	0,94	0,94	1,00
9	0,94	0,81	0,81	0,88
10	1,00	0,88	0,88	1,00

Item	Tipo de Equivalência			
	Semântica	**Idiomática**	**Experimental**	**Conceitual**
11	0,97	0,88	0,91	0,97
12	1,00	0,94	0,94	1,00
13	0,91	0,84	0,84	0,91
14	1,00	0,94	0,94	1,00
15	1,00	1,00	1,00	1,00
16	1,00	0,94	0,94	1,00
17	1,00	1,00	1,00	1,00
18	1,00	0,94	0,94	1,00
19	1,00	1,00	1,00	1,00
20	1,00	0,94	0,84	1,00
21	1,00	1,00	1,00	1,00
22	1,00	0,97	0,97	1,00
23	1,00	0,97	0,97	1,00
24	1,00	1,00	1,00	1,00
25	1,00	1,00	1,00	1,00
26	1,00	1,00	1,00	1,00
27	1,00	0,94	0,94	1,00
28	1,00	0,88	0,91	1,00
29	1,00	0,94	0,94	1,00
30	0,97	0,97	0,94	0,97
31	1,00	1,00	0,97	1,00
32	1,00	1,00	1,00	1,00
33	1,00	1,00	1,00	1,00
34	1,00	1,00	1,00	1,00
35	1,00	1,00	1,00	1,00
36	1,00	1,00	1,00	1,00
37	1,00	1,00	1,00	1,00
38	1,00	1,00	1,00	1,00
38	1,00	1,00	1,00	1,00
40	1,00	1,00	1,00	1,00
41	1,00	1,00	1,00	1,00
42	1,00	1,00	1,00	1,00
43	1,00	1,00	1,00	1,00
44	1,00	1,00	1,00	1,00
45	1,00	0,97	0,97	1,00
46	0,94	0,91	0,91	0,91
47	1,00	0,97	0,84	0,94
48	0,97	0,94	0,97	1,00

Considerando que o valor mínimo aceitável para a aceitação da assertiva é IVC>0,80, foi assegurado que todos itens tiveram boa aceitação para todas as equivalências testadas. Dessa manira, pode-se utilizar a versão pré final do SCOPE-B no próximo passo. Também foi calculado a validade de conteúdo total (IVCt) e por Juiz (IVCi) (Tabela 02).

Tabela 02: Valor total do IVCi da escala SCOPE-B por Juiz e valor do IVCt quando somado todos os resultados do IVCi dos Juízes.

	Escala SCOPE-B												
Juíz	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**Todos**
IVCi	0,97	0,98	0,97	0,98	0,98	0,95	0,96	1,00	0,97	0,98	0,95	0,96	-
IVCt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,97

Legenda: IVCi, significa Índice de Validade de Conteúdo individual; IVCt, Índice de Validade de Conteúdo total.

Verificou-se que o resultado do cálculo para validade de conteúdo total foi superior ao mínimo estipulado pela literatura (IVCt = 0,97), indicando que a escala SCOPE-B tem excelente validade de conteúdo, autorizando o início do próximo e penúltimo passo do processo de adaptação cultural. O penúltimo passo do protocolo (Passo 5) caracterizou-se em realizar um pré-teste da versão pré-final resultada da avaliação feita pelo comitê de especialistas no passo 4.

Nessa etapa, foi aplicada a escala SCOPE-B Versão pré-final em uma amostra de 30 usuários de todos os CAPS adulto (tipo I, II e III) da região Oeste do Município de São Paulo, a fim de verificar o tempo médio gasto para preencher o questionário e a compreensão das questões que compunha o instrumento. A escolha da pesquisadora pela região Oeste justifica-se, pois, a mesma era campo de estágio da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP) e era onde a pesquisadora acompanhava campo de estágio da Graduação em Enfermagem (Programa de Aperfeiçoamento de Ensino) e da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da EEUSP. Este passo gerou o seguinte relatório:

- Os usuários tinham média de idade de 41 anos, 18 deles eram do sexo masculino e 12 do sexo feminino. Em relação a emprego e renda, sete deles trabalhavam no mercado formal, mas estavam temporariamente afastados do emprego; cinco não tinha emprego, dois possuía emprego em cooperativa de economia solidária e os demais estavam aposentados ou recebiam benefício do governo. A renda média desse grupo era de até dois salários-mínimos. Em relação a escolaridade, apenas um não era alfabetizado, dois possuíam ensino superior completo, cinco

tinha ensino fundamental completo e os demais tinha Ensino médio completo. Em relação ao quesito raça/cor, um usuário se declarou indígena, dois se declararam amarelo, seis negros, oito pardos e 13 brancos.

- Todos os 30 usuários responderam o questionário com um tempo médio de 18 minutos. Não indicaram qualquer problema para entender as perguntas e suas respostas, exceto a palavra "ambivalente" que após ser explicado o seu significado, 24 participantes sugeriram colocar na frente da palavra e entre parênteses a seguinte expressão: "nem insatisfeito, nem satisfeito". Sugestão essa incorporada na versão final da SCOPE-B (APÊNDICE 06). Todos conseguiram explicar, com suas palavras, a sua compreensão de cada item e nenhum deles teve dificuldade para o entendimento/compreensão seja do item, seja da escala em si. Os 30 participantes avaliaram o quanto cada item era pertinente para avaliação da experiência e expectativa do usuário com as ações de inclusão social promovidas pelos serviços substitutivos. Todos avaliaram positivamente, afirmando que a escala traria a possibilidade de acompanhar os resultados de cada projeto terapêutico singular em relação a inclusão social na comunidade. Não fizeram sugestões para aumento da fonte do instrumento e não apresentaram dificuldades de entendimento em relação ao *layout* do mesmo.

Essas dúvidas não foram suficientes para grandes mudanças, pois eram dificuldades individuais que não representavam a população-alvo. Portanto, houve mudanças pontuais na versão da escala que não modificaram a sua estrutura. Ao Final do Passo 5, obtivemos a versão final do SCOPE-B, que será apresentada abaixo (Quadro 08):

Quadro 08: Versão final da escala SCOPE-B adaptada culturalmente para o português falado no Brasil.

Versão final da escala SCOPE-B
1) Há algum espaço para lazer, esportes ou entretenimento em sua região? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não – por favor, vá para a pergunta 3 ( ) Não sei – por favor, vá para a pergunta 3
2) Você atualmente usa algum espaço para lazer, esportes ou entretenimento em sua região? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não
3) Como você se sente em relação às oportunidades que você tem *de* participar *das* atividades de lazer? (Circule uma opção) (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (nem insatisfeito, nem satisfeito) (5) Um pouco satisfeito (6) Satisfeito (7) Muito Satisfeito
4) De que formas (se existem) você gostaria de mudar suas oportunidades de lazer? Por favor, descreva.

Versão final da escala SCOPE-B
5) O que você acha sobre a disponibilidade dos grupos comunitários, clubes e organizações da sua região? (Assinale uma resposta) (1) Há muitas oportunidades (2) Há algumas boas oportunidades (3) Ambivalente (há e não há oportunidades) (4) Oportunidades são limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas
6) Nos últimos 12 meses, você deu ajuda NÃO REMUNERADA a alguém que não fosse um parente? Exemplos de ajuda não remunerada: fazer compras, realizar tarefas na rua para alguém, cuidar de crianças/animais de estimação/da casa (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não
7) Você votou nas *últimas* eleições? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não
8) Como você se sente em relação às oportunidades de participação nos grupos comunitários, clubes ou organizações disponíveis na sua região? (Circule uma opção) *(*1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (nem insatisfeito, nem satisfeito) (5) Um pouco satisfeito (6) Satisfeito (7) Muito Satisfeito
9) *Em que tipo de habitação você reside*?(Assinale uma resposta) **Uma casa:** ( ) independente (casa que não divide terreno) ( ) semi-independente (Casa que divide o mesmo terreno com outras casas) ( ) geminada (casa que divide parede com outra casa) **Apartamento ou cômodo que:** ( ) Está localizado em um condomínio ou conjunto habitacional ( ) Faz parte de uma casa dividida ou compartilhada (por exemplo: pensão e serviço residencial terapêutico) ( ) Está localizado em um prédio comercial (por exemplo: em um prédio de escritórios, hotel ou sobreloja) **Estrutura móvel ou temporária:** ( ) Trailer ou outra estrutura móvel ou temporária ( ) albergue ou abrigo ( ) em situação de rua
10) O que você acha das suas oportunidades de ter acesso a *cômodos adequados*? (Assinale uma resposta) (1) Há muitas oportunidades (2) Há boas oportunidades para alguns tipos de propriedade (3) Ambivalente (há e não há oportunidades) (4) Oportunidades são limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas
11) Como você se sente em relação às oportunidades de *cômodos adequados* que estão disponíveis? (Circule uma opção) (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (nem insatisfeito, nem satisfeito) (5) Um pouco satisfeito (6) Satisfeito (7) Muito Satisfeito
12) Quantos carros ou vans são de propriedade, ou disponíveis para o uso, de um ou mais membros da sua residência? Inclua quaisquer carros ou vans de empresas se disponíveis para uso pessoal. (Assinale uma resposta) ( ) Nenhum ( ) Um ( ) Dois ( ) Três ou mais (informar quantos)
13) Há quantos anos você *vive* nessa região?
14) O que você acha das oportunidades para conseguir trabalho adequado nesta região? (Assinale uma resposta) (1) Há muitas oportunidades (2) Há muitas oportunidades para alguns tipos de trabalho (3) Ambivalente (Há e não há oportunidades) (4) Oportunidades são consideravelmente limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas
15) Quais destas situações é atualmente mais aplicável a você? (Assinalar uma resposta) ( ) Autônomo – vá para a pergunta 16 ( ) Empregado remunerado (meio período ou período integral) – vá para a pergunta 16 ( ) Desempregado - vá para a pergunta 18 ( ) Aposentado de emprego remunerado - vá para a pergunta 18 ( ) Em licença-maternidade - vá para a pergunta 18 ( ) Cuidando da família ou da casa - vá para a pergunta 18 ( ) Estudante em tempo integral (na escola) - vá para a pergunta 18 ( ) Em afastamento por doença ou invalidez - vá para a pergunta 18 ( ) Outra situação (especificar)
Para quem trabalha 16) Como você se sente em relação às oportunidades de encontrar um emprego *adequado*? (Circule uma opção) (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (nem insatisfeito, nem satisfeito) (5) Um pouco satisfeito (6) Satisfeito (7) Muito Satisfeito

Versão final da escala SCOPE-B
17) Considerando os sete dias da semana terminando no domingo, quantas horas você trabalhou de fato no seu emprego principal? Escreva o número de horas a seguir e vá para a pergunta 19. _____
Para quem não trabalha 18) Como você se sente em relação às oportunidades de encontrar um emprego *adequado*? (Circule uma opção) (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (nem insatisfeito, nem satisfeito) (5) Um pouco satisfeito (6) Satisfeito (7) Muito Satisfeito
19) Qual é a sua principal fonte de renda? (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma fonte de renda ( ) Renda recebida, por ex., de emprego, investimentos, aluguel de imóveis ( ) Pensão do estado ou pensão de emprego anterior ( ) Benefícios do estado ( ) Outra fonte de renda (especificar) _____ ( ) Prefiro não informar
20) Qual é a sua renda *mensal* pessoal (sem desconto de impostos, se aplicável)? ( ) Sem rendimento ( ) Até ½ salário-mínimo ( ) Mais de ½ até 1 salário-mínimo ( ) Mais de 1 até 2 salários-mínimos ( ) Mais de 2 até 3 salários-mínimos ( ) Mais de 3 até 5 salários-mínimos ( ) Mais de 5 até 10 salários-mínimos ( ) Mais de 10 até 20 salários-mínimos ( ) Mais de 20 salários-mínimos ( ) Prefiro não informar
21) O que você acha das oportunidades de aumentar a sua renda pessoal? (Assinale uma resposta) (1) Há muitas oportunidades (2) Há algumas boas oportunidades (3) Ambivalente (Há e não há oportunidades) (4) Oportunidades são consideravelmente limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas
22) Se você precisasse de uma pequena quantia de dinheiro emprestado (por ex., para uma corrida de táxi), você conhece alguém que poderia fazer isso em uma semana? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não – vá para a pergunta 24
23) Se sim, essa pessoa provavelmente seria: (Assinale uma resposta) ( ) Parente próximo ( ) Parente distante ( ) Amigo ( ) Vizinho ( ) Colega ( ) Conhecido
24) No geral, como você se sente em relação às oportunidades disponíveis para garantir rendas adicionais? (Circule uma opção) (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (nem insatisfeito, nem satisfeito) (5) Um pouco satisfeito (6) Satisfeito (7) Muito Satisfeito
25) Geralmente, quão seguro ou inseguro você se sente vivendo na sua área?(Assinale uma resposta) ( ) Muito seguro ( ) Razoavelmente seguro ( ) Um pouco inseguro ( ) Muito inseguro
26) No último ano, você foi vítima de algum crime ou assalto? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não
27) Como você se sente em relação às oportunidades de viver com segurança na sua região? (Circule uma opção) (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (nem insatisfeito, nem satisfeito) (5) Um pouco satisfeito (6) Satisfeito (7) Muito Satisfeito
28) Qual *é a sua escolaridade*?(Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma () Ensino fundamental I (1° ao 5° ano) ( ) Ensino fundamental II (6° ao 9° ano) ( ) Ensino médio ( ) Curso técnico ( ) Graduação ( ) Outra (especifique)
29) Nos últimos 12 meses, você esteve ou está matriculado em algum curso educacional, em meio período ou período integral, para obter qualquer *grau de escolaridade*, mesmo que você não tiver completado? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não
30) O que você acha sobre a disponibilidade das oportunidades educacionais na sua região? (Assinale uma resposta)

Versão final da escala SCOPE-B
(1) Há muitas oportunidades (2) Há algumas boas oportunidades (3) Ambivalente (Há e não há oportunidades) (4) Oportunidades são consideravelmente limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas
31) Como você se sente em relação às oportunidades educacionais disponíveis para você? (Circule uma opção) (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (nem insatisfeito, nem satisfeito) (5) Um pouco satisfeito (6) Satisfeito (7) Muito Satisfeito
32) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você conversou ou teve uma consulta com um clínico geral ou médico da família para falar sobre a sua saúde física? (Não incluir visitas a hospitais) (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma visita ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não Sei
33) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você conversou ou teve uma consulta com um clínico geral ou médico da família para falar sobre a sua saúde mental? (Não incluir visitas a hospitais) (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma visita ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não Sei
34) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi a hospitais ou clínicas (como um paciente em consulta ou internado) devido a um problema de saúde física? (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma visita ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não Sei
35) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi a hospitais ou clínicas (como um paciente em consulta ou internado) devido a um problema de saúde mental? (Assinale uma resposta) ( ) Nenhuma visita ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não Sei
36) Como você se sente em relação às oportunidades de acesso a serviços de saúde para problemas de saúde física? (Circule uma resposta) (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (nem insatisfeito, nem satisfeito) (5) Um pouco satisfeito (6) Satisfeito (7) Muito Satisfeito
37) Como você se sente em relação às oportunidades de acesso a serviços de saúde para problemas de saúde mental? (Circule uma resposta) (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (nem insatisfeito, nem satisfeito) (5) Um pouco satisfeito (6) Satisfeito (7) Muito Satisfeito
38) Algum dos seus pais está vivo? (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não – vá para a pergunta 40
39) Com que frequência você entra em contato com seus pais? (Assinale uma resposta) ( ) Mais de uma vez por semana ( ) Uma vez por semana ( ) Uma vez por mês ( ) Várias vezes ao ano ( ) Uma vez por ano ou menos ( ) Nunca/quase nunca
40) Como você se sente em relação às oportunidades de contato com a sua família? (Circule uma opção) (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (nem insatisfeito, nem satisfeito) (5) Um pouco satisfeito (6) Satisfeito (7) Muito Satisfeito
41) Quantas pessoas você consideraria amigas?
42) Com que frequência você recebe amigos ou vizinhos na sua casa? (Assinale uma resposta) ( ) Todo os dias ( ) Várias vezes por semana ( ) Pelo menos uma vez por semana ( ) pelo menos uma vez a cada duas semanas ( ) pelo menos uma vez por mês ( ) Menos que uma vez por mês ( ) Nunca
43) Como você se sente sobre suas oportunidades de ter contato com seus amigos e vizinhos? (Circule uma opção) (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (nem insatisfeito, nem satisfeito) (5) Um pouco satisfeito (6) Satisfeito (7) Muito Satisfeito
44) Em geral, como você se sente sobre o seu nível de inclusão na sociedade? (Circule uma opção) (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (nem insatisfeito, nem satisfeito) (5) Um pouco satisfeito (6) Satisfeito (7) Muito Satisfeito
45) Sexo (Assinale uma resposta) ( ) Feminino ( ) Masculino
46) Qual a sua idade?
47) Como você se declara em relação sua raça/cor? ( ) Branco ( ) Preto ( ) Pardo ( ) Amarelo ( ) Indígena

Versão final da escala SCOPE-B
48) Você tem alguma doença prolongada, algum problema de saúde ou deficiência que limite as suas atividades diárias ou o seu trabalho? Incluir os problemas devido à idade avançada. (Assinale uma resposta) ( ) Sim ( ) Não

Fonte: Própria autora.

Por último, (Passo 6) o autor da escala, Dr. Peter Huxley, avaliou todos os passos anteriores com as autoras desta pesquisa, e concordou com a versão final obtida no procedimento descrito acima, além de autorizar validação de construto da mesma. Assim, obtivemos a versão do SCOPE-B pronta para ser aplicada nos outros usuários de CAPS do Município de São Paulo (Quadro 08). Optamos por manter a nomenclatura da escala como SCOPE-B, a fim de manter o padrão que está sendo utilizados para as demais versões adaptadas culturalmente e validadas em outros países, mesmo sendo denominada *Perfil das Oportunidades Comunitárias e Sociais*.

4.2. A validação e confiabilidade da escala SCOPE-B.

Para analisar as evidências de validade do construto e de confiabilidade da escala SCOPE-B, diferentes procedimentos estatísticos foram empregados em função dos objetivos desta pesquisa. Para avaliação do construto da estrutura interna da versão brasileira do SCOPE recorreu a utilização de dois procedimentos: Análise Fatorial Exploratória (AFE) e Análise Fatorial Confirmatória (AFC) para avaliação do modelo de medida inerente a escala. Para isso, a amostra total foi dividida em duas para estimativa dos diferentes procedimentos e, portanto, foram denominadas Amostra A (composta por 110 participantes: idade M= 43,25±10,234; Mín= 19 e Máx= 68; 56,4% do sexo masculino) utilizada na AFE e Amostra B (composta por 115 participantes: 45,64±12,413; Mín= 19 e Máx= 68; 60% do sexo feminino), utilizada na AFC. O tamanho da amostra foi estimado para garantir pelo menos **cinco** casos por item, em cada um dos procedimentos da validação (cinco casos por item para a AFE e outros cinco casos por item para a AFC).

Antes de confirmar o modelo da escala SCOPE-B, foi realizado a análise fatorial exploratória para analisar quantos fatores iríamos testar, pois pela teoria deveríamos ter oito domínios, mas poderia não funcionar para quando fossemos fazer a análise fatorial confirmatória por causa do número de itens, que devem conter mínimo de 2 itens por fator [(56)]. Assim, verificando tal dificuldade, optou-se por realizar a AFE.

O resultado da AFE da subescala com 12 itens apontou que deveríamos usar três fatores em vez de oito como previsto na teoria e apresentou KMO=0,726, Barlett = 246,452, df = 66 (p<0,001), % variância = 27,502 que explica a retenção de itens no primeiro fator, cujo método foi Análise de Principais Componentes (PCA) com Rotação Direct Oblimin, com amostra de 110 participantes (Amostra A), sendo significante para proceder com a análise. Veja a tabela abaixo, a qual demonstra como ficou a distribuição dos itens por fatores e suas respectivas cargas fatoriais.

Tabela 03: Solução da Análise Fatorial Exploratória da subescala Satisfação da escala SCOPE, São Paulo – SP, 2017.

Itens da Subescala Satisfação	Fator 1	Fator 2	Fator 3	α se item retirado	Comunalidade (h^2)
Q3) Laser	0,730			0,679	0,560
Q8) Participação	0,704			0,695	0,724
Q11) Habitação	0,560			0,682	0,778
Q27) Segurança	0,433			0,695	0,691
Q31) Educação	0,669			0,664	0,702
Q40) Contato familiar	0,599			0,669	0.673
Q43) Contato amigos e Vizinhos	0,531			0,673	0,576
Q44) Inclusão social	0,560			0,667	0,604
Q36) Acesso a Saúde Física		0,802		0,704	0,759
Q37) Acesso a Saúde Mental		0,796		0,714	0,753
Q18) Trabalho			0,717	0,713	0,807
Q24) Renda			0,779	0,742	0,760
Alfa por fator	0,767	0,685	0,609	-	-

A outra subescala, com cinco itens, denominada escala de oportunidades, apresentou KMO=0,710, Barlett = 54,220, df = 10 (p<0,001), % de Variância =40,436 que explica a retenção de itens em um único fator, cujo método foi o mesmo para a escala de satisfação, com amostra A e apresentou apenas um fator nomeado com o nome da subescala. Veja a Tabela 04.

Tabela 04: Solução da Análise Fatorial Exploratória da subescala Oportunidades Percebidas da escala SCOPE, São Paulo – SP, 2017.

Item da Subescala Oportunidade	Fator 1	α se item retirado	Comunalidade (h^2)
Q5) Participação	0,543	0,609	0,294
Q10) Habitação	0,576	0,589	0,332
Q14) Trabalho	0,721	0,529	0,520
Q20) Renda	0,599	0,591	0,359
Q30) Educação	0,718	0,537	0,516

O Alfa de Cronbach da versão do SCOPE-B apresentou uma boa consistência interna (α=0,756 para 12 itens) para a escala de satisfação e para a escala de oportunidades foi considerada moderada (α=0.626 para cinco itens) - o que significa que os itens da escala SCOPE-B se propõem a medir o mesmo construto geral. Esses resultados foram semelhantes ao da escala original.

O *Scree plot* (Figura 04) é um gráfico de linha dos autovalores (*Eigenvalues)* de fatores ou componentes principais em uma análise usado para determinar o número de fatores a serem retidos em uma análise de componentes principais (PCA) [56].

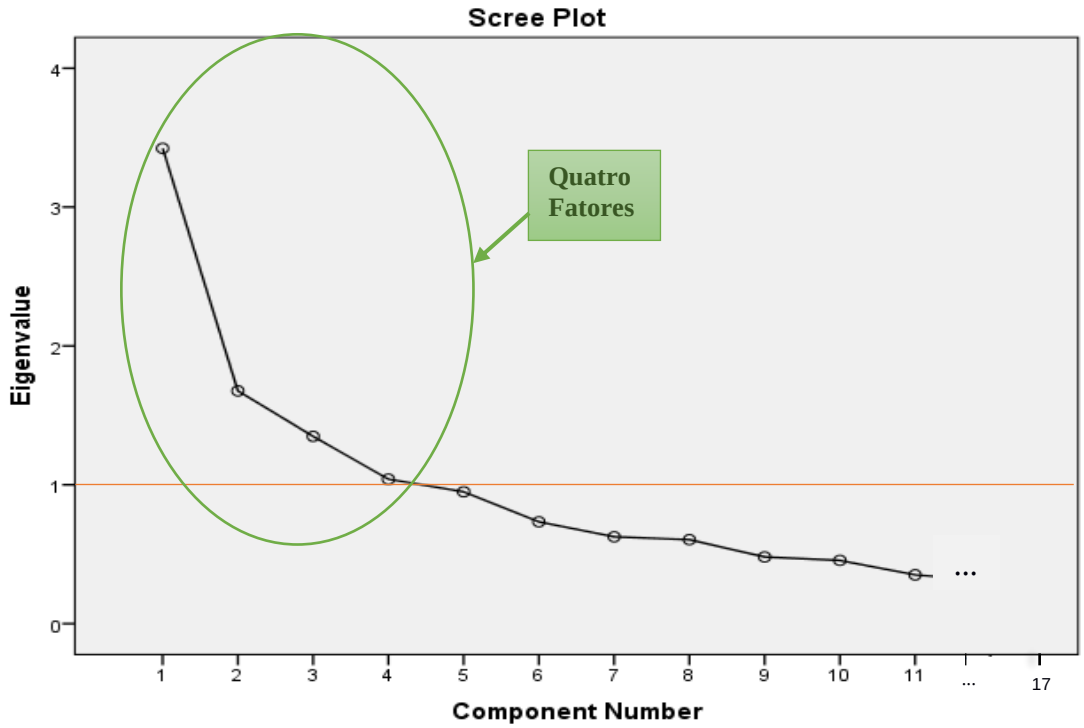


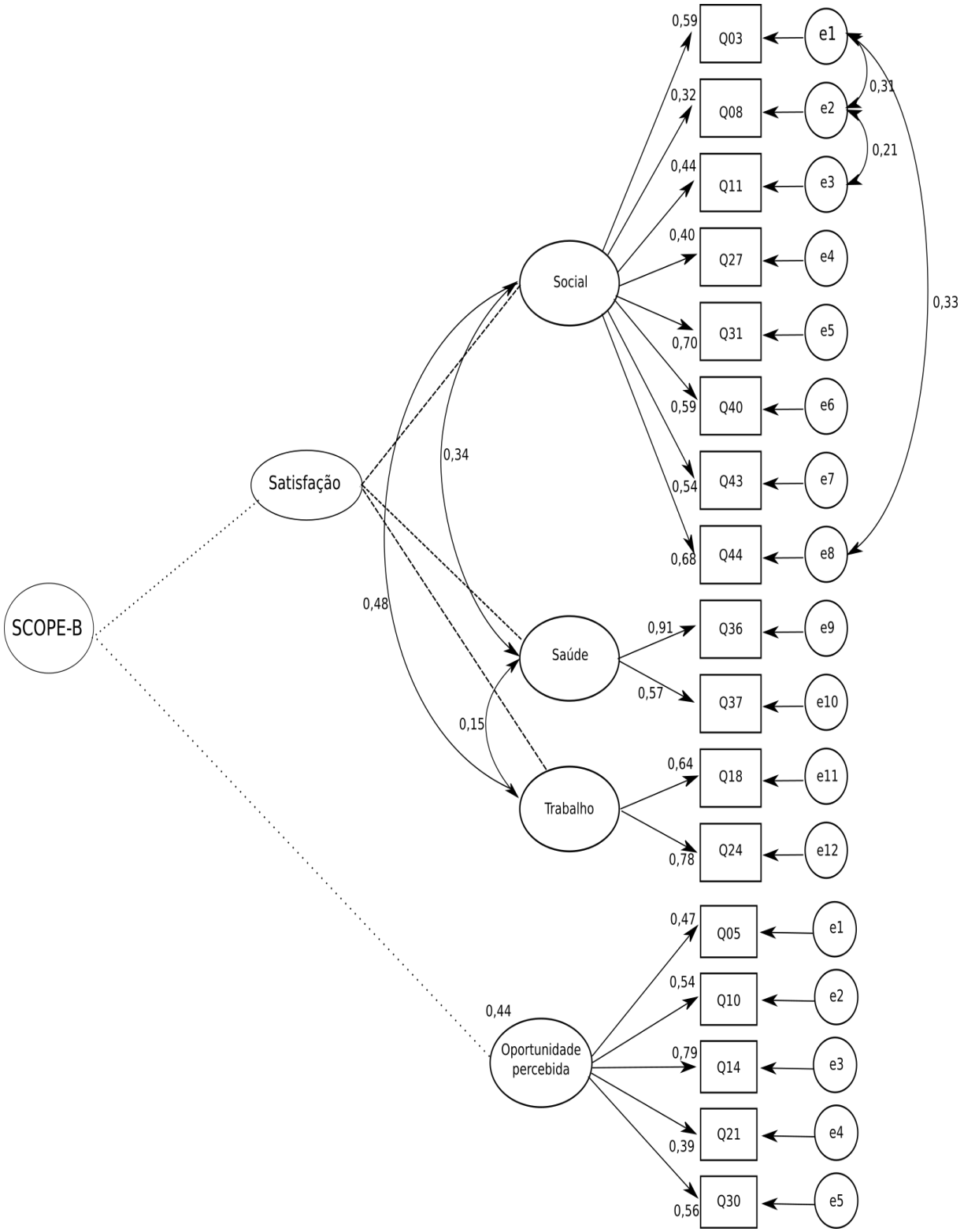
Figura 04: Solução de número de fatores para a escala SCOPE-B apresentada pelo *Scree plot.*

Junto a amostra B (115 participantes) foi testado a hipótese da estrutura fatorial da escala SCOPE-B gerada pela análise fatorial exploratória. Realizou-se a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) da escala SCOPE-B (17 itens) divididos em duas subescalas: a de satisfação e a de oportunidades percebida. Dessa maneira, o resultado da AFE sugeriu que se fizesse uma reorganização dos itens que contemplam as oito dimensões do construto inclusão social, isto é, a escala SCOPE-B passou a ter o total de quatro fatores. Assim sendo, a subescala de satisfação (12 itens) passou a ter três fatores, denominados: fator social, trabalho e Saúde; e a subescala de Oportunidades Percebidas (5 itens) é apresentada como unidimensional. A Figura 05 ilustra o modelo da Escala SCOPE-B referido acima.

Portanto, o modelo possui 17 itens, distribuídos em quatro fatores, sendo que os três primeiros fatores correspondem a subescala Satisfação e os cinco últimos itens, a subescala Oportunidade percebida. Todos fatores apresentaram carga fatorial satisfatória ($\lambda > 0{,}30$), indicando que o modelo é adequado.

Os parâmetros da AFC do modelo da subescala referente a satisfação de inclusão social, que contém 12 itens, foram $\chi 2 = 57.000$, df= 48 ($p < 0.001$), CFI= 0.967 e TLI= 0.954, RMSEA= 0.040 e NFI= 0.830. Já os parâmetros apresentados na AFC do modelo da subescala referente a oportunidades percebidas de inclusão social, a qual contém cinco itens, foram $\chi 2 = 5.819$, df= 5 ($p < 0.001$), CFI= 0.990 e TLI= 0.979, RMSEA= 0.038 e NFI= 0.926. Tais resultados, indicam que o modelo da escala SCOPE-B testado no presente estudo está ajustado e, portanto, o construto de Inclusão Social está validado para o Brasil.

Figura 05: Modelo final da escala SCOPE-B.



Significância (Sig.) p<0,001. N=115. *Legenda:* ***Subescala Satisfação*** *(Q03:Lazer, Q08: Participação, Q11: Habitação, Q18: Trabalho, Q24: Renda, Q27: Segurança, Q31: Educação, Q36: Acesso a Saúde Física, Q37: Acesso a Saúde Mental, Q40: Contato familiar, Q43: Contato amigos e vizinhos, e Q44: Inclusão Social) e* ***Subescala Oportunidades Percebidas*** *(Q05: Participação, Q10: Habitação, Q14: Trabalho, Q21: Renda e Q30: Educação).*

4.3. Análise descritiva da aplicação do questionário e caracterização da população do estudo.

Os resultados dessa etapa são apresentados da seguinte forma: a) caracterização dos participantes da pesquisa e b) análise das assertivas.

O questionário foi aplicado em 225 pessoas com transtorno mental, usuárias de 29 serviços comunitários de saúde mental – CAPS – das seis regiões do Município de São Paulo. A distribuição dos participantes por região e por tipo de CAPS estão descritas abaixo (Gráfico 01).

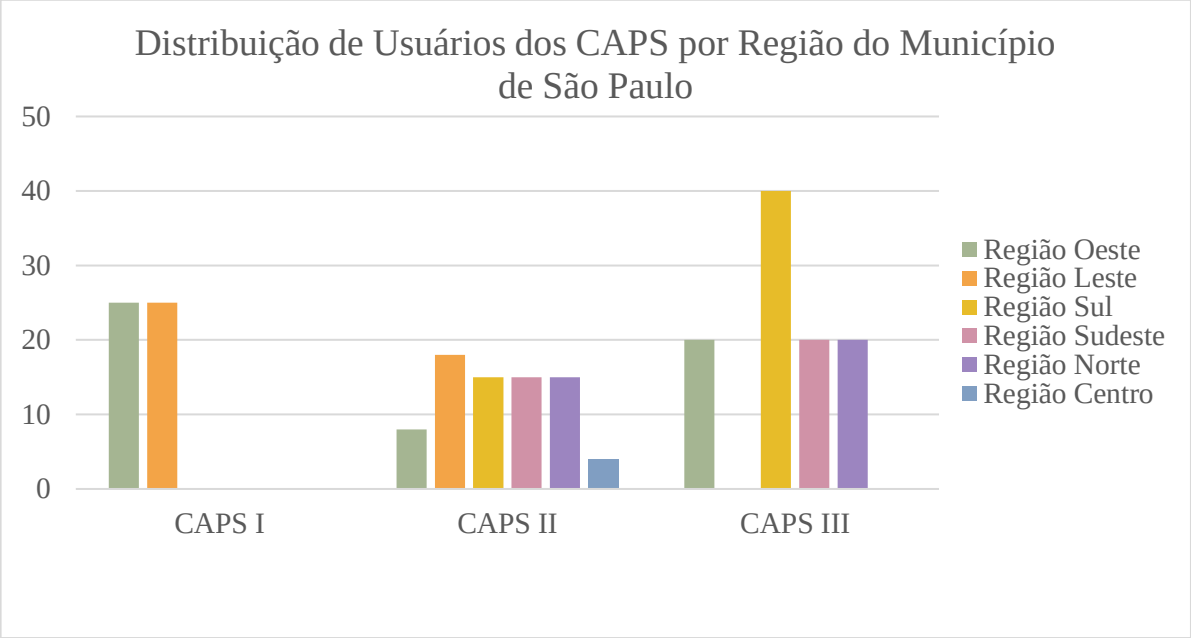


Gráfico 01: Distribuição dos participantes por região e por tipo de serviço comunitário de saúde mental Município de São Paulo – SP, período de dezembro de 2016 a abril de 2017.

Observa-se que, por região, a distribuição dos Tipos dos CAPS é desigual, faltando CAPS do tipo III nas regiões Leste e Centro e tendo CAPS do tipo I presente apenas nas regiões Oeste e Leste.

A caracterização dos participantes desse estudo está descrita na tabela a seguir.

Tabela 05: Caracterização dos participantes estudo, usuários de serviço comunitário de saúde mental, Município de São Paulo – SP, período de dezembro de 2016 a abril de 2017.

Variáveis	**Resultados (N=225)**
Idade (anos) – média (± DP)	44,57 (±11,428)
Sexo – n(%)	Masculino 108 (48) **Feminino 117 (52)**

Variáveis	**Resultados (N=225)**
Doença Crônica – n(%)	Sim 101 (44,9) **Não 124 (55,1)**
Situação Empregatícia – n(%)	Autônomo 24 (10,7) Empregado remunerado 14 (6,2) **Desempregado 77 (34,2)** Aposentado de emprego remunerado 29 (12,9) Em licença-maternidade 3 (1,3) Cuidando da família ou da casa 11(4,9) Estudante em tempo integral (na escola) 0 (0) Em afastamento por doença ou invalidez 67 (29,8)
Renda – n(%)	Sem rendimento 32 (14,2) **Até ½ salário-mínimo 62 (27,6)** Mais de ½ até 1 salário-mínimo 55 (24,4) Mais de 1 até 2 salários-mínimos 30 (13,3) Mais de 2 até 3 salários-mínimos 12 (5,3) Mais de 3 até 5 salários-mínimos 5 (2,2) Mais de 5 até 10 salários-mínimos 0 (0) Mais de 10 até 20 salários-mínimos 0 (0) Mais de 20 salários-mínimos 0 (0) Prefiro não informar 32 (14,2)
Fonte de Renda – n(%)	Nenhuma fonte de renda 60 (26,7) Renda recebida 35 (15,6) Pensão do estado ou de emprego anterior 27 (12) **Benefícios do estado 75 (33,3)** Outra fonte de renda 0 (0) Prefiro não informar 28(12,4)
Escolaridade – n(%)	Analfabeto 16 (7,1) Fundamental incompleto 43 (19,1) Fundamental completo 42 (18,7) **Ensino Médio completo 71 (31,6)** Curso Técnico 19 (8,4) Graduação 33 (14,7) Pós-Graduação 01 (0,4)
Matrículado em curso educaconal (nos últimos 12 meses) – n(%)	Sim 37 (16,7) **Não 188 (83,6)**
Raça/Cor – n(%)	**Branco 119 (52,9)** Preto 28 (12,4) Pardo 62 (27,6) Amarelo 06 (2,7) Indígena 10 (4,4)

Ainda em relação aos participantes do presente estudo, a Tabela 06 apresenta a distribuição das respostas por questão sobre caracterização do perfil dos mesmos.

Tabela 06: Frequência absoluta e porcentagem das respostas autorreferidas dos usuários de serviços comunitários de saúde mental relacionadas as questões de caracterização da escala SCOPE-B, Município de São Paulo – SP, período de dezembro de 2016 a abril de 2017.

Questões de caracterização (variáveis)	**Resultados**
1) Há algum espaço para lazer, esportes ou entretenimento em sua região?	**Sim 146(64,9)** Não 50(22,2) Não sabe 29(12,9)
2) Você atualmente usa algum espaço para lazer, esportes ou entretenimento em sua região? – n (%) N=146	Sim 69(47,3) **Não 77(52,7)**
4) De que formas (se existem) você gostaria de mudar suas oportunidades de lazer? – n(%) N=225	**Nada 87(38)** Parques, *playground*, quadras e praças 43(19,1) Fim do desrespeito e preconceito 32(14,2) Outros 63(28)
6) Nos últimos 12 meses, você deu ajuda NÃO REMUNERADA a alguém que não fosse um parente?– n(%) N=225	Sim 79(35,1) **Não 146(64,9)**
7) Você votou nas *últimas* eleições? – n(%) N=225	Sim **Não 72(32)**
9) *Em que tipo de habitação você reside*? – n(%) N=225	Casa independente 47 (20,9) Casa semi-independente 48(21,3) Casa geminada 43 (19,1) **Apartamento ou cômodo localizado em um condomínio ou conjunto habitacional 55(24,4)** Apartamento ou cômodo que faz parte de uma casa dividida ou compartilhada ou Serviço Residencial Terapêutico 17(7,6) Apartamento ou cômodo localizado em um prédio comercial 02(0,9) Trailer ou outra estrutura móvel ou temporária 0 Albergue ou abrigo 05(2,2) Em situação de rua 08 (3,6)
12) Quantos carros ou vans são de propriedade, ou disponíveis para o uso, de um ou mais membros da sua residência? Inclua quaisquer carros ou vans de empresas se disponíveis para uso pessoal.– n(%) N=225	**Nenhum 127 (56,4)** Um 78 (34,7) Dois 18 (8) Três ou mais 2 (0,9)
13) Há quantos anos você *vive* nessa região? – média (± DP) N=225	17,37 anos (±14,491)
17) Considerando os sete dias da semana terminando no domingo, quantas horas você trabalhou de fato no seu emprego principal? – média (± DP). N= 38	35,79 horas (±5,896)
22) Se você precisasse de uma pequena quantia de dinheiro emprestado (por ex., para uma corrida de táxi), você conhece alguém que poderia fazer isso em uma semana? – n (%) N=225	Sim 107(47,6) **Não 118(52,4)**
23) Se sim, essa pessoa provavelmente seria: – n(%) N=107	**Parente próximo 66 (29,3)** Parente distante 5 (2,2) Amigo 13(5,8) Vizinho 5 (2,2) Colega 5 (2,2) Conhecido 13(5,8)

Questões de caracterização (variáveis)	**Resultados**
25) Geralmente, quão seguro ou inseguro você se sente vivendo na sua área? – n(%) N=225	Muito seguro 0 (0) **Razoavelmente seguro 63(28)** Um pouco inseguro 104 (46,2 Muito inseguro 58(25,8)
26) No último ano, você foi vítima de algum crime ou assalto? – n(%) N=225	Sim 52 (23,1) **Não 173(76,9)**
29) Nos últimos 12 meses, você esteve ou está matriculado em algum curso educacional, em meio período ou período integral, para obter qualquer *grau de escolaridade*, mesmo que você não tiver completado? – n(%) N=225	Sim 79 (35,1) **Não 146 (64,9)**
32) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você conversou ou teve uma consulta com um clínico geral ou médico da família para falar sobre a sua saúde física? – n(%) N=225	Nenhuma visita 72 (32) Uma ou duas 75 (33,3) **Três ou mais 78 (34,7)** Não Sei 0
33) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você conversou ou teve uma consulta com um clínico geral ou médico da família para falar sobre a sua saúde mental? – n(%) N=225	**Nenhuma visita 97 (43,1)** Uma ou duas 69 (30,7) Três ou mais 59 (26,2) Não Sei 0
34) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi a hospitais ou clínicas (como um paciente em consulta ou internado) devido a um problema de saúde física? – n(%) N=225	**Nenhuma visita 113 (50,2)** Uma ou duas 76 (33,8) Três ou mais 33 (16) Não Sei 0
35) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi a hospitais ou clínicas (como um paciente em consulta ou internado) devido a um problema de saúde mental? – n(%) N=225	Nenhuma visita 105 (46,7) **Uma ou duas 74 (32,9)** **Três ou mais 46 (20,4)** Não Sei 0
38) Algum dos seus pais está vivo? – n(%) N=225	Sim 122 (54,2) **Não 124 (55,1)**
39) Com que frequência você entra em contato com seus pais? – n(%) N=122	**Mais de uma vez por semana 72 (59)** Uma vez por semana 24 (19,6) Entre 1 vez ao mês ou menos 26 (21,3) Nunca/quase nunca 0
41) Quantas pessoas você consideraria amigas? – n (%) N=225	**Não tem amigos 90 (40,9)** Um amigo 63 (28) Mais que 2 amigos 72 (32)
42) Com que frequência você recebe amigos ou vizinhos na sua casa? – n (%) N=225	Todo os dias 0 Várias vezes por semana 13 (5,8) Pelo menos uma vez por semana 24(10,7) Pelo menos uma vez a cada duas semanas 16(7,1) Pelo menos uma vez por mês 30(13,3) Menos que uma vez por mês 36 (16) **Nunca106 (47,1%)**

A escala SCOPE-B tem *score* máximo de 89 pontos, o qual indicaria total inclusão social em sua comunidade, e *score* mínimo de 37 pontos, que indica nenhuma inclusão social. Neste estudo, obteve-se *score* máximo de 81 pontos e mínimo de 40 pontos, sendo a média de 60,62 e DP±10,677.

As análises descritivas das respostas dos participantes são descritas abaixo, sendo que a Tabela 07 descreve a frequência absoluta e a porcentagem referente ao item de acordo com a opção de resposta dos participantes da escala SCOPE-B.

Tabela 07: Distribuição das respostas autorreferidas pelos usuários de serviço comunitário de saúde mental segundo cada item que compõe a escala SCOPE-B, Município de São Paulo – SP, período de dezembro de 2016 a abril de 2017.

Item	**Opções de respostas (N=225)**													
	1		**2**		**3**		**4**		**5**		**6**		**7**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Subescala de Satisfação														
Q3) Laser	19	8,4	53	23,6	20	8,9	37	16,4	27	12	54	24	15	6,7
Q8) Participação	43	19,1	51	22,7	21	9,3	33	14,7	22	9,8	46	20,4	9	4
Q11) Habitação	22	9,8	46	20,4	16	7,1	46	20,4	35	15,6	50	22,2	10	4,4
Q18) Trabalho	73	32,4	62	27,6	23	10,2	28	12,4	20	8,9	11	4,9	8	3,6
Q24) Renda	33	14,7	77	34,2	38	16,9	32	14,2	19	8,4	21	9,3	5	2,2
Q27) Segurança	39	17,3	43	19,1	42	18,7	20	8,9	33	14,7	34	15,1	14	6,2
Q31) Educação	34	15,1	65	28,9	32	14,2	36	16	13	5,8	34	15,1	11	4,9
Q36) Acesso a Saúde Física	22	9,8	40	17,8	30	13,3	19	8,4	46	20,4	58	25,8	10	4,4
Q37) Acesso a Saúde Mental	12	5,3	17	7,6	15	6,7	19	8,4	29	12,9	109	48,4	24	10,7
Q40) Contato familiar	37	16,4	34	15,1	12	5,3	32	14,2	37	16,4	52	23,1	21	9,3
Q43) Contato amigos e Vizinhos	25	11,1	46	20,4	25	11,1	46	20,4	27	12	44	19,6	12	5,3
Q44) Inclusão social	37	16,4	51	22,7	28	12,4	29	12,9	29	12,9	47	20,9	4	1,8
Subescala de Oportunidade Percebida*														
Q5) Participação	34	15,1	59	26,2	40	17,8	43	19,1	49	21,8	-	-	-	-
Q10) Habitação	43	19,1	79	35,1	49	21,8	26	11,6	28	12,4	-	-	-	-
Q14) Trabalho	15	6,7	43	19,1	23	10,2	67	29,8	77	34,2	-	-	-	-
Q20) Renda	13	5,8	31	13,8	48	21,3	67	29,8	66	29,3	-	-	-	-
Q30) Educação	28	12,4	60	26,7	47	20,9	48	21,3	42	18,7	-	-	-	-

Legenda: N: frequência absoluta, %: percentagem, 1: Muito insatisfeito, 2: Insatisfeito, 3:Um pouco insatisfeito, 4: Ambivalente (nem satisfeito, nem insatisfeito), 5: Um pouco satisfeito, 6: Satisfeito, 7: Muito satisfeito.
** score dos itens variam de 1 a 5 pontos, sendo: 5: Oportunidades são extremamente restritas, 4: Oportunidades são consideravelmente limitadas, 3: Ambivalente (Há e não há oportunidades), 2: Há algumas boas oportunidades e 1: Há muitas oportunidades*

Observa-se que a opção muito satisfeito (opção 7) obteve menos de 4% entre as respostas dos participantes as questões 08, 18, 24 e 44. No entanto, a opção 1 (Muito insatisfeito), questão 18, foi a mais assinalada (32,4%) entre os participantes. Quando se compara com as demais opções, vemos as seguintes questões 24 e 37 com concentração de respostas acima de 30% nas respectivas opções 2 (insatisfeito) e 6 (satisfeito).

Na questão 14 (Trabalho), observa-se que a opção "as oportunidades são extremamente restritas" (opção 5) obteve 34,2% entre as opções de escolha dos participantes. Assim como, na questão 10 (Habitação), a opção 2 "Há boas oportunidades" também apresentou índices acima de 35%. No entanto, na questão 20 (Renda) e questão 14, a opção 1 "há Muitas Oportunidades" obteve, respectivamente, 5,8% e 6,7% entre as opções de escolha dos participantes.

Tabela 08: Distribuição das Médias das respostas autorreferidas pelos usuários de serviço comunitário de saúde mental por item da escala SCOPE-B segundo as variáveis sexo, doença crônica, raça/cor, região e Tipo de CAPS dos participantes estudo, Município de São Paulo – SP, período de dezembro de 2016 a abril de 2017.

Item	Variáveis																		
	Sexo		Doença Crônica		Raça/Cor declarada					Região do Município de São Paulo						Tipo de CAPS			Total
	F	M	Sim	Não	B	P	Pa	A	I	S	Sd	N	O	L	C	I	II	III	
Q03	4,09	3,88	2,94	3,61	4,24	4	3,61	4,67	3,5	4,6	3,66	3,69	3,89	3.79	4,5	3,40	4,21	4,11	3,99
Q05	3,27	2,83	3,22	2,94	3,13	2,68	3,08	2,67	3,5	3,05	3,49	3,11	2,98	2,88	2	2,94	2,97	3,19	3,06
Q08	3,35	3,68	3,43	3,57	3,86	3,46	2,85	4,67	2,8	3,87	3,17	3,46	3,43	3,49	3	2,98	3,8	3,55	3,51
Q10	2,74	2,51	2,78	2,51	2,49	2,61	2,9	2	3,1	2,55	2,89	2,57	2,55	2,77	1,75	2,72	2,48	2,7	2,63
Q11	4,03	3,88	4,01	3,92	4,29	3,71	3,63	5,33	2	3,95	4,00	3,97	4,08	3,93	2,5	3,84	4,04	3,96	3,96
Q14	3,61	3,71	3,64	3,67	3,5	3,57	3,92	3,33	4,3	3,96	4,11	3,6	3,30	3,51	2,25	3,22	3,76	3,8	3,66
Q18	2,93	2,38	2,74	2,6	2,78	2,36	2,61	4	1,70	2,75	2,37	2,71	2,81	2,60	2,5	2,44	2,99	2,54	2,67
Q21	3,66	3,6	3,43	3,8	3,55	3,93	3,56	3,67	4,1	3,75	3,66	3,46	3,49	3,81	3,25	3,78	3,43	3,71	3,63
Q24	3,03	3,06	3,21	2,91	3,09	2,71	3,11	4	2,4	3,33	2,77	3,17	3,06	2,84	2,5	2,66	3,36	3	3,04
Q27	3,68	3,41	3,41	3,66	3,49	3,57	3,84	3,67	2,3	4,13	3,77	3,34	3,13	3,26	4	3,18	3,8	3,54	3,55
Q30	3,14	3	3,01	3,12	3,17	2,89	2,95	3	3,2	3,33	3,51	3,03	2,85	2,77	2,25	2,86	2,99	3,24	3,07
Q31	3,34	3,32	3,5	3,19	3,64	3,36	2,9	4,33	1,7	4,20	2,91	3,2	3,08	2,95	3,75	2,5	3,65	3,51	3,33
Q36	3,84	4,32	3,87	4,23	3,88	3,82	4,79	4,33	2,4	4,18	3,80	3,57	4,06	4,49	5	4,84	3,71	3,96	4,07
Q37	4,74	5,37	4,85	5,19	5,02	4,82	5,35	5,33	3,8	4,98	5,03	4,77	4,94	5,42	5,5	5,52	4,73	5,03	5,04
Q40	4,08	4,04	3,88	4,2	4,28	3,89	3,77	4,33	3,5	4,91	3,63	3,71	3,6	4,16	4	3.76	3,99	4,26	4,06
Q43	4,05	3,56	3,79	3,84	3,95	3,57	3,74	4,67	2,9	4,44	3,23	3,86	3,57	3,79	3,75	3,68	3,79	3,91	3,82
Q44	3,43	3,64	3,5	3,55	3,72	3,54	3,19	5,67	2	3,33	3,46	3,94	3,68	3,35	3,25	3,38	3,72	3,46	3,53
Total	3,59	3,54	3,48	3,56	3,65	3,44	3,52	4,1	2,89	3,84	3,5	3,48	3,44	3,3	3,28	3,17	3,61	3,62	3,57

Legenda: Q03(Satisfação):Lazer, Q05(Oportunidade) e Q08 (Satisfação): Participação, Q10 (Oportunidade) e Q11(Satisfação): Habitação, Q14 (Oportunidade) e Q18 (Satisfação): Trabalho, Q21 (Oportunidade) e Q24 (Satisfação): Renda, Q27 (Satisfação): Segurança, Q30 (Oportunidade) e Q31(Satisfação): Educação, Q36 (Satisfação): Acesso a Saúde Física, Q37(Satisfação): Acesso a Saúde Mental, Q40 (Satisfação): Contato familiar, Q43 (Satisfação): Contato amigos e vizinhos, Q44 (Satisfação): Inclusão Social, F: feminino, M: masculino, B: branco, P: preto, Pa: pardo, A: amarelo, I: indígena, S: sul, Sd: sudeste, N: norte, O: oeste e L: leste. N=225.

Ao comparar as médias das respostas de cada item da escala SCOPE-B relacionando com as variáveis sexo, doença crônica, Raça/cor, tipo de CAPS e Região, destacou-se que a média total mais baixa está entre os participantes que se declararam indígenas, seguido daqueles

que se declararam pretos e a maior entre aqueles que se declararam amarelos. Outra média baixa está reacionada ao item Q10 da subescala de Oportunidade Percebida, que obteve média total de 2,63 seguido do item Q18 da subescala de Satisfação cuja média total foi de 2,67. As maiores médias totais foram dos itens Q36, Q37 e Q40 da subescala de satisfação (Tabela 08).

Ainda sobre a Tabela 08, observou-se que a média total das respostas dadas pelos participantes do sexo feminino são ligeiramente mais alta que a do sexo masculino. O mesmo aconteceu entre quem possuía ou não doença crônica, sendo a média total da pessoa que não tinha doença crônica era um pouco maior que os que possuem. Ao comparar as médias totais por região, observou-se que a pior média se encontra para região Centro e a maior para a região Sul. Verificou-se, também, médias totais semelhantes entre os CAPS tipo II e III e menor média para o CAPS do tipo I.

Foi realizado o teste Qui Quadrado para analisar as variáveis nominais dicotômicas da subescala satisfação. Assim, associou-se cada item com a variável sexo e doença crônica para verificar diferenças significantes. Tais observações, estão em destaque na Tabela 09.

Tabela 09: Resultados do teste de qui-quadrado entre os itens da escala SCOPE-B e variáveis sexo e doença crônica, Município de São Paulo – SP, período de dezembro de 2016 a abril de 2017.

Items	Sexo		Doença Crônica	
	X^2	Sig.	X^2	Sig.
Q3) Laser	**17,557**	**.007**	**18.965**	**.004**
Q8) Participação	**12.897**	**.045**	**22.127**	**.001**
Q11) Habitação	**16.437**	**.012**	**15.483**	**.017**
Q18) Trabalho	**33.044**	**.000**	6.333	.387
Q24) Renda	**24.963**	**.000**	7.558	.272
Q27) Segurança	5.822	.443	8.667	.193
Q31) Educação	**18.736**	**.005**	10.233	.115
Q36) Acesso a Saúde Física	6.547	.365	6.748	.345
Q37) Acesso a Saúde Mental	**14.887**	**.021**	10.233	.102
Q40) Contato familiar	9.869	.130	7.634	.266
Q43) Contato amigos e Vizinhos	12.011	.062	4.356	.629
Q44) Inclusão social	8.787	.186	**16.113**	**.013**

Significância (Sig.) p<0,05. N=225.

Outro teste utilizado para comparar as médias de mais de dois grupos de variáveis nominais, foi o ANOVA *One-way*. Dessa maneira, foi realizado a análise de variância em que se comparou as médias de todas as variáveis ordinais com os itens da subescala de satisfação

da escala SCOPE-B. Verificou-se que há diferenças significativas entre os itens sublinhados e as variáveis CAPS, Nível educacional, Raça/cor e Renda, veja a Tabela 10.

Tabela 10: Resultados da comparação entre as médias das respostas autorreferidas dos participantes estudo, usuários de serviço comunitário de saúde mental, Município de São Paulo – SP, período de dezembro de 2016 a abril de 2017.

Item	CAPS				Nível educacional				Raça/Cor				Renda			
	F	**Sig.**	**Welch**	**Sig.**	**F**	**Sig.**	**Welch**	**Sig.**	**F**	**Sig.**	**Welch**	**Sig.**	**F**	**Sig.**	**Welch**	**Sig.**
Q03	**3.305**	**.038**	**3.334**	**.039**	**8.096**	**.000**	**16.122**	**.000**	**2.456**	**.047**	**4.645**	**.006**	**3.458**	**.003**	**3.781**	**.005**
Q08	2.704	.065	3.077	.050	**2.559**	**.028**	**2.673**	**.029**	**3.764**	**.006**	**4.666**	**.006**	**2.853**	**.011**	**2.816**	**.023**
Q11	.185	.832	.255	.776	**3.438**	**.005**	**3.245**	**.011**	**5.977**	**.000**	**16.678**	**.000**	.857	.527	1.477	.207
Q18	1.078	.342	.990	.374	**4.300**	**.001**	**4.721**	**.001**	**2.568**	**.039**	**6.485**	**.001**	**7.523**	**.000**	**6.347**	**.000**
Q24	**2.909**	**.056**	**3.900**	**.022**	**2.645**	**.024**	**2.563**	**.034**	1.273	.281	2.083	.112	1.453	.196	1.221	.316
Q27	1.597	.205	1.973	.143	1.048	.390	.934	.464	**1.482**	**.209**	**4.062**	**.011**	**3.020**	**.007**	**11.975**	**.000**
Q31	**7.214**	**.001**	**12.976**	**.000**	**3.473**	**.005**	**13.823**	**.000**	**4.400**	**.002**	**9.057**	**.000**	**3.226**	**.005**	**2.816**	**.020**
Q36	**6.335**	**.002**	**8.649**	**.000**	**4.210**	**.001**	**7.804**	**.000**	**5.304**	**.000**	**6.774**	**.001**	**1.172**	**.322**	**5.519**	**.000**
Q37	**3.381**	**.338**	**4.199**	**.017**	**5.621**	**.000**	**15.031**	**.000**	2.130	.078	1.461	.239	1.456	.195	1.306	.278
Q40	**1.091**	**.036**	1.219	.299	**2.941**	**.014**	**2.558**	**.035**	.921	.453	1.097	.379	**4.411**	**.000**	**5.726**	**.000**
Q43	.232	.754	.342	.711	1.639	.151	1.604	.170	1.287	.276	1.758	.169	**1.395**	**.218**	**7.386**	**.000**
Q44	.628	.535	.632	.533	**2.371**	**.040**	**2.347**	**.049**	**4.850**	**.001**	**25.611**	**.000**	**4.770**	**.000**	**4.734**	**.001**

Significância (Sig.) p<0,05. N=225. *Legenda: Q03:Lazer, Q08: Participação, Q11: Habitação, Q18: Trabalho, Q24: Renda, Q27: Segurança, Q31: Educação, Q36: Acesso a Saúde Física, Q37: Acesso a Saúde Mental, Q40: Contato familiar, Q43: Contato amigos e vizinhos, e Q44: Inclusão Social.*

O maior destaque foi para as variáveis Nível educacional, Raça/cor e Renda, que quando cruzadas com a questão 44 (Inclusão social), demonstraram significância – indicando diferenças na inclusão social dos participantes do estudo causadas pelas três variáveis citadas acima.

5. DISCUSSÃO

5.1. Adaptação cultural do instrumento SCOPE-B.

Realizou-se um rigoroso processo de adaptação cultural e as etapas foram cumpridas de acordo com o modelo proposto por Beaton [75,86], o qual considerou que a simples tradução não pode ser efetuada sem ponderar os aspectos técnicos, linguísticos e semânticos, devido às diferenças culturais e de linguagem [55]. Portanto, é um processo complexo em que foi necessário comprovar as evidências de manutenção de conteúdo do questionário original e das propriedades psicométricas do mesmo para o contexto e língua falada no Brasil [92].

A primeira etapa da adaptação cultural do questionário correspondeu à tradução do questionário para o português, o consenso da literatura na área sugere que a presença de dois tradutores bilíngues, tanto na tradução quanto na retrotradução, foram necessários para a realização desse processo [75,92]. A tradução gerou duas versões, dessas a realização da síntese pelas pesquisadoras e as duas retrotraduções, culminando em uma nova síntese com a versão 1 da escala SCOPE-B a ser submetida aos juízes.

A validação de conteúdo foi realizada pelo grupo de oito especialistas multidisciplinares e teve a participação dos tradutores e retrotradutores envolvidos no processo, totalizando 12 juízes. Este número está de acordo com a recomendação preconizada para o comitê de especialistas [55].

A participação dos tradutores, dos retrotradutores e de usuários, no grupo de especialistas, enriqueceu as discussões contribuindo para dirimir as dúvidas de tradução durante a reunião, bem como a presença dos profissionais de saúde com experiência em pesquisa em saúde mental e nos serviços comunitários de Saúde mental, assim como conhecimento em língua portuguesa e acerca do construto avaliado nesse instrumento: a inclusão social de pessoas com transtorno mental. Os juízes participantes eram, em sua maioria, do estado de São Paulo, porém foram orientados para que o questionário abarcasse diferenças culturais das demais regiões do país. Estes aspectos foram fundamentais para a análise das equivalências propostas.

A análise da avaliação das equivalências pelos especialistas, envolveu procedimentos qualitativos e quantitativos. Dessa forma, a tabulação das respostas dos juízes em uma planilha eletrônica proporcionou a visualização de todas as etapas do processo de tradução, ofereceu aos participantes agilidade na avaliação dos itens e suas observações, facilitando a análise

quantitativa das respostas – o cálculo do IVC –, consequentemente a validação do conteúdo do instrumento SCOPE-B.

No instrumento avaliado pelos juízes, todos os itens obtiveram consenso, sendo sugerido apenas pequenas modificações em relações a palavras que foram agrupados em um relatório, o qual foi apresentado e discutido por ocasião da reunião presencial e *on-line*, com os especialistas. Cabe destacar que as sugestões foram referentes à ordem da composição das assertivas, pontuação e gramática. A construção do consenso pelo grupo em torno de cada item debatido enriqueceu a análise contribuindo para a qualidade da versão brasileira do questionário.

Entre os itens que não obtiveram consenso e que envolveram maiores divergências, destacou a pergunta nove do questionário relacionado ao tipo de moradia que a pessoa com transtorno mental vivia em seu cotidiano. Ressalta-se que, no contexto original do instrumento, o conceito sobre tipo de moradia e como denominá-la são diferentes ao que usamos no Brasil. A exemplo disso, o termo traduzido como uma casa convertida, tipo de moradia que foi criada a partir da divisão de grandes galpões antigos e/ou abandonados, não é comum no Brasil e, muito menos, prevista na classificação do IBGE, mas há similaridade com casa tipo pensão ou serviço residencial terapêutico, sendo substituído por essas últimas opções.

O comitê de especialistas deve assegurar a equivalência semântica, idiomática, conceitual e experimental da escala em processo de adaptação [(55)]. Nesse sentido, a avaliação do comitê de especialistas permitiu analisar de forma rigorosa as quatro equivalências citadas acima, garantindo que a versão final da escala SCOPE-B fosse compreensível e culturalmente adaptada para o contexto brasileiro e, sobretudo, para o português falado no Brasil.

A versão produzida pelo consenso dos especialistas foi aplicada no pré-teste nas pessoas com transtornos mentais usuárias de CAPS adulto do Município de São Paulo. O pré-teste é importante na operacionalização da adaptação transcultural de um questionário, em que a versão síntese é aplicada a um grupo de indivíduos-alvo, visando a avaliação da compreensão dos itens do instrumento traduzido e sua aceitabilidade. Esse momento é da comprovação final da validação de face [(85,95)].

Neste estudo o pré-teste foi empregado como um dos aspectos de avaliação operacional do instrumento e os resultados demonstraram que os itens foram totalmente compreendidos pelos participantes, refletindo o rigor metodológico e a qualidade do processo de adaptação cultural do questionário. Essa etapa mostrou não haver necessidade de exclusão de itens.

Mediante o relato dos participantes, apenas ocorreram alterações relativas a explicação do significado, entre parênteses, da palavra “ambivalente”.

Tanto o instrumento original como a versão brasileira são compostos por quatro páginas. Apenas três participantes no pré-teste manifestaram a observação de que o questionário era extenso. Porém, como a média do tempo de preenchimento está de acordo com o guia de orientação dos autores para a aplicação do questionário [47], optou-se por manter a formatação e todos os itens do instrumento original, preservando todas as dimensões do instrumento original.

Dessa maneira, a versão final da tradução e adaptação cultural do SCOPE-B produziu um instrumento brasileiro equivalente ao original, culturalmente adaptado, destinado a mensurar a inclusão social das pessoas com transtorno mental, usuárias de CAPS Adulto, que foi submetida e aprovada pelos autores do instrumento original.

Para além da tradução e da adaptação cultural, a literatura ressalta a importância da validade e da confiabilidade na avaliação de instrumentos, na área de ciências sociais, especialmente aqueles que avaliam percepções e atitudes [55], como é o caso do SCOPE-B. Assim, após todo o processo de adaptação cultural foi necessário avaliar as propriedades psicométricas do questionário em português para validar seu emprego no contexto brasileiro. A validação de construto ocorreu pela análise fatorial exploratória, seguida da análise fatorial confirmatória e a confiabilidade mensurada por meio do alfa de Cronbach.

5.2. Análise psicométrica do instrumento SCOPE-B.

Conforme mencionado anteriormente, avaliou-se a estrutura interna do instrumento por meio da AFE e AFC. Para tanto, foram utilizados diferentes procedimentos estatísticos que garantissem a adequação das estimativas realizadas. Nesta direção, recorreu-se a matrizes de correlação policóricas devido a adequação deste procedimento para avaliação de variáveis latentes (fatores) estimados a partir de variáveis ordinais, ou seja, escala do tipo Likert como no presente estudo [121] , para isso foi utilizado um pacote a fim de complementar o software SPSS.

O mesmo raciocínio foi empregado ao utilizar diferentes critérios para a definição do número de fatores, visto que a literatura especializada já tem dado importantes passos ao descrever as forças e fragilidades de cada um desses critérios. Dessa maneira, ao utilizar diferentes critérios associados à interpretação teórica dos fatores, a principal ferramenta de

verificação da adequação da solução fatorial, é possível eliminar os riscos de subestimar ou superestimar o número de fatores [122].

Dessa forma, foi realizado a PCA com rotação Direct Oblimin para identificar o número de fatores, resultando em três fatores para a subescala de satisfação e um fator para a subescala de oportunidades percebidas. Isso ocorreu, porque, para confirmar o modelo não se poderia utilizar um item para cada fator, mas, pelo menos, dois deles para definir um fator [56]. Por esse motivo foi realizado a AFE no presente estudo. Como resultado desse procedimento, não houve exclusão de itens considerando os valores do alfa de Cronbach, pois, segundo a literatura, não há justificativa consistente para a exclusão, especialmente, quando os itens apresentam cargas fatoriais favoráveis acima de 0,40 [56].

Todavia, o conhecimento da estrutura interna seja uma das principais propriedades psicométricas de um instrumento de mensuração, faz-se necessário que estas evidências sejam acompanhadas de outra importante propriedade, a precisão, pois as dimensões de um teste devem ser precisas na medição do construto avaliado[93]. Dessa maneira, os resultados obtidos por meio do coeficiente alfa de Cronbach demostraram boas evidências de precisão do SCOPE-B frente a população alvo, visto que estes variaram de 0,609 a 0,767 entre os fatores da subescala de satisfação. Assim o alfa de Cronbach total é 0,756 para a subescala de satisfação e 0,626 para a subescala de Oportunidades Percebidas, respondendo de forma satisfatória a precisão SCOPE-B, já que valores superiores a 0,6 podem ser considerados como indicadores de precisão de uma escala [56]. Não foi considerada como estratégia excluir itens importantes no subconjunto para aumentar o alfa de Cronbach, levando em conta que essa estratégia pode reduzir tanto a validade quanto a confiabilidade do instrumento [123,124] como pode ser visto na coluna, das tabelas 07 e 08, referente ao valor de alfa se item retirado. E ainda, quando se têm cargas fatoriais dos itens moderadas ou altas, os resultados desfavoráveis obtidos no coeficiente alfa de Cronbach não são preocupantes [124].

Além disso, estes resultados estão semelhantes com aqueles observados pelos pesquisadores que avaliaram versões do instrumento em diferentes culturas [78,80], bem como os resultados encontrados pelo autor da escala original [47].

Assim, os resultados da AFE indicaram que uma solução fatorial composta por quatro fatores se mostrou adequada. Os mesmos, alinhados às pesquisas realizadas internacionalmente, conferem as primeiras evidências de validade com base na estrutura interna do SCOPE-B para a população atendida por CAPS adulto do Município de São Paulo. No entanto, conforme

descrito no método dessa pesquisa, a estrutura interna estimada pela *AFE* foi submetida a uma segunda avaliação por meio da *AFC* junto uma segunda amostra (amostra B) [94].

As mudanças sugeridas pela AFC foram feitas de modo que o modelo teórico do SCOPE-B não fosse violado [56]. Dessa maneira, os resultados obtidos por meio da *AFC* junto à amostra confirmaram adequação da solução fatorial composta por quatro domínios. Contudo, os indicadores desta adequação foram alcançados a partir da inserção de um novo parâmetro no modelo de medida, uma correlação entre os itens Q03 e Q08, Q08 e Q11, bem como entre os itens Q03 e Q44, os quais compõem o fator Social. A realização deste procedimento foi pautada no fato dos itens pertencerem ao mesmo domínio e pela semelhança no conteúdo dos mesmos [125]. Desta forma, pôde-se inferir que os resultados obtidos asseguram novas evidências com base na estrutura interna para o SCOPE-B, frente à população de usuários de CAPS adulto do Município de São Paulo, posto que a solução fatorial estimada se adéqua aos dados observados junto a amostra B.

O primeiro fator da subescala de satisfação foi denominado como Fator Social, o qual tem oito itens da escala original referentes ao Lazer (Q03), Participação social (Q08), Habitação (Q11), Segurança (Q27), Educação (Q31), Contato familiar (Q40), Contato com amigos e vizinhos (Q43) e inclusão social (Q44). Esses itens estão relacionados a dois eixos da Reabilitação Psicossocial (Moradia e Rede social), sendo congruente com a realidade brasileira. O segundo fator da subescala de satisfação é o Fator Saúde, o qual possui dois itens na escala original referentes ao acesso a serviços para o cuidado da saúde física (Q36) e saúde mental (Q37), os quais estão intimamente ligados a proposta da Política Nacional de Saúde Mental, a qual visa o atendimento em uma rede de cuidado construída no território. O Terceiro fator é o Fator Trabalho, o qual detém dois itens da escala original: Trabalho (Q18) e Renda (Q24), que são base para o processo de inclusão social e de reabilitação psicossocial, sendo inclusive um eixo desse último processo. Já a subescala Oportunidades Percebidas, é unifatorial e possui cinco itens da escala original, que são: Oportunidade de Participação (Q05), Oportunidade de moradia (Q10), Oportunidade de Trabalho (Q14), Oportunidade de aumentar Renda (Q21) e Oportunidade de Educação (Q30), correspondendo, assim, ao quarto e último fator da escala SCOPE-B e à teoria da inclusão social adotada no presente estudo.

Todas as cargas fatoriais foram estatisticamente significativas e significantes. Assim, a variância dos itens da versão brasileira do SCOPE-B é explicada de forma adequada pelo fator latente, o que significa que a variância explicada pela carga fatorial é maior que a variância de

erro [56]. Apesar de alfa ser próximo do mínimo aceitável, o modelo teórico proposto não foi rejeitado pelos testes de adequação (TLI, CFI e RMSEA).

Assim, neste estudo, os resultados obtidos pela AFE e AFC são diferentes dos encontrados nos estudos com versões da SCOPE-B na língua inglesa [47] e em outras culturas [78,80] que apontam para oito domínios. No entanto, os resultados da AFC demonstraram ter um bom ajustamento [56] para a hipótese da solução de quatro fatores. Não se confirmou a solução proposta na versão original [47], mas houve uma reorganização dos itens da versão original em quatro fatores, o qual confirmou uma nova estrutura mais coerente com as diretrizes da política nacional de saúde mental e de reabilitação psicossocial, bem como é similar ao modelo de inclusão social proposto.

Portanto, a versão brasileira do SCOPE-B é válida e confiável para mensurar inclusão social dos usuários de CAPS, apresentando-se como uma possível ferramenta para compor estudos de avaliação e monitoramento da qualidade da assistência em CAPS. Entretanto, o instrumento ainda pode ser aprimorado de modo a potencializar sua significância prática e estatística, pois o procedimento de refinamento dos itens não foi realizado, devendo ser explorado em estudos futuros.

5.3. Caracterização dos participantes e perfil das respostas obtidas com o questionário.

Para a validação da versão traduzida e adaptada do questionário SCOPE-B, este foi aplicado em 29 CAPS adulto do Município de São Paulo, cuja amostra foi de 225 participantes de ambos os sexos.

Em relação aos serviços comunitários de saúde mental, os CAPS, pôde-se observar que a distribuição dessas instituições por região são desiguais, não tendo boa cobertura, pois precisaria implantar, além dos serviços já existentes – transformando-os em CAPS tipo III –, o mínimo de 109 CAPS adultos do tipo III para regularizar o número de serviços necessários para o território paulistano com o que é preconizado na portaria 336 de 2002 do Ministério da Saúde do Brasil, bem como a contratação de mais recursos humanos qualificados para essa regularização.

O perfil desses participantes foi semelhante aos achados na literatura nacional e internacional sobre as pessoas com transtorno mental. Assim, verificou-se que as mulheres são quem procuram mais por serviços comunitários em saúde mental que os homens, resultados

esses semelhantes a estudos epidemiológicos sobre outros serviços de saúde [96,97]. O fato da maioria dos participantes se declararem branco é devido a uma peculiaridade dos estados do Sul e parte do Sudeste do país, em destaque para São Paulo, onde se encontra a maior concentração de pessoas que se declaram brancas comparado com as demais regiões do Brasil, por ser o local que acolheu a maior parte dos imigrantes Europeus no século XX.

Em relação a escolaridade, compreende-se que houve melhora do acesso à nível médio de instrução e ensino superior, graças às políticas públicas de universalização do acesso à educação entre os anos 2002 a 2015 e, não obstante, da política nacional de saúde mental. No entanto, ainda existe alta concentração de pessoas com transtorno mental em níveis mais baixos de instrução, isto está associado à questões raciais, desigualdade social e baixa renda, corroborando que a pobreza reduz oportunidades[98] para a sua inclusão social. Essas condicionalidades devem ser abordadas pelas políticas públicas, a fim de estimular a demanda por educação com equidade e qualidade, diminuindo as desigualdades, a exclusão social e o estigma.

Verificou-se, também, que a maioria dos participantes são adultos e com idade para ingressar no mercado de trabalho. Observou-se que 80% deles estavam fora do mercado de trabalho formal e, consequentemente, possuíam baixa renda, sendo impedidos de participar do meio de trocas sociais, políticas e econômicas de forma autônoma. Isso, também, tem relação com o achado supracitado, pois se não há qualificação não existe espaço no mercado de trabalho. Portanto, o eixo trabalho/renda da reabilitação psicossocial, assim como são domínios importantes do construto da Inclusão social, ainda é um desafio, visto que a baixa qualificação educacional, ainda, caracteriza o perfil das pessoas com transtornos mentais. Esses dados divergem de países como China e Polônia, locais em que foi aplicado o mesmo instrumento [78,80], cujos índices relacionado ao trabalho, renda e escolaridade são melhores.

Ao analisar as respostas das questões sobre a lazer e participação social, mais da metade dos participantes tinha conhecimento sobre os espaços de lazer disponíveis e, entre esses, mais de 50% disseram não fazer uso desses espaços, o que é preocupante visto que ocupar/participar dos diversos espaços da sociedade é fundamental para a reabilitação psicossocial, ou seja, para sua cidadania/autonomia/contratualidade [58,72,74,78,80] e, consequentemente, para o processo de inclusão social. Outro agravante, é o fato de 12,9% dos participantes não saberem se existem esses espaços em seu território, o que indica que não circulam nesse território e,

consequentemente, tem trocas sociais precárias ou ausentes. Dados esses, discrepantes quando comparados aos outros países que também fizeram uso da escala SCOPE [47,78,80].

Ainda nesse sentido, a maioria dos participantes afirmaram que mudariam nada em seu acesso ao lazer. Porém, um dado curioso é a presença da sugestão de mudança relacionada com a superação do estigma social sofrido quando frequentam esses espaços. Esses dados mostraram que dentro do domínio lazer e participação social, há muito que se fazer para a ampliação do acesso dessas pessoas, pois mesmo que se tenha o espaço para atividades de lazer, acesso atividades culturais, entre outras, a pessoa com transtorno mental tende a se isolar e ser apática em relação a mudanças, talvez por falta de conhecimento, estímulo e/ou contratualidade. Isso pode ser causa do próprio processo de existência/sofrimento do indivíduo, mas é mais provável ser fruto do estigma social e/ou do autoestigma, posto que a crença de que eles não são capazes de estar/pensar/escolher junto a outros, considerados normais, imperam a nível individual e coletivo [2,99,100]. Outro ponto importante para se pensar seria o papel da instituição CAPS e de seus profissionais. Esse conjunto de variáveis podem influenciar em demasia sobre o acesso a locais fora da instituição, que se não for estimulado pode reproduzir o modelo psiquiátrico tradicional por meio dos manicômios internos presentes em seus funcionários, dificultando a inclusão social das pessoas com transtorno mental e seu acesso aos diversos domínios da mesma, como por exemplo o domínio lazer.

O mesmo acontece quando se olha a participação do processo escolha de representante político, pois um terço dos participantes do presente estudo deixaram de exercer seu direito, seja porque possivelmente estavam internados ou em acolhimento noturno, seja porque não estavam regularizados com a justiça eleitoral ou por que nunca tiveram o título de eleitor ou, ainda, se recusaram a votar por motivos próprios ou, simplesmente, descrença da força de seu voto. Para modificar tal panorama, há necessidade de profissionais de saúde e de assistência social estarem atentos para que a pessoa com transtorno mental possa exercer seus direitos de cidadãos[72], como, por exemplo, tirar o título de eleitor. Porém, sempre deverá respeitar as escolhas do usuário em não votar ou votar em alguém diferente de sua escolha.

Observou-se, também, que mais da metade dos participantes não ajudaram pessoas que não fossem de sua família no último ano, o que remete, mais uma vez, as questões já levantadas anteriormente, as quais estão relacionadas a uma rede social precária, isolamento e/ou autoestigma, por exemplo.

Outra questão analisada diz respeito ao tipo de moradia que habitam. Nessa questão pôde-se averiguar que a maioria mora em apartamento ou em casa que divide terreno com outras casas – seja com seus familiares ou sozinhos –, mas o importante foi verificar que 7,6% do total de respondentes eram moradores de serviços residencial terapêutico, os quais eram moradores de hospitais psiquiátricos. Tal fato indicou que as políticas de desinstitucionalização têm ocorrido a passos lentos, já que ainda temos pessoas com transtorno mentais morando em hospitais psiquiátricos no estado de São Paulo [101]. Também, podemos verificar que 5,8% dos participantes estavam em situação de rua ou em abrigos, número este consideravelmente alto quando comparado com a taxa entre a população em situação de rua e a população geral do Município de São Paulo, que é 0,13%, dado esse calculado com base no censo de moradores de rua de 2015.

Ainda nesse quesito, foi importante analisar a disponibilidade de um carro para transporte, lembrando que a sociedade brasileira possui pouco investimento em transporte público, visto que o investimento é de responsabilidade municipal, contudo não é padronizado em todo o país e, muitas vezes, é de baixa qualidade. Observou-se que mais 56,4% dos participantes não possuíam nenhum carro disponível para seu uso (próprio ou de outra pessoa ou do serviço), o que indica maior dependência do transporte público ou alternativo e algumas dificuldades de acesso a pontos distantes dos seus bairros periféricos, diferente daqueles usuários que moram em bairros mais centrais. Esse dado não seria ruim, se o transporte público fosse de qualidade e sem restrição de horário de funcionamento.

Mais da metade dos participantes responderam de forma negativa sobre ter alguém que pudesse fazer um pequeno empréstimo quando necessitassem. Dentre aqueles que responderam de forma afirmativa para essa questão, a maioria se referiu a ser um parente próximo do solicitante de tal empréstimo. Isso demonstra que a rede social é restrita a pessoas da família, corroborando com resultados de trabalhos científicos anteriores [5,11,60]. E, mesmo tendo os familiares como rede de suporte social, essas pessoas não conseguem pequenos empréstimos de forma fácil. Isso está diretamente ligado a baixa renda das famílias, que não possui o montante disponível no momento da solicitação ou mesmo por desconfiança da necessidade do usuário, indicando problemas no processo de reabilitação psicossocial e de inclusão social.

A segurança – outro domínio da inclusão social e que faz parte da questão de caracterização sobre o perfil dos usuários – é de competência do Estado e direito de todo cidadão previsto e resguardada em nossa Constituição cidadã de 1988. No entanto, percebeu-

se que os participantes não se sentem totalmente seguros, pois, ao questionar sobre a satisfação nesse domínio, apenas quase um terço dos entrevistados afirmou se sentir relativamente seguro, demonstrando sentimento de insegurança vivido por essas pessoas por causa do local onde se encontram (seja na periferia, seja em bairros mais abastados), das situações de violência que presenciam ou sofrem no seu cotidiano e, ao mesmo tempo, de notícias negativas ligadas a temática – as quais são transmitidas pela mídia diariamente – o que acarreta uma maior sensação de vulnerabilidade. Os dados supracitados corroboram com o estudo inglês [(102)], o qual identificou que as pessoas com transtornos mentais graves estão mais propensas a serem vítimas de crime do que a população em geral, pois são mais vulneráveis em relação a crimes violentos e não-violentos, apresentando maior risco para sofrerem crimes contra a sua pessoa (26 % das pessoas com transtornos mentais foram alvo deste tipo de crime contra 7% dos vitimados na população em geral) e de sofrer crimes contra a sua residência (23% das pessoas com transtornos mentais contra 9% da população em geral).

Em relação à saúde, observou-se que os usuários de CAPS vão com mais frequência ao médico da família ou clínico geral, ou algum especialista, para falar da sua saúde física que para falar de sua saúde mental, deixando claro que a lógica biomédica especializada ainda prevalece nos serviços que não são de saúde mental, bem como no senso comum da população. Já em relação a internação em hospitais ou clínicas, um terço dos participantes foram internados, ao menos uma vez, devido a problemas físicos contra um terço que afirmaram ter sido internados por conta de problemas de saúde mental pelo menos uma vez no último ano. Esse último dado é alto e indica que temos problemas com o acolhimento noturno à crise nos CAPS adultos, pois esses serviços têm encontrado dificuldades para trabalhar com as crises graves de seus usuários, sem recorrer a internação hospitalar. Isso ocorre por diversos fatores: despreparo das equipes desses serviços, recursos humanos em número insuficiente, infraestrutura precária da instituição [(1,38,103,104)] ou por estigma.

Como já apontado anteriormente, verificou-se que mais da metade dos participantes têm rede social restrita, pois a maioria deles possuíam contato apenas com familiares, visto que 40,9% afirmaram não ter alguém para chamar de amigo e dentre os participantes que referiram ter amigos, 47,1% deles declararam nunca receber amigos ou vizinhos em sua casa. Assim, o eixo da reabilitação psicossocial (rede social) deve ser foco dos serviços comunitários visto que é essencial para o processo de inclusão social ser efetivado. Caso contrário, a inclusão social poderá não acontecer, posto que a pessoa com transtorno mental possui uma rede restrita ao

ambiente do serviço, o que não é a proposta regente da Política Nacional de Saúde Mental. Portanto, os CAPS devem priorizar a circulação de seus usuários pela cidade, a fim de aumentar os relacionamentos e vínculos entre pessoas "normais" e as pessoas com transtorno mental, o que pode ser considerado um desafio, já que existe um número alto de pessoas referindo pouco contato com pessoas que não são seus familiares, seja por causa do isolamento como sintoma, seja devido ao estigma. De acordo com Saraceno [72], para reverter esse cenário, os trabalhadores dos serviços comunitários de saúde mental devem deixar o seu espaço físico e atuar na comunidade, a fim de superar o estigma e incluir a pessoa na sociedade.

Neste estudo, observou-se que a média dos escores dos participantes obtidos pela escala SCOPE-B foi de 60,62 dentre a possibilidade máxima de 89 e mínima de 37 pontos. Como pôde-se verificar, a inclusão social dos participantes brasileiros está um pouco abaixo da média do instrumento, que é 63 pontos. Isso era esperado, já que há vários estudos qualitativos na literatura nacional [1,2,5,8,38,60], que apontaram para essa constatação.

Em relação às frequências absolutas e suas, respectivas, percentagens das respostas dadas por item da subescala de satisfação, verificou-se que a opção 7 (Muito satisfeito) foi pouco assinalada. Apenas o item referente ao acesso a serviços de saúde mental teve a opção 7 mais vezes assinalada pelos participantes (10,7%) e, portanto, obteve melhor média entre as respostas dadas a todos os itens. Em compensação, o item referente a satisfação com o acesso a trabalho, a opção 1(muito insatisfeito) foi assinalada por um terço dos participantes e quando se observa a resposta relacionada a oportunidade percebida de acesso ao trabalho, também, a opção 1 (as oportunidades são extremamente restritas) foi assinalada e complementa o entendimento sobre as respostas obtidas na questão referente a trabalho, dentro da subescala de satisfação, apontando novamente para uma dificuldade de inclusão dessas pessoas no mercado de trabalho como já discutido acima. Algumas possíveis soluções para esse eixo da reabilitação psicossocial que pouco é abordado, seria o CAPS investir em projetos de economia solidária que funcionem de fato, isto é, que gere renda para os cooperados e não apenas entretenham [72](no sentido de manter dentro do serviço de saúde mental). Para isso, os profissionais precisam transformar suas práticas teóricas/políticas e questionar sobre suas funções, inventando novas possibilidades de compreensão e de relacionamento com o seu objeto (sofrimento/existência) e finalidade (inclusão social) do seu trabalho [105,106]. É necessário também, ter estímulo governamental para abertura de postos de trabalho em empresas públicas

e privadas para essas pessoas (cota) e investimento em ações que desconstruíssem o estigma da sociedade em relação a pessoa com transtorno mental [1,2,49].

Ainda nesse sentido, Rotelli [107,108] ressalta a necessidade de esclarecimento da sociedade e de modificações das legislações (sobre tratamento/cura, locais onde devem acontecer o tratamento/cura, direitos dos usuários, intervenções sociais entre outros), pois são as leis que podem determinar a (in)validação de todas as intervenções, ampliando ou restringindo os direitos sociais básicos, que são a base das práticas reabilitação psicossocial. Para o autor, a reabilitação deve visar a formação e a informação dos usuários/familiares/sociedade/profissionais, a fim de engendrar oportunidades de desenvolvimento humano, de acesso a práticas coletivas de saúde, de autonomia pessoal, educação, formação profissional, capacidade de expressar de modo compreensível o seu próprio ponto de vista e de superação do estigma e, portanto, a promoção da inclusão social.

Ao observar as médias totais das respostas dadas para cada item da subescala satisfação, percebeu-se que o item referente a satisfação com trabalho tem a menor média seguido do item renda, indicando novamente problemas de inclusão dessas pessoas no mercado de trabalho, que é agravada pela crise econômica vigente no país e pela precarização dos direitos trabalhistas e sociais. Outro item com média baixa, é o item habitação da subescala de oportunidades percebidas, o que também está relacionado a questões de trabalho e renda, visto que só se tem oportunidades de moradias de boa qualidade se tiver renda suficiente para pagá-las e mantê-las.

Quando se analisa as médias totais por variável sexo, doença crônica, raça/cor, região e tipo de CAPS, percebe-se que as piores médias totais são de pessoas que se declaram mulheres, indígenas e pretos, pessoas que moram na região central do município e pessoas que estão em acompanhamento no CAPS tipo I.

Sobre pessoas indígenas e pretas terem as piores médias é compreendido historicamente por ter sido escravizados e por sofrerem segregação desde a época colonial do Brasil, tendo seus direitos sociais ameaçados ou negados conforme convém para os dirigentes do Estado. A exemplo atual, a ameaça constante do Estado de acabar com a demarcação de terras indígenas e quilombolas, a fim de privilegiar fazendeiros brancos. Além de termos grande concentração de pessoas negras na periferia da cidade com menor qualidade de vida e infraestrutura do Estado, sendo sua inclusão social agravada quando se possui o diagnóstico psiquiátrico como observamos nesse estudo.

Corroborando com estas afirmações, Feitosa[109] concluiu que há uma desqualificação social gerada pela formação colonial ligada à exploração escravagista no Brasil, impedindo o negro de ter acesso a direitos básicos de cidadania. Ela se diferencia dos outros países, em que a exclusão social se refere a perda ou relativização de conquistas. Assim, as sequelas da não inclusão do negro desafiam a política e o direito porque exigem o crescimento do produto interno bruto nacional e, consequentemente, políticas de distribuição de renda para fomentar o processo de desenvolvimento da democracia e de políticas de equidade racial e social, a fim de favorecer a cidadania do negro.

Esse paradigma foi confirmado por meio dos Números do censo do IBGE[110] e dados do DIEESE[111], os quais apontaram que 60,63% da população do estado de São Paulo se declaram brancos contra 37,04% que se declaram preto/pardo; a faixa de renda média entre os que se declaram brancos é dois a três salários-mínimos e entre os pretos/pardos é de 1 a 2 salários-mínimos; e o desemprego é maior e o trabalho informal é maior entre os pretos e pardos, assim como moradia sem água tratada. Ainda, números da Pesquisa Nacional de Saúde, que ocorreu em 2015, apontaram para uma desigualdade entre o atendimento dado a um branco e pretos/pardos, pois o número de pessoas brancas que se sentem discriminadas dentro de serviço de saúde é 9,5%, quando comparado a população que se declara parda e preta, os números sobem para 11,4% e 11,9%, respectivamente. Os serviços de saúde são distribuídos por território e, não obstante, encontramos serviços periféricos em situação de precariedade. Locais estes que concentram a maior parte da população negra. Outro dado importante dessa pesquisa foi o fato da população negra ter menos acesso a remédios receitados no atendimento, além de procurar menos atendimento de médicos e dentistas e estarem mais propensos a doenças emergentes; estudos epidemiológicos recentes [112], também, apontam que brasileiros que se declaram negros estão mais propensos a ter depressão que aqueles que se declaram brancos.

Nesse sentido, Barros e colaboradores [101], ao caracterizar o perfil dessa população de pessoas com transtornos mentais internadas em hospitais psiquiátricos, compararam os dados de raça/ cor do censo demográfico do ano 2000 com os dados coletados e perceberam que 27,4% da população do estado de São Paulo é negra contra 38,36% dos negros que compõe a população moradora de hospitais psiquiátricos. Assim, constatou-se uma maior proporção de negros que estão internados, simplesmente, por não terem renda e/ou lugar para morar. Essa população possui uma rede social frágil, ou seja, – precariedade social – associada ao transtorno

mental ou doenças clínicas. Mesmo assim, apesar haver os Serviços de Residenciais Terapêuticos para pessoas egressas de internações psiquiátricas de longa duração, com ausência e/ou fragilidade de redes sociais de suporte, para os autores os negros parecem não ser contemplados por esta resolução, pois se mantêm nos hospitais psiquiátricos – o que denuncia um *apartheid* social na sociedade brasileira em pleno século XXI.

O fato dos participantes da região central ter a pior média, comparada as demais regiões, têm a ver com a desvitalização dessa região, mas esse dado tem que ser melhor analisado aplicando essa escala em mais pessoas com transtorno mental, usuárias dos serviços dessa região.

Outro dado importante é em ralação as médias das respostas por tipo de CAPS, pois o CAPS tipo I tem médias mais baixas quando comparado aos demais CAPS que possuem médias semelhantes. O que não deveria acontecer, visto que todos os tipos de CAPS têm a mesma finalidade, que é a inclusão social. Tal fenômeno pode estar ocorrendo, devido à infraestrutura precária e recursos humanos do serviço subestimados para a população do território que tem atendido, refletindo, possivelmente, de forma negativa nas respostas.

Observou-se diferenças significantes quando feito associação entre as variáveis nominais dicotômicas, sexo e doença crônica, e os itens lazer, participação social e habitação da subescala de satisfação. Os itens trabalho, finanças e educação estão ligados, uma vez que na literatura científica há evidências de que as mulheres têm renda menor, apesar de possuírem as mesmas qualificações que os homens. O mesmo vale para os itens lazer, participação e moradia, pois as mulheres têm renda menor e piores empregos, mesmo apresentando o mesmo nível de escolaridade dos homens, indicando que – além das responsabilidades domésticas que é considerado como sua obrigação – menor participação em questões políticas e sociais e falta de acesso à moradia adequada e lazer, por consequência da dupla jornada de trabalho.

Houve diferença significativa entre a variável doença crônica e o item inclusão social. Isso nos leva a pensar que pessoas com algum tipo de doença crônica têm maiores dificuldades de inserção nos diversos setores da sociedade. Dessa maneira, as pessoas com alguma doença crônica têm maior dificuldade em participar das atividades de Lazer devido às dificuldades trazidas pela doença e à falta de adaptações habitacionais e urbanas. É muito comum, que a pessoa com doença crônica viva com a família porque não é capaz de manter uma casa sozinha, devido a limitações da doença ou por ter rendimentos muito baixos.

Quando comparado a média das respostas dos itens da escala de satisfação com a variável CAPS, observou-se que os itens referentes a Lazer, Renda, Educação, Acesso a saúde física e mental são significantes indicando diferença de satisfação em relação a estes domínios nos diferentes tipos de CAPS, apontando que os serviços comunitários tinham qualidade diferente que varia de acordo com: território onde atuam, infraestrutura e recursos humanos do próprio serviço, bem como o racismo institucional e o estigma – como apontado anteriormente.

Outra variável que foi cruzada com os itens da subescala de satisfação foi o nível educacional dos participantes, sendo significante para todos os itens exceto para os itens que se referem a segurança e contato com amigos e vizinhos. Tal dado confirmou que o nível educacional tinha influência em diversas áreas da vida dentro do cotidiano dos usuários, pois quanto mais elevado o nível educacional, em uma sociedade desigual como a brasileira, maior será o acesso desse indivíduo a oportunidades econômicas (maior qualificação, melhores empregos), mais direitos sociais e políticos respeitados e, consequentemente, melhor qualidade de vida.

Em relação a variável raça/cor, cruzadas com os mesmos itens da subescala de satisfação, os resultados foram significantes para lazer, participação, habitação, trabalho, segurança, educação, acesso a saúde física e inclusão social. Destacou-se que há diferença no acesso e na satisfação entre os participantes, evidenciando que o racismo institucional impacta, expressivamente, na saúde da população negra e contribui para a sua exclusão social. Sobretudo, Lopes [113] evidenciou a "cegueira institucional" caracterizada pela ausência de ações governamentais orientadas para o enfrentamento desse cenário – reprodução do racismo no cotidiano do setor da saúde e em outros setores de instituições públicas e privadas –, contribuindo para a permanência e o agravamento das iniquidades.

Segundo o documento da *Comission for Racial Equality*[114], o racismo institucional é definido como um fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço de qualidade e equitativo para as pessoas sem levar em conta sua cor, cultura ou origem étnica. Esse fracasso pode ser detectado em processos institucionais, atitudes e comportamentos de profissionais ou outros membros da sociedade que acarretam discriminação por preconceito involuntário, ignorância, negligência e estereotipação racista, que causa desvantagens a pessoas possuidoras de cor, etnia e/ou cultura minoritária. Assim, a discriminação racial pode afetar a saúde de várias maneiras: o acesso restrito a emprego, a moradia e a educação; impactos negativos nos processos psicopatológicos e cognitivos/ afetivos; reduzido conhecimento sobre hábitos

saudáveis e a adoção de comportamentos não saudáveis; e danos físicos causados por violência de cunho racista [115].

Seguindo a mesma lógica de análise, a variável tipo de renda também teve resultados significantes para todos os itens exceto para habitação, acesso a Renda e acesso à saúde mental. Isto está diretamente relacionado ao que foi discutido até o momento, desvelando o círculo vicioso da exclusão social das pessoas com transtornos mentais, pois com pouca ou nenhuma renda qualquer pessoa estará – parcial ou totalmente – impedida de participar dos meios de trocas sociais onde prevalece o capitalismo [62,116] .

Observamos que o item lazer e educação foi significativo para as quatro variáveis: tipo de CAPS, nível de escolaridade, raça e renda. Isso sugeriu que fatores como menor renda, menor nível de escolaridade e questões relacionadas ao racismo interferem nas oportunidades de acesso aos direitos sociais e, consequentemente, no processo de inclusão e exclusão de um indivíduo. Observou-se um possível círculo vicioso de exclusão de pessoas com transtornos mentais agravadas pelo estigma e racismo, contribuindo para a menor escolaridade, acesso a empregos informais com menor renda, que por sua vez agravam, ainda mais, o estigma e o racismo [2,101,117]. Dessa forma, ter níveis altos de satisfação com lazer e educação torna-se um privilégio para pessoas brancas com qualificações e maior renda.

Os itens participação, trabalho e inclusão social foram significativos para três variáveis: escolaridade, raça e renda. Isso possivelmente reflete a presença histórica da escravidão no Brasil e a subsequente negação de cidadania aos não-brancos. Como mencionado anteriormente, o racismo institucional contribui para o fato de que uma pessoa não-branca com transtorno mental ter baixo nível de escolaridade e, consequentemente, pouco acesso a maior renda devido à falta de qualificações [117]. Os empregos que possuem melhores salários são aqueles que exigem maior qualificação e, infelizmente, no Brasil, os não-brancos raramente têm acesso a esse tipo de emprego. Outro achado foi em relação a baixa escolaridade e a baixa renda que interferem em algum grau com a participação social de todos os participantes do estudo, mas afetam diretamente o processo de inclusão social dos não-brancos.

Dessa maneira, observou-se que, no Brasil, os negros possuem menor escolaridade, menor salário, residem nos bairros de periferia das grandes cidades e estão excluídos de vários direitos sociais, isto é, sofrem com a desigualdade social, o que desvelou uma complexa relação étnico-racial existente. Esta traz em seu bojo uma hierarquia social, na qual o branco ocupa as posições mais privilegiadas e que produz "*exclusões, reforça desigualdades sociais e*

econômicas, gera impacto sobre as formas de adoecimento e morte da população, assim como no acesso a bens e serviços (p.8)"[118]. Essa disparidade tem reflexo direto nos direitos fundamentais das pessoas. Assim, os grupos sociais historicamente excluídos têm acesso dificultado em todos os setores da vida pública, inclusive no setor da saúde.

Nesse sentido, a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) é coerente com a necessidade de enfrentamento de iniquidades, já que ele tem como princípio o direito à atenção integral à saúde, e o direito à igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer natureza [119]. Assim, a existência de políticas de saúde avançadas é importante e de grande valia, porém para garantir avanços sociais não são suficientes, tanto em relação à mensuração dos impactos das políticas como em relação ao gerenciamento de recursos e esforços estatais. Portanto, a não adoção de medidas estatais de superação às desigualdades raciais auxilia manutenção das mesmas.

Diante desse cenário, perseguir os propósitos da reforma psiquiátrica e os princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS exige um permanente esforço, para a compreensão das diferentes manifestações, do modo como as pessoas nascem, vivem, adoecem e morrem nos diversos grupos sociais e territórios da cidade. Partindo da perspectiva do reconhecimento da relação entre raça/cor e saúde pública, aplicando os recursos pela lógica da equidade, é essencial que se identifiquem as pessoas segundo suas características étnico-raciais, o que vem ocorrendo de maneira progressiva, no SUS. Estes esforços contribuem para a reconstrução da identidade étnica e o reforço da capacidade dos próprios grupos para superar a vulnerabilidade histórica que vivenciam.

O item habitação foi significante para nível de escolaridade e raça. Obviamente, não ter um alto nível de escolaridade tem maior concentração entre os não-brancos e, consequentemente, essa população terá menores salários e pior moradia. Essas variáveis descrevem a desigualdade social de séculos e, consequentemente, a falta de inclusão social para essa população [117,120]. Observamos que o item segurança foi significativo para a variável renda, pois sabemos que, no Brasil, pessoas de baixa renda estão sujeitas a mais violência.

Em relação ao nível de escolaridade e renda, o item família foi significante. Esses dados mostraram que pode haver uma diferença na aceitação de pessoas com transtornos mentais em suas famílias quando os níveis de renda e os níveis de educação são baixos. Estudos têm mostrado que, além do que foi dito sobre ter melhores condições de vida, a pessoa com transtorno mental tem maior confiança na família quando tem que resolver conflitos e

problemas. Outros autores observaram que aqueles que possuem menor nível de escolaridade e, consequentemente, baixa renda ou nenhuma renda, têm maior dificuldade em poder ter voz no que diz respeito à resolução de conflitos e questões da vida [9,10,38]. O item Acesso aos Serviços de Saúde Física foi significativo para a variável tipo de CAPS, indicando que o racismo e o nível educacional dificultam o acesso a hospitais e a outros serviços de saúde não mental. Esses dados estão de acordo com estudos que mostraram que o racismo interfere na assistência social [117,120].

O item Acesso aos serviços de saúde mental foi significativo para o CAPS. Embora a pontuação média seja tão alta quanto na população do Reino Unido, não se pode esquecer a cidade de São Paulo tem um déficit na distribuição dos tipos de CAPS por região.

As análises acima puderam contribuir para a compreensão da percepção dos participantes acerca da dinâmica do processo exclusão/inclusão social que vivenciam diariamente, além de dar oportunidade de reconhecerem e opinarem a respeito da sua satisfação e das suas oportunidades percebidas relacionadas a sua inclusão social.

5.4. Limitações do estudo.

Considerando a importância dos resultados acima relatados, o estudo apresenta algumas limitações, dentre elas o fato de o instrumento ser validado para a população de pessoas com transtorno mental – usuárias de CAPS adulto – do Município de São Paulo, o que requer procedimentos semelhantes para a aplicação em outras amostras. Outra limitação diz respeito à coleta de dados, restrita ao universo do Município de São Paulo. Dessa forma, os resultados obtidos são representativos da realidade paulistana.

A terceira limitação, foi o impedimento de coleta em dois CAPS, sendo um da Zona Sudeste e outro da Leste, como mencionado no método do presente estudo. No entanto, entendemos que isso não influenciou negativamente no resultado da pesquisa.

A quarta limitação foi em relação a não avaliamos a estabilidade temporal da medida. Logo, não foi possível determinar se a confiabilidade para aplicações sucessivas de teste e re-teste possui estabilidade temporal satisfatória.

A quinta limitação foi não ter avançado na validade de critério, uma vez que não foram encontrados instrumentos que avaliem o fenômeno do mesmo modo, sugestão que se faz para próximos estudos.

A sexta e última limitação se dá pelo fato do software utilizado (IBM-SPSS e SPSS-

AMOS) ter poucos testes de evidência de validação. Dessa maneira, ressalta-se o fato de que a estrutura fatorial ainda possa carecer de aprimoramento com vistas ao melhor ajuste do modelo.

Apesar destas limitações, esta pesquisa contribuiu de modo expressivo para a literatura emergente sobre a mensuração da inclusão social de pessoas com transtorno mental. Além disso, este estudo oferece suporte para futuras pesquisas que tenham como objeto trabalhar com a inclusão social de pessoas com transtorno mental, bem como é uma ferramenta para gestores avaliarem as ações de inclusão social desenvolvidas em seus serviços comunitários de saúde mental.

6. CONCLUSÕES

O processo de adaptação cultural e validação da escala *Social and Communities Opportunities Profile* (SCOPE) para o português falado no Brasil e, consequentemente, para a realidade brasileira permitiu as seguintes conclusões:

- O conceito de inclusão social é compreendido de modo similar no contexto cultural brasileiro e inglês. A diferença do contexto brasileiro está ligada a desigualdade social persistente no país, a qual implica diretamente na exclusão social das pessoas com transtorno mental e quando relacionado a variável raça/cor essa situação é agravada;
- O processo de tradução e adaptação cultural adotou metodologia rigorosa e recomendada internacionalmente, produzindo um instrumento adequado para ser submetido ao processo de validação;
- Nesse processo, os resultados obtidos das traduções, retrotraduções, sínteses e avaliação do comitê de juízes proporcionaram o aprimoramento do questionário para o português falado no Brasil e, sobretudo, para o contexto cultural do mesmo país;
- As adequações realizadas nas assertivas foram reduzidas e na sua maioria restritas à gramática, com alterações de algumas palavras;
- O comitê de juízes realizou a validação das equivalências semântica, idiomática, conceitual, experiencial e de conteúdo. Dessa forma, a avaliação dos especialistas contribuiu para que a versão final fosse compreensível e culturalmente adaptada para a realidade brasileira;
- O resultado desse processo produziu um instrumento denominado Perfil das Oportunidades Comunitárias e Sociais. Foram mantidos o *layout* do questionário original e as dimensões, a saber: as 44 assertivas acerca da inclusão Social e dos dados sociodemográficos; e
- Uma contribuição deste estudo é a disponibilização de um instrumento adaptado culturalmente, o qual avalia os resultados das ações de inclusão social por meio da satisfação e percepção dos usuários dos serviços comunitários de saúde mental.

Em relação à validação das propriedades psicométricas do instrumento adaptado as conclusões corresponderam:

- Pontuação do SCOPE-B foi de 60,62, mínimo de 37 pontos e máximo de 89 pontos, caracterizando que a inclusão social está abaixo da média do instrumento;
- A validação de construto realizada por meio da análise fatorial exploratória produziu um instrumento com 48 questões, sendo que 17 delas são os itens da escala SCOPE-B (12 deles compõe a subescala de satisfação e os outros cinco, compõe a subescala de Oportunidades Percebidas);
- A escala SCOPE-B possui quatro fatores/domínios, posto que três deles (fator Social, fator Saúde e fator Trabalho) se encontram na subescala de Satisfação e a subescala Oportunidades Percebidas é unifatorial, cujo o nome do fator é o próprio nome da subescala;
- Os índices de ajustamento obtidos por meio da AFE e AFC para o novo modelo foram classificados como adequados e o instrumento apresentou bons índices de confiabilidade, pois o valor geral de alfa de Cronbach para subescala de satisfação foi de 0,756 (variação nos domínios de 0,609 a 0,767) e 0,626 para subescala de Oportunidades percebidas;
- Dessa forma, este estudo produziu uma versão validada do SCOPE para o contexto brasileiro, que foi denominado SCOPE-B; e
- A estrutura fatorial encontrada ainda é passível de aprimoramento para o melhor ajuste do modelo.

Sobre a análise das respostas e descrição do perfil dos participantes pôde-se concluir que:

- Há a necessidade de aumentar o número de CAPS tipo III em todas as regiões do Município de São Paulo para adequar com a portaria 336/2002;
- O perfil dos usuários dos CAPS adultos do Município de São Paulo é caracterizado por ser a maioria dos participantes: do sexo feminino, brancos, com idade para ingressar no mercado de trabalho, possuem ensino médio completo, recebem benefício do governo e possuem baixa renda;
- A aplicação do instrumento e do questionário de caracterização nos permitiu concluir que os participantes consideram sua inclusão social muito baixa. No entanto, consideram o acesso à saúde física e mental bom, especialmente, no que diz respeito ao CAPS. Os domínios que obtiveram a menor média, e que precisa de maior investimento, é justamente a dimensão “Trabalho, Renda e Habitação”;

Conclusão

- Observou-se que o estigma é uma barreira para as ações de inclusão social realizada pelos CAPS; e
- As variáveis - sexo, doença crônica, raça/cor, tipo de CAPS, nível educacional, renda - são significativas e devem ser consideradas quando for promover ações de inclusão social para um indivíduo, principalmente, para o fator trabalho.

Assim, o presente estudo pôde contribuir para o avanço da mensuração da inclusão social dentro da área de saúde mental no Brasil, ao oferecer um instrumento com propriedades psicométricas confiáveis para mensurar inclusão social de pessoas com transtorno mental, usuárias de serviços comunitários de saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. Santos JC dos. O estigma da doença mental: compreensão e ações dos trabalgadores dos CAPS. Universidade de São Paulo; 2013.

2. Santos JC, Barros S, Santos IMM. Stigma: The Perspective of Workers on Community Mental Health Services-Brazil. Glob Qual Nurs Res. 2016;3:2333393616670442.

3. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 12. Dep Ações Programáticas Estratégicas Coord Geral Saúde Ment Álcool e Outras Drog [Internet]. 2011;8:48. Available from: www.saude.gov.br/bvs/saudemental

4. Pitta AMF. Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2nd ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2001. 158 p.

5. Leão A, Barros S. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental *. Interface - Comunic, Saude, Educ, v15, n36, p137-52, jan/mar 2011 [Internet]. 2011;15(36):137–52. Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/a11v1536.pdf

6. Ribeiro CC, Silva NG, Oliveira AGB de. O projeto terapêutico nos CAPSs de Mato Grosso: uma análise documental. Ciência, Cuid e Saúde [Internet]. 2009;8(3):393–402. Available from: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6060

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. 2004. 1-86 p.

8. Salles MM. Vida cotidiana de usuários de CAPS: a (in)visibilidade no território. Universidade de São Paulo; 2011.

9. Salles MM, Barros S. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. Cien Saude Colet [Internet]. 2013;18(7):2129–38. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700028&lng=pt&tlng=pt

10. Salles MM, Barros S. Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. Acta Paul Enferm. 2009;22(1):11–6.

11. Moll MF, Saeki T. Social life of people with diagnosis of schizophrenia, attended at a psychosocial care center. Rev latino-americana Enferm [Internet]. 2009;17(6):995–1000. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20126942

12. West ML, Yanos PT, Smith SM, Roe D, Lysaker PH. Prevalence of Internalized Stigma among Persons with Severe Mental Illness. Stigma Res Action. 2011;1(1):3–10.

13. Silva N dos S, Melo JM, Esperidiao E. Assessment of mental health services in Brazil: an integrative literature review. Rev Min Enferm [Internet]. 2012;16(2):280–8. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=108100823&site=ehost-live&scope=site

14. Onocko-Campos RT, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Gama CAP. Evaluation of the network of psychosocial care centers: between collective and mental health. Rev Saude Publica. 2009;43(Supl.1):16–22.

15. Saraceno B, Baumgartner JN, Susser E. Two pressing needs: To measure social integration and to re-orient mental health services towards social integration. Epidemiol Psychiatr Sci. 2013;22(1):39–41.

16. BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 [Internet]. Ministério da Saúde 2011 p. 1–16. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm

17. Reis EJFB dos, Santos FP dos, Campos FE de, Acúrcio F de A, Leite MT., Leite MCC, et al. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. Cad Saúde Pública. 1990;6(1):50–61.

18. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev Saude Publica. 2000;34(5):547–59.

19. Donabedian A. The quality of medical care. Science [Internet]. 1978;200(4344):856–64. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/417400

20. WHO. Managerial process for national health development. Guiding principles [Internet]. World Health Organisation. 1981. p. 48. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1072140/

21. Bebbington P. The World Health Report 2001. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2001;36(10):473–4.

22. Rogers A, Pilgrim D. Service users' views of psychiatric treatments. Soc Heal Illn. 1993;15:612–31.

23. Gigantesco A, Picardi A, Chiaia E, Balbi A, Morosini P. Patients' and rel- atives' satisfaction with psychiatric services in a large catchment area in Rome. Eur Psychiatry. 2002;17:139–47.

24. Huang K, Provan KG. Structural embeddedness and organizational social outcomes in a centrally governed mental health services network. Public Manag Rev [Internet]. Routledge; 2007;9(2):169–89. Available from: https://doi.org/10.1080/14719030701340218

25. Groenewegen PP, Kerssens JJ, Sixma HJ, Eijk I van der, Boerma WG. What is important in evaluating health care quality? An international comparison of user views. BMC Heal Serv Res. 2005;5(16):1–9.

26. Roth D, Crane-Ross D. Impact of services met needs, and service empowerment on consumer outcomes. Ment Heal Serv Res. 2002;4:43–56.

27. Bajoni A, Barbato A, D'Avanzo B, Muggia E. Family members' assessment of community mental health services: A survey in four Italian regions. Epidemiol Psichiatr Soc. 2010;19(Apr-Jun):183–7.

28. Barbato A, D'Avanzo B, D'Anza V, Montorfano E, Savio M, Corbascio CG. Involvement of users and relatives in mental health service evaluation. J Nerv Ment Dis [Internet]. 2014;202(6):479–86. Available from: http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc11&NEWS=N&AN=2014-23642-011

29. Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in Schizophrenia spectrum disorders. Psychiatr Serv [Internet]. 2008;59(12):1437–42. Available from: http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=wzEl5U4xkrsC&oi=fnd&pg=PA231&dq=Schizophrenia+spectrum+disorders&ots=6nOaWixI0A&sig=eMWb5fY7aperypS4qvSE67mo4WI

30. Corrigan PW, Larson JE, Rüsch N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. World Psychiatry [Internet]. 2009;8(2):75–81. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2694098&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

31. Barbato A, Bajoni A, Rapisarda F, D'Anza V, De Luca LFA, Inglese C, et al. Quality Assessment of Mental Health Care by People with Severe Mental Disorders: A Participatory Research Project. Community Ment Health J [Internet]. 2014;50(4):1–7. Available from: http://europepmc.org/abstract/MED/24318768

32. Bandeira M, Pitta AMF, Mercier C. Escalas brasileiras de avaliação da satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. J Bras Psiquiatr. 2000;49(4):105–15.

33. Wetzel C, Kantorski LP. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. Texto Context - Enferm [Internet]. 2004;13(4):543–8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000400012&lng=pt&tlng=pt

34. Nascimento A, Galvanese A. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. Rev Saúde Pública [Internet]. 2009;43(1):8–15. Available from: http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43s1/747.pdf

35. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref." Rev Saude Publica [Internet]. 2000;34(2):178–83. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012&lng=pt&tlng=pt

36. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cad Saude Publica [Internet]. 2006;22(5):1053–62. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500018&lng=pt&tlng=pt

37. Brasil. Resultados Avaliar CAPS 2008 para Colegiado. Brasilia; 2009.

38. Leão A, Barros S. As Representações Sociais dos Profissionais de Saúde Mental acerca do Modelo de Atenção e as Possibilidades de Inclusão Social. Saúde Soc. 2008;17(1):95–106.

39. Barros S. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. São Paulo; 2008.

40. Wetzel C. Avaliação do serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo. Universidade de São Paulo; 2005.

41. Salles MM, Barros S. Representações sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social. Saude e Soc. 2013;22(4):36–47.

42. Salles MM, Barros S. Da cidadania à realização de projetos de vida: Inclusão social de usuários de um centro de atenção psicossocial na vida cotidiana. Physis. 2014;24(4):1275–92.

43. Morgan C, Burns T, Fitzpatrick R, Pinfold V, Priebe S. Social exclusion and mental health: Conceptual and methodological review. British Journal of Psychiatry. 2007. p. 477–83.

44. Silver H. Understanding social inclusion and its meaning for Australia. Aust J Soc Issues. 2010;45(2):183–211.

45. Zioni F. Exclusão social: noção ou conceito? Saúde e Soc. 2006;15:15–29.

46. Allman D. The Sociology of Social Inclusion. SAGE Open [Internet]. 2013;3(1):1–16. Available from: http://sgo.sagepub.com/lookup/doi/10.1177/2158244012471957

47. Huxley P, Evans S, Madge S, Webber M, Burchardt T, McDaid D, et al. Development of a social inclusion index to capture subjective and objective life domains (Phase II): Psychometric development study. Health Technol Assess (Rockv) [Internet]. 2012 [cited 2014 Sep 24];16(1):1–248. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK84045/

48. Curran C, Burchardt T, Knapp M, McDaid D, Li B. Challenges in multidisciplinary systematic reviewing: A study on social exclusion and mental health policy. Soc Policy Adm. 2007;41(3):289–312.

49. Corrigan PW, Sokol KA, Rusch N. The impact of self-stigma and mutual help programs on the quality of life of people with serious mental illnesses. Community Ment Health J. 2013;49(1):1–6.

50. Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Hucitec, editor. Pitta, A (Org) Reabilitação psicossocial no Brasil. 2nd ed. São Paulo; 2001. p. p.55-9.

51. Cordier R, Milbourn B, Martin R, Buchanan A, Chung D, Speyer R. A systematic review evaluating the psychometric properties of measures of social inclusion. PLoS One [Internet]. 2017;12(6):e0179109. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5466312/pdf/pone.0179109.pdf

52. Baumgartner JN, Burns JK. Measuring social inclusion-a key outcome in global mental health. Int J Epidemiol. 2014;43(2):354–64.

53. O'Donnell P, O'Donovan D, Elmusharaf K. Measuring social exclusion in healthcare settings: A scoping review. Int J Equity Health. 2018;17(1):1–16.

54. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7th ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. 669 p.

55. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Cien Saude Colet [Internet]. 2011;16(7):3061–8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006&lng=pt&tlng=pt

56. Hair, J., Black, W., Babin, B. J., Anderson RE. Multivariate data analysis. 7th ed. Pearson Prentise Hall; 2010. 760 p.

57. Dunn S. Creating Accepting Communities: Report of the Mind Enquiry into Social Exclusion and Mental Health problems. Mind. 1999.

58. Huxley P, Thornicroft G. Social inclusion, social quality and mental illness. Br J Psychiatry [Internet]. 2003;182:289–90. Available from: http://bjp.rcpsych.org/content/182/4/289.short

59. Boardman J, Grove B, Perkins R, Shephard G. Work and employment for people with psychiatric disabilities. Br J Psychiatry. 2003;182:467–8.

60. Salles MM, Barros S. Social representation of users of a Psychosocial Care Center and those in their social network on mental illness and social inclusion. Represent sociais usuários um Cent Atenção Psicossocial e pessoas sua rede sobre doença Ment e inclusão Soc [Internet]. 2013;22(4):36–47. Available from: http://ezproxy.lib.ucalgary.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=94930446&site=ehost-live

61. Boardman J, Currie A, Killaspy H, Mezey G. Social inclusion and mental health. Curr Opin Psychiatry [Internet]. 2010;23(5):453–7. Available from: http://discovery.ucl.ac.uk/149990/

62. Aranha e Silva AL. A construção de um projeto de extensão universitária no contexto das políticas públicas: saúde mental e economia solidária. Universidade de São Paulo; 2012.

63. Santiago E, Yasui S. Saúde mental e economia solidária: cartografias do seu discurso político. Psicol Soc [Internet]. scielo; 2015;27:700–11. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822015000300700&nrm=iso

64. Huxley P, Evans S, Munroe M, Cestari L. Integrating health and social care in community mental health teams in the UK: a study of assessments and eligibility criteria in England. Heal Soc Care Community. 2008;16(5):476–82.

65. Huxley PJ, Evans S, Munroe M, Philpin S, Inclusion S. SCOPE for social inclusion? A life day. 2015;12(3):33–5.

66. Parr H. Mental health, nature work, and social inclusion. Environ Plan D Soc Sp [Internet]. 2007;25(3):537–61. Available from: http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-34250887528&partnerID=40&md5=4eab05a0138437b9731e6111f6d423bb

67. Sayce L. Beyond Good Intentions. Making Anti-discrimination Strategies Work. Disabil Soc. 2003;18(5):625–42.

68. Perkins R, Repper J. Social exclusion, discrimination and social isolation. In: The handbook of community mental health nursing. 2003. p. 54.

69. Hampson M, Hicks R, Watt B. Understanding the Employment Barriers and Support Needs of People Living with Psychosis. Qual Rep [Internet]. 2016;21(3):870–86. Available from: https://search-proquest-com.ezproxy.bu.edu/docview/1806967277/fulltextPDF/5F0D806C0468490CPQ/1?accountid=9676

70. Bates P, Gee H, Klingel U, Lippmann W. Moving to inclusion. Mental health today (Brighton, England) [Internet]. 2006 [cited 2014 Sep 23];16–8. Available from: http://europepmc.org/abstract/MED/16617951

71. Nóbrega MDPSS, Domingos AM, Silveira ASA, Santos JCD. Weaving the West Psychosocial Care Network of the municipality of São Paulo. Rev Bras Enferm. 2017;70(5).

72. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2nd ed. Corá T, editor. Rio de Janeiro; 2001.

73. Chamma RDC, Forcella HT. Citizen with psychological distraction: reflections about human rights and the patient's rights. Rev da Esc Enferm da USP [Internet]. 2001;35(2):184–90. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp%5Cnpid=S0080-62342001000200014%5Cnhttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000200014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

74. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Cien Saude Colet [Internet]. 2011;16(12):4579–89. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002

75. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine (Phila Pa 1976) [Internet]. 2000 Dec 15;25(24):3186–91. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11124735

76. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 336 [Internet]. 19 de fevereiro de 2002. Brasilia: Gabinete do Ministro da Saúde; 2002 [cited 2018 Mar 28]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

77. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. Journal Of The American Medical Association. 2008. 216 p.

78. Chan K, Chiu MYL, Evans S, Huxley PJ, Ng YL. Application of SCOPE-C to Measure Social Inclusion Among Mental Health Services Users in Hong Kong. Community Ment Health J. Springer US; 2016;52(8):1113–7.

79. Chan B, Rowe M. A cultural exchange: Assertive communication training in Bangkok. Asia Pacific J Soc Work Dev [Internet]. 2014;24(1–2):45–58. Available from: http://dx.doi.org/10.1080/02185385.2014.885208%5Cnhttp://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02185385.2014.885208#.U06Ly1c4vRt

80. Balwicki Ł, Chan K, Huxley PJ, Chiu MY-L. Applying SCOPE to measure social inclusion among people with mental illness in Poland. J Psychosoc Rehabil Ment Heal [Internet]. Springer India; 2018;5(1):1–12. Available from: http://link.springer.com/10.1007/s40737-018-0113-5

81. Sidani S, Guruge S, Miranda J, Ford-Gilboe M, Varcoe C. Cultural adaptation and translation of measures: an integrated method. Res Nurs Health [Internet]. 2010 Apr [cited 2014 Sep 17];33(2):133–43. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20069612

82. Gjersing L, Caplehorn JRM, Clausen T. Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. BMC Med Res Methodol [Internet]. 2010 Jan;10:13–23. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2831007&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

83. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. Revista de Saude Publica. 2007. p. 665–73.

84. Reichenheim ME, Paixão Jr. CM, Moraes CL, Hasselmann MH, Paixão Jr. CM, Reichenheim ME, et al. Alguns nortes para uma adequada adaptação transcultural de instrumentos de aferição. Cad Saude Publica [Internet]. 2011;4(4):163–76. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp%5Cnnrm=iso&amp%5Cnlng=pt&amp%5Cntlng=pt&amp%5Cnpid=S0102-311X2003000400030%5Cnhttp://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp%5Cnhttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

85. Moraes CL, Reichenheim ME. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro Screening for alcohol use by pregnant women of public health care in Rio de Janeiro , Brazil ABSTRACT. Rev Saúde Pública. 2007;41(5):695–703.

86. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures. Am Acad Orthop Surg Inst Work Heal [Internet]. 2007;1–45. Available from: http://www.dash.iwh.on.ca/system/files/X-CulturalAdaptation-2007.pdf

87. Urbina S. Fundamentos da testagem psicológica. Testa. 2007.

88. Streiter DL, Norman GR. Health measuraments scales: a practical guide to their developmentand use. 4th ed. Ontaro: OXFORD University press; 2008. 352 p.

89. Primi R. Psicometria : fundamentos matemáticos da Teoria Clássica dos Testes. Avaliação Psicológica. 2012;

90. Polit, DF; Hungle B. Nursing Research: Principles and Methods. 4th ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1991. 697 p.

91. DeVellis RF. Scale Development: Theory and Applications. 4th ed. SAGE Publication Inc. 2017. 288 p.

92. Borsa JC, Damásio BF, Bandeira DR. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: Algumas considerações. Paideia. 2012;22(53):423–32.

93. Damázio BF. Contribuições da Análise Fatorial Confirmatória Multigrupo (AFCMG) na avaliação de invariância de instrumentos psicométricos. Psico-USF [Internet]. 2013;18(2):211–20. Available from: www.scielo.br

94. Browne MW. Cross-Validation Methods. J Math Psychol. 2000;132:108–32.

95. Hutz CS, Bandeira DR, Trentini CM. Psicometria. Porto Alegre: Artmed; 2015. 198 p.

96. Thompson AE, Anisimowicz Y, Miedema B, Hogg W, Wodchis WP, Aubrey-Bassler K. The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: A QUALICOPC study. BMC Fam Pract [Internet]. BMC Family Practice; 2016;17(1):1–7. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s12875-016-0440-0

97. Cúnico SD, Strey MN. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde : problematizações necessárias. 2017;25(1).

98. Oliveira RC, Da Mota R, Neto S. Expansão Da Escolaridade E Redução Da Desigualdade Regional De Renda No Brasil Entre 1995 E 2011: Progressos Recentes E Desafios Presentes Education Expansion and Reduction of Brazilian Regional Income Inequality Between 1995 and 2011: Recent Progress and. Pesqui Planej Econ [Internet]. 2016;46(1):42–65. Available from: http://ppe.ipea.gov.br/index.php/ppe/article/viewFile/1618/1218

99. Corrigan PW. Resolving mental illness stigma: should we seek normalcy or solidarity? Br J Psychiatry [Internet]. 2016 Apr 1 [cited 2016 Apr 1];208(4):314–5. Available from: http://bjp.rcpsych.org/content/208/4/314

100. Corrigan PW, Morris S, Larson J, Rafacz J, Wassel A, Michaels P, et al. Self-stigma and coming out about one's mental illness. J Community Psychol. 2010;38(3):259–75.

101. Barros S, Batista LE, Dellosi ME, Escuder MML. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: Um olhar sob a perspectiva racial. Saude e Soc. 2014;23(4):34–46.

102. Khalifeh H, Johnson S, Howard LM, Borschmann R, Osborn D, Dean K, et al. Violent and non-violent crime against adults with severe mental illness. Br J Psychiatry [Internet]. Cambridge University Press; 2015 Apr 2 [cited 2018 Sep 4];206(4):275–82. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000278707/type/journal_article

103. Salles MM, Barros S. Reinternação em hospital psiquiátrico: A compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. Rev da Esc Enferm. 2007;41(1):73–81.

104. Silva MLB e, Dimenstein MDB. Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. Arq Bras Psicol [Internet]. scielopepsic; 2014;66:31–46. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672014000300004&nrm=iso

105. dos Santos JC, Barros S. O processo de assistir para incluir - diretrizes para o cuidado de enfermagem. In: Editora A, editor. Aspectos históricos, findamentos para o cuidar e saúde mental infanto-juvenil. Curitiba: Silva, L A Santos, I; 2017. p. 126–56.

106. Amarante PDDC. Reforma psiquiátrica e Epistemologia. Cad Bras Saúde Ment [Internet]. 2009;1 (1):34–41. Available from: http://stat.ijkem.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/998

107. Moraes R De. Franco rotelli: contribuições para repensar o paradigma psiquiátrico. 1991.

108. Rotelli F. A instituição inventada. Per la Salut Ment. 1988;112.

109. Feitosa M. Exclusão social e pobreza nas interfaces entre o direito econômico do desenvolvimento e o direito humano ao desenvolvimento. In: Silveira V, Sanches S, Couto M, editors. Direito e desenvolvimento no Brasil do século XXI. Brasília: Ipea: CONPEDI; 2013. p. 103–21.

110. IBGE. Censo Demográfico de 2010: Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, editor. Rio de Janeiro; 2011.

111. DIEESE. Anuário do Sistema Público de Emprego, Trabalho e Renda 2015:Qualificação Social e Profissional: livro 4. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconomicos, editor. São Paulo; 2015. 94 p.

112. Smolen JR, Araújo EM de. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. Cien Saude Colet [Internet]. 2017;22(12):4021–30. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021204021&lng=pt&tlng=pt

113. Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. Cad Saúde Publica. 2005;21(5):1595–601.

114. Commission for Racial Equality. Migrants , minorities and employment and in the United Kingdom: exclusion, discimination and anti-discrimination. 2002.

115. Priest N, Paradies Y, Trenerry B, Truong M, Karlsen S, Yvonne K. A systematic review of studies examining the relationship between reported racism and health and wellbeing for children and young people. Soc Sci Med. 2013;95:115–27.

116. Silva ALAE, Fonseca RMG. Os nexos entre concepção do proceso saude/doença mental e as tecnologias de cuidados. Rev Lat Am Enfermagem. 2003;11(6):800–6.

117. Cerqueira D, Moura R. Vidas Perdidas e Racismo no Brasil. Brasilia; 2013.

118. Galleguillos TGB, Neves H, Lira M, Nazário C, Castro I, Freitas M, et al. Aspectos da questão étnico-racial e saúde no Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde, editor. São Paulo.: Coordenação de Epidemiologia e Informação-CEInfo.; 2015. 60 p.

119. Teixeira C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia; 2011.; 2011.

120. Isaacs AN, Pyett P, Oakley-Browne M a., Gruis H, Waples-Crowe P. Barriers and facilitators to the utilization of adult mental health services by Australia's Indigenous people: Seeking a way forward. Int J Ment Health Nurs. 2010;19(2):75–82.

121. Curado MAS, Teles J, Marôco J. Analysis of variables that are not directly observable: Influence on decision-making during the research process. Rev da Esc Enferm. 2014;48(1):146–52.

122. Holgado-Tello FP, Chacón-Moscoso S, Barbero-García I, Vila-Abad E. Polychoric versus Pearson correlations in exploratory and confirmatory factor analysis of ordinal variables. Qual Quant. 2009;44(1):153–66.

123. Boyle GJ. Does item homogeneity indicate internal consistency or item redundancy in psychometric scales? Personal Individ Differ. 1991;12(3):291–4.

124. Cho E. Making Reliability Reliable: A Systematic Approach to Reliability Coefficients. Organ Res Methods [Internet]. 2016;19(4):651–82. Available from: https://doi.org/10.1177/1094428116656239

125. Pinto ER. Conceitos fundamentais dos métodos projetivos. Ágora Estud em Teor Psicanalítica [Internet]. 2014;17(1):135–53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982014000100009&lng=pt&tlng=pt

ANEXOS

ANEXO 01 – Autorização Institucional da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura de São Paulo.

PREFEITURA DA CIDADE DE
SÃO PAULO
SECRETARIA DA SAÚDE

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Drogas

São Paulo, 23 de novembro 2015.

Oficio nº 95/2015- Saúde Mental

Trata o presente de emitir parecer sobre a pesquisa intitulada **A adaptação cultural e a validação da escala *Social and Community Opportunities Profile* (SCOPE).** pela coordenação da Profª Drª SÔNIA BARROS.

A Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras drogas avalia que a pesquisa revela consistência técnica, fundamentação teórica na área em que se propõe a estudar e poderá trazer subsídios para aprimorar o atendimento nas práticas de saúde mental do SUS.

Autorizamos a realização da pesquisa e condicionamos esta autorização à aprovação do CEP da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Atenciosamente,

Myres Maria Cavalcanti
Coordenadora da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
SMS-G-SP

ANEXO 02 – Permissão para validar o SCOPE.

Would you send us the permit to use your instrument? It may be a requirement for Ethics committee purposes, regarding my doctorate proposal.

Best regards,
Jussara

Huxley P.J. <p.j.huxley@swansea.ac.uk> 6/15/14
to me

I will send you confirmation tomorrow.
Best wishes
Peter

From: Jussara [mailto:scjussara@gmail.com]
Sent: 14 June 2014 21:22
To: Huxley P.J.
Cc: c.k.m.bevan@swansea.ac.uk
Subject: Re: Instrument Social and Community Opportunities Profile (SCOPE)

Huxley P.J. <p.j.huxley@swansea.ac.uk> 6/17/14
to me

To whom it may concern:
I hereby give permission for the use of the SCOPE, by the recipient of this message (SCJussara) for the purposes of PhD research. The only condition is that I receive an anonymised data set and copies of any published material base on SCOPE results.

Yours Faithfully

Professor Peter J Huxley

ANEXO 03 – Versão Original da escala *Social Community Opportunities Profile* (SCOPE-Short Version)

Thank You for completing this questionnaire.
It will be accompanied by an information sheet and consent form for you to sign.

Your Leisure Time...
1) Are there any leisure, sports or entertainment facilities in your area? (Please tick one)
( ) Yes ( ) No – Please move to Q3 ( )Don't know – Please move to Q3

2) Do you currently use any leisure, sports or entertainment facilities in your area? (Please tick one)
( ) Yes ( ) No

3) How do you feel about the opportunities that you have to participate in leisure activities? Please circle one)
(1) Terrible (2) Displeased (3) Mostly dissatisfied (4) Mixed (5) Mostly satisfied (6) pleased (7) Delighted

4) In what ways (if any) would you like to change your leisure opportunities?
Please State
_____
_____
_____
_____

5) What Do you think about the general availability of community groups, clubs and organisations in your area? (Please tick one)
( ) There are plenty of opportunities ( ) There are some good opportunities ( ) Mixed
( ) Opportunities are quite limited ( ) Opportunities are extremely restricted

6) In the last 12 months, have you given UNPAID help to someone who is not a relative? Examples of unpaid help include; shopping, running errands, child care, house/ pet sitting (Please tick one)
( ) Yes ( ) No

7) Did you vote in the May 2005 general election? (please tick one)
( ) Yes ( ) No

8) How do you feel about the range of opportunities to be involved with community groups, clubs or organizations that are available in your area? (Please circle one)
(1) Terrible (2) Displeased (3) Mostly dissatisfied (4) Mixed (5) Mostly satisfied (6) pleased (7) Delighted

Your Housing And Accommodation...
For the purpose of this survey a household is either: one person living alone OR a group of people (not necessarily related) living at the same address as their only or main residence with common housekeeping – that is, they normally share at least one meal per day or share the living accommodation (a living or sitting room).

9) What type of accommodation does your household occupy? (Please tick one)
A Whole house or bungalow that is:
( ) Detached ( ) Semi-Detached ( ) Terraced (including end-terrace)
A Flat, Maisonette, or apartment that is:
( ) In A purpose-built block of flats or tenement
( ) Part of converted or shared house (including bed-sits)
( ) In a commercial building (for example, in an office building, or hotel, or over a shop)
Mobile or temporary structure:

( ) A caravan or other mobile or temporary structure
10) What do you think about your opportunities to access suitable accommodation? (please tick one)
( ) There are plenty of opportunities ( ) There are good opportunities for some types of property ( ) Mixed
( ) Opportunities are quite limited ( ) Opportunities are extremely restricted

11) How Do you feel about the range of opportunities for suitable accommodation that available? (please circle one)
(1) Terrible (2) Displeased (3) Mostly dissatisfied (4) Mixed (5) Mostly satisfied (6) pleased (7) Delighted

12) how many cars or vans are owned, or available for use, by one or more members of your household? Include any company car or van if available for private use. (Please tick one)
( ) None ( ) One ( ) Two ( ) Three or more (please state) _____

13) Roughly how many years have you lived in your area? _____

Your Work …
14) What do you think about the opportunity to acquire suitable work in this local area? (please tick one)
( ) There are plenty of opportunities ( ) There are good opportunities for some types of work
( ) Mixed ( ) Opportunities are quite limited ( ) Opportunities are extremely restricted

15) Which of these is currently most applicable to you? (please tick one)
( ) Self employed – Please go to Q16 ( ) In paid employment (f/t or p/t) – Please go to Q16
( ) unemployed - please go to Q18 ( ) Retired from paid work altogether - please go to Q18
( ) On maternity leave - please go to Q18 ( ) looking after family or home - please go to Q18
( ) full time student/ at school - please go to Q18 ( ) long term sick or disabled - please go to Q18
( ) On a government training scheme - please go to Q18
( ) Something else (please give details) _____

For those work
16) How do you feel about your opportunities to find suitable work? (Please circle one)
(1) Terrible (2) Displeased (3) Mostly dissatisfied (4) Mixed (5) Mostly satisfied (6) pleased (7) Delighted

17) Thinking about the seven days ending on Sunday how many hours did you actually work in your main job/business?
Write the number of hours in the box, and then go to Q19. _____

For those not working
18) How do you feel about your opportunities to find suitable work? (Please circle one)
(1) Terrible (2) Displeased (3) Mostly dissatisfied (4) Mixed (5) Mostly satisfied (6) pleased (7) Delighted

Your Finances...
19) Can you tell me what your main source of income is? (Please tick one)
( ) no source of income
( ) Earned income e.g. form employment, investment, property rental
( ) State pension or Pension from a former employment
( ) State Benefits
( ) Other Source of income (please state) _____
( ) Prefer not to say

20) what is your personal annual income (Before tax if applicable)?

Annually	**Monthly**	**Weekly**	**Please tick**
No income at all	No income at all	No income at all	
Less than £7500	Less than £625	£144,20	

Between £7500 and £13500	Between £625 and £1125	Between £144,20 and £260	
Between £13500 and £20500	Between £1125 and £1708	Between £260 and £394,20	
Between £20500 and £27500	Between £1708 and £2292	Between £394,20 and £529	
More Than £27500	More Than £2292	More Than £529	
Prefer not to say	Prefer not to say	Prefer not to say	

21) What do you think about your opportunities to increase your personal income? (please tick one)
( ) There are plenty of opportunities ( ) There are some good opportunities
( ) Mixed ( ) Opportunities are quite limited ( ) Opportunities are extremely restricted

22) If you needed someone to lend your a small amount of money (e.g. for a local taxi fare), do you know anybody who would be able to do so within one week? (Please tick one)
( ) Yes ( ) No – move to Q24

23) If yes, who is this person most likely to be... (Please tick one)
( ) immediate Family ( ) Winder Family ( ) friend ( ) Neighbour ( ) Colleague ( ) Acquaintance

24) Overall, how do you feel about the range of opportunities to secure additional income that are available? (Please circle one)
(1) Terrible (2) Displeased (3) Mostly dissatisfied (4) Mixed (5) Mostly satisfied (6) pleased (7) Delighted

Your Safety...
25) Generally, how safe or unsafe do you feel living in your area? (Please tick one)
( ) Very safe ( ) Fairly safe ( ) A bit unsafe ( ) Very unsafe

26) During the past year have you been a victim of a crime or assault? (Please tick one)
( ) Yes ( ) No

27) How do you feel about your opportunities to live safely in your area? (Please circle one)
(1) Terrible (2) Displeased (3) Mostly dissatisfied (4) Mixed (5) Mostly satisfied (6) pleased (7) Delighted

Your education...
28) What is the highest qualification you have obtained? (please tick one)
( ) No qualification
( ) CSE / GCSE/ 'O' Level
( ) School Certificate or Matric/ City and Guilds Ordinary Level
( ) Degrees / Diplomas/ HNC/ HND
( ) Teaching qualification (excluding PGCE)
( ) Nursing or other medical qualification
( ) Other (please specify) _____

29) In the past 12 months were or are you enrolled on any full-time or part-time education course studying for any qualification even if you did not obtains them? (please tick one)
( ) Yes ( ) No

30) What do you think about the general availability of the educational opportunities in your area? (Please tick one)
( ) There are plenty of opportunities ( ) There are some good opportunities
( ) Mixed ( ) Opportunities are quite limited ( ) Opportunities are extremely restricted

31) How do you feel about the range of educational opportunities that are available to you? (please circle one)

(1) Terrible (2) Displeased (3) Mostly dissatisfied (4) Mixed (5) Mostly satisfied (6) pleased (7) Delighted

Your Health...

32) In the last 12 months, how many times have you talked to, or visited a GP or family doctor about your own physical health? (Please do not include any visits to a hospital) (Please tick one)
( ) No visits ( ) One or two ( ) Three or more ( ) Don't Know

33) In the last 12 months, how many times have you talked to, or visited a GP or family doctor about your own mental health? (Please do not include any visits to a hospital) (Please tick one)
( ) No visits ( ) One or two ( ) Three or more ( ) Don't Know

34) In the last 12 months, how many times have you attended a hospital or clinic (as a day patient or an in-patient) for physical health problem? (Please tick one)
( ) No visits ( ) One or two ( ) Three or more ( ) Don't Know

35) In the last 12 months, how many times have you attended a hospital or clinic (as a day patient or an in-patient) for mental health problem? (Please tick one)
( ) No visits ( ) One or two ( ) Three or more ( ) Don't Know

36) How do you feel about your opportunities to access health care when you need it for a physical health problem? (please circle one)
(1) Terrible (2) Displeased (3) Mostly dissatisfied (4) Mixed (5) Mostly satisfied (6) pleased (7) Delighted

37) How do you feel about your opportunities to access health care when you need it for a mental health problem? (please circle one)
(1) Terrible (2) Displeased (3) Mostly dissatisfied (4) Mixed (5) Mostly satisfied (6) pleased (7) Delighted

Your Family and Friends...

38) Are either of your parents alive? (please tick one)
( ) Yes ( ) No – please move to Q40

39) How often are you in contact with your parents? (Please tick one)
( ) Once a week or more ( ) Once a month ( ) Several times a year ( ) once a year or less ( ) never/ Almost never

40) How do you feel about opportunities for contact with your family? (Please circle one)
(1) Terrible (2) Displeased (3) Mostly dissatisfied (4) Mixed (5) Mostly satisfied (6) pleased (7) Delighted

41) How many people would you call a friend? _____

42) How often do YOU have friends or neighbours round to your house? (Please tick one)
( ) Every day ( ) Several Times a week ( ) At least once a week ( ) at least once a fortnight
( ) At least once a month ( ) Less than once a month ( ) Never

43) How do you feel about your opportunities for contact with your friends and neighbours? (Please circle one)
(1) Terrible (2) Displeased (3) Mostly dissatisfied (4) Mixed (5) Mostly satisfied (6) pleased (7) Delighted

44) Overall, how do you feel about the extent to which you are included in society? (Please circle one)
(1) Terrible (2) Displeased (3) Mostly dissatisfied (4) Mixed (5) Mostly satisfied (6) pleased (7) Delighted

Profile Section

45) Gender (Please tick one)
( ) Female ( ) male

46) What age were you on your last birthday? _____

47) What is your ethnic group?

Asian or Asian British	Indian	
	Pakistani	
	Banglandeshi	
	Any other Asian Backgrund (please state)	
Chinese	Chinese	
Mixed	White and Black Caribbean	
	White and Black African	
	White and Asian	
	Any other mixed background	
White	White British	
	White Irish	
	Any Other White Background	

48) Do you have any long-term illness, health problems or disability which limits your daily activities or the work you can do? (please tick one) Include problems which are due to old age.
( ) Yes ( ) No

THANK YOU FOR COMPLETING SCOPE

APÊNDICES

APÊNDICE 01 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Resolução 466/2012 do CNS - Usuários dos CAPS)

O senhor está sendo convidado(a) para participar da pesquisa "**A adaptação cultural e a validação da escala *Social and Community Opportunities Profile* (SCOPE)**", que tem por objetivo verificar o desempenho de um instrumento de avaliação nomeado de "Social and Communities Opportunities Profile (SCOPE) para uso no Brasil. Isso significa que o objetivo dessa pesquisa é avaliar se a versão brasileira do SCOPE pode ser utilizada para mensurar a inclusão social dos usuários de CAPS em sua comunidade.

Para alcançar esse objetivo precisamos que usuários de CAPS respondam a dois questionários. Com isso, sua participação na pesquisa consiste em responder à versão brasileira da escala SCOPE e um questionário para caracterização dos usuários, e isto poderá ser feito em um ou dois encontros. Os encontros serão realizados no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) onde você é assistido, nos dias das assembleias de usuários do serviço. O tempo mínimo que você gastará para responder ao questionário é de 30 minutos.

O preenchimento destes questionários não oferece risco imediato ao (a) senhor (a), porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço após responder os questionários. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o senhor (a) poderá optar pela suspensão imediata da entrevista.

O senhor (a) NÃO terá custo ou compensação financeira ao participar do estudo.

Informo que o (a) senhor(a) será indenizado(a) por danos que venha a sofrer, desde que seja comprovado que o mesmo está relacionado com a pesquisa.

A sua participação é voluntária e seu consentimento pode ser retirado a qualquer momento, sem prejuízos. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição sobre a qual forneceu os dados.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, seu nome não será divulgado em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos. Este trabalho poderá contribuir de forma direta ou indireta para identificar a qualidade da assistência em CAPS na cidade de São Paulo.

Comunico que deverá rubricar todas as páginas do termo e assinar as duas vias do mesmo em local indicado, isso se concordar em participar da pesquisa. Logo após rubricar e assinar os termos, o

(a) senhor (a) receberá uma via – também rubricada e assinada pela pesquisadora responsável pela pesquisa – no qual consta o telefone e o endereço da mesma, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer etapa do estudo.

Para esclarecimentos sobre a pesquisa você pode entrar em contato com:
Jussara Carvalho dos Santos, pesquisadora responsável, na Escola de Enfermagem da USP, situada na Av. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica (ENP), ou pelo e-mail jusantos@usp.br - Telefone: (11) 96700-2521.

Esclareço que os Comitês de Ética em Pesquisa são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo os seres humanos. Caso tenha alguma consideração ou dúvida sobre ética em pesquisa, entre em contato com os seguintes Comitês de Ética em Pesquisa:
O Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde, Rua General Jardim, 36, 1º andar - Telefone: 3397-2464 - e-mail: smscep@gmail.com, e
O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, na Escola de Enfermagem da USP, situada na Av. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, ou pelo email: cepee@usp.br e telefone: 3061-8858.

Afirmo que esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Agradeço a sua colaboração.

_____

Enfª. Mestre Jussara Carvalho dos Santos
(Pesquisadora Responsável)
Escola de Enfermagem daUniversidade de São Paulo (EEUSP)
Telefone: (11) 96700252. E-mail: jusantos@usp.br

Assinatura do participante da pesquisa: _____
São Paulo, ____ de _____ de 201__

APÊNDICE 02 – Instrumento de coleta de dados da Iniciação científica, complementar ao SCOPE-B.

CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA.

Iniciais do Nome:_____ Data de Nascimento: ____/____/____

Unidade de atendimento:_____

Local de Nascimento: _____

Cidade:_____

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Gênero: ( ) Heterossexual ( ) Homossexual ( ) Bissexual ( )Transsexual Especifique:_____	Estado civil: ( ) Casado(a) ( ) Solteiro(a) ( ) Viúvo(a) ( ) União estável ( ) Divorciado(a)
Raça/Cor: ( ) Branco ( ) Pardo ( ) Preto ( ) Amarelo ( ) Indígena	Escolaridade: ( ) analfabeto ( ) ensino fundamental incompleto ( ) ensino fundamental completo ( ) ensino médio incompleto ( ) ensino médio incompleto ( ) ensino superior incompleto
Religião: _____	Profissão: _____
Bairro onde mora: _____	Número total de pessoas com quem reside: _____
Grau de parentesco: 1. _____ 6. _____ 2. _____ 7. _____ 3. _____ 8. _____ 4. _____ 9. _____ 5. _____ 10. _____	
Seu Domicílio é: ( ) Próprio ( ) Alugado ( ) Outro:_____	Sua casa possui luz e água encanada? ( ) Sim ( )Não ( ) Uma das opções, Especifique: _____
Tipo de moradia: ( ) casa ( ) apartamento ( ) cômodo ( ) beneficio. Qual?_____	Por qual motivo você habita essa moradia? ( ) Vontade própria ( ) Motivo financeiro ( ) Motivos de saúde ( )Outro: _____
Renda pessoal: ( ) Sem rendimento	Renda familiar: ( ) Sem rendimento ( )Até1/2 salário mínimo de 1/2 a 1 salário mínimo

( )Até1/2 salário mínimo de 1/2 a 1 salário mínimo ( ) Mais de 1 a 2 salários mínimos ( )Mais de 2 a 3 salários mínimos ( )Mais de 3 a 5 salários mínimos ( )Mais de 5 a 10 salários mínimos ( )Mais de 10 a 20 salários mínimos ( )Mais de 20 salários mínimos	( ) Mais de 1 a 2 salários mínimos ( )Mais de 2 a 3 salários mínimos ( )Mais de 3 a 5 salários mínimos ( )Mais de 5 a 10 salários mínimos ( )Mais de 10 a 20 salários mínimos ( )Mais de 20 salários mínimos
Situação empregatícia: ( ) Formal (carteira assinada) ( ) Informal (sem carteira assinada) ( ) Aposentado	
Uso de Drogas: ( ) tabaco ( ) álcool ( ) crack ( ) maconha ( ) cocaína ( ) outra, Especifique:_____	Frequência do uso de drogas: ( ) Diário ( ) Esporádico, Especifique:_____
Já esteve internado em Hospital Psiquiátrico? ( ) Não ( ) Sim - Por quanto tempo?_____	
Há quanto tempo você frequenta este serviço. _____	
Você toma algum medicamento? ( ) Não ( ) Sim – Quais?_____	
Quais atividades você participa no CAPS?	
Você participa de algum projeto de geração de renda. ( ) Não ( ) Sim – Qual?	
O que você faz fora do CAPS?	
O que você faz em casa? E fora de casa?	

APÊNDICE 03 – Resumo do artigo de Iniciação Científica coorientada pela pesquisadora desta tese.

INCLUSÃO SOCIAL DOS USUÁRIOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SÃO PAULO: PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO.

Natália Patacho Cafarelli

Sônia Barros

Jussara Carvalho dos Santos

Resumo: O presente estudo tem por objetivo geral: caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico dos usuários de CAPS do Município de São Paulo de acordo com a variável raça/cor; e como objetivos específicos: comparar o perfil socioeconômico e demográfico dos usuários dos CAPS do Município de São Paulo com o censo do IBGE de 2010, a fim de analisar como tem se obtido a inclusão social dos usuários de CAPS segundo a variável raça/cor na sociedade paulistana. Estudo exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa, do tipo transversal. A população foi constituída por usuários dos CAPS Adultos do município de São Paulo. O estudo foi conduzido com uma amostra 185 usuários, que aceitaram em participar da pesquisa, e foi desenvolvido em 25 CAPS Adultos de quatro regiões do município de São Paulo - divididos em CAPS tipo I, tipo II e tipo III. Os resultados apontaram que a população geral do CAPS apresenta prejuízos em sua cidadania e em sua inclusão na sociedade por possuir algum transtorno mental, devido ao estigma; exibindo dificuldades no acesso a diversos serviços básicos e muitas vezes encontra-se a margem da sociedade, expondo índices mais baixos de escolaridade, menor renda e menor acesso a trabalhos melhor valorizados e moradia adequada, quando comparado à população do município de São Paulo. Ao se somar a questão raça/cor, tais questões são agravadas, pois essa população sofre com o flagelo da exclusão social, salientado pelos índices que apresentaram significância para o Teste Qui-quadrado de Pearson, escolaridade e situação empregatícia, refletindo diretamente nas condições de vida (ilustrado pelo tipo de moradia), pois com a falta de acesso à qualificação profissional não há melhoria salarial. Em conclusão a inclusão social das pessoas com transtornos mentais acontece de maneira discreta na sociedade, por meio dos Projetos de Economia Solidária realizado nos CAPS, pois ainda há muita dificuldade no acolhimento e receptividade da população com transtorno mental, devido ao estigma.

Palavras-chaves: saúde mental, inclusão social, caracterização de perfil do usuário, raça/cor.

APÊNDICE 04 – Instrumento de avaliação do Comitê de especialistas.

INSTRUMENTO ON-LINE DE AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DA TRADUÇÃO DA ESCALA "*SOCIAL AND COMMUNITY OPPORTUNITIES PROFILE* (SCOPE)." PARA JUÍZES ESPECIALISTAS.

Identificação do Juiz especialista

Nome completo:
Profissão/Ocupação:
Área de atuação:
Instituição onde trabalha:

Instrução para preenchimento do instrumento de avaliação:

1º Solicito que o senhor(a) realize a leitura atenta da apresentação do instrumento e das diferentes versões de traduções, bem como da versão de síntese das traduções;

2º Após a leitura dos documentos, analise cada item que compõe o SCOPE-B quanto: à clareza; à adequação da linguagem; à adequação de cada item e do SCOPE-B em sua totalidade aos propósitos e finalidades propostas; à estrutura e apresentação; à relevância.

3º Conduza a avaliação considerando os itens apresentados neste instrumento de avaliação de acordo com a legenda abaixo:

4-Adequado
3- Parcialmente adequado
2- Inadequado
1 - Não se aplica

4º Assinale o número que for escolhido para avaliação de cada item.
5º Ao final de sua avaliação, por gentileza, salve sua avaliação.
6º Envie para o e-mail jusantos@usp.br este arquivo com sua avaliação salva.

Agradecemos sua colaboração!

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA USO DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS

Item 1- Há algum espaço para lazer, esportes ou entretenimento em sua região?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 2 - Você atualmente usa algum espaço para lazer, esportes ou entretenimento em sua região?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 3 - Como você se sente em relação às oportunidades de participar das atividades de lazer?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 4 - De que formas (se existem) você gostaria de mudar suas oportunidades de lazer? Por favor, descreva.				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4

Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 5 - O que você acha da disponibilidade geral de grupos comunitários, clubes e organizações na sua região?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 6 - Nos últimos 12 meses, você deu ajuda não remunerada a alguém que não fosse um parente? ***Alguns exemplos de ajuda não remunerada: compras, tarefas externas, cuidado infantil, tomar conta de animais/casas.***				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 7 - Você votou nas eleições gerais de outubro de 2014?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 8 - Como você se sente em relação às oportunidades para se engajar em grupos comunitários, clubes, organizações que estão disponíveis em sua região?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 9 - Sua residência ocupa que tipo de acomodações?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 10 - O que você acha das oportunidades de ter acesso a acomodações apropriadas?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 11 - Como você se sente em relação às oportunidades de acomodação apropriada que estão disponíveis?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 12 - Quantos carros ou vans são de propriedade, ou disponíveis para o uso, de um ou mais membros da sua residência? Inclua quaisquer carros de companhia ou vans se disponíveis para uso pessoal.				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 13 - Aproximadamente, por quantos anos você tem vivido nessa região?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 14 - O que você acha das oportunidades para conseguir trabalho apropriado nessa região?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4

Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 15 - Quais destas situações é atualmente mais aplicável a você?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 16 - Como você se sente em relação às oportunidades de encontrar um emprego apropriado?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 17 - Considerando os sete dias da semana, terminando no domingo, quantas horas você trabalhou de fato no seu emprego principal?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 18 - Como você se sente em relação às oportunidades de encontrar um emprego apropriado?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 19 - Qual é a sua principal fonte de renda?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 20 - Qual é a sua renda pessoal mensal (sem desconto de impostos, se aplicável)?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 21 - O que você acha das suas oportunidades de aumentar a sua renda pessoal?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 22 - Se você precisasse que alguém lhe emprestasse uma pequena quantia de dinheiro (por exemplo, para uma corrida de táxi local), você conhece alguém que poderia fazer isso dentro de uma semana?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 23 - Se sim, essa pessoa provavelmente seria…				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 24 - No geral, como você se sente em relação às oportunidades disponíveis para garantir rendas adicionais?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4

Item 25 - Geralmente, quão seguro ou inseguro você se sente vivendo na sua região?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 26 - Durante o último ano, você foi vítima de um crime ou assalto?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 27 - Como você se sente em relação às oportunidades de viver com segurança em sua região?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 28 - Qual é a sua qualificação mais alta?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 29 - Nos últimos 12 meses você esteve ou está inscrito em algum curso educacional em meio período ou período integral para obter alguma qualificação, mesmo se não tiver obtido a qualificação?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 30 - O que você acha da disponibilidade geral das oportunidades educacionais na sua região?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 31 - Como você se sente em relação às oportunidades de educação disponíveis para você?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 32 - Nos últimos 12 meses, quantas vezes você conversou ou teve uma consulta com um clínico geral ou médico da família ou de outra especialidade para falar sobre a sua saúde física? (Não incluir visitas a hospitais)				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 33 - Nos últimos 12 meses, quantas vezes você conversou ou teve uma consulta com um clínico geral ou médico da família ou de outra especialidade para falar sobre a sua saúde mental? (Não incluir visitas a hospitais)				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 34 - Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi a hospitais ou clínicas (como paciente ambulatorial ou internado) devido a um problema de saúde física?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4

Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 35 - Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi a hospitais ou clínicas (como paciente ambulatorial ou internado) devido a um problema de saúde mental?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 36 - Como você se sente em relação às oportunidades de acesso a serviços de saúde para problemas de saúde física?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 37 - Como você se sente em relação às oportunidades de acesso a serviços de saúde para problemas de saúde mental?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 38 - Algum dos seus pais está vivo?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 39 - Com que frequência você entra em contato com seus pais?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 40 - Como você se sente em relação às oportunidades de contato com a sua família?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 41 - Quantas pessoas você pode chamar de amigo?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 42 - Com que frequência você recebe amigos ou vizinhos na sua casa?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 43 - Como você se sente em relação às oportunidades de contato com os seus amigos ou vizinhos?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 44 - No geral, como você se sente sobre o seu nível de inclusão na sociedade?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4

Item 45 - Sexo				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 46 - Qual a sua idade no seu último aniversário?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 47 - Qual é a sua raça/cor?				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
Item 48 - Você tem alguma doença crônica, algum problema de saúde ou deficiência que limite as suas atividades diárias ou o seu trabalho? Incluir os problemas devido à idade avançada.				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a adequação desse item aos propósitos e finalidades propostos?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação desse item?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância desse item?	1	2	3	4
A ESCALA				
Como você avalia a clareza e a adequação da linguagem?	1	2	3	4
Como você avalia a estrutura e apresentação?	1	2	3	4
Como você avalia a relevância?	1	2	3	4
Como você avalia a versão brasileira do SCOPE-BR em sua totalidade aos propósitos e finalidades propostas?	1	2	3	4

Sugestões:

São Paulo, ___ de _____ de 20___.

Assinatura do Juiz Expertise: _____

APÊNDICE 05 – Relatório referente ao Programa de doutorado sanduíche no exterior - CAPES

Relatório da Bolsista sobre os trabalhos desenvolvidos no exterior

Ex- Bolsista: Jussara Carvalho dos Santos - Doutoranda no Programa Interunidades em Doutoramento em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), ex bolsista do PDSE - CAPES.
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Sônia Barros - EEUSP
Supervisor no exterior: Prof. Dr. Peter John Huxley
Instituição no Exterior: School of Sciences – Bangor University
Período: 01 de Abril – 30 de novembro de 2017

Título: Inclusão social e validação de constructo: escala *Social and Community Opportunities Profile.*

O estágio de doutorado sanduíche foi realizado entre os dias 01 de abril e 30 de novembro de 2017, como parte da tese de doutorado "**A adaptação transcultural e a validação da escala *Social and Community Opportunities Profile* (SCOPE).**".

O estágio foi supervisionado pelo Prof. Dr. Peter John Huxley, sendo desenvolvido na School of Sciences da Bangor University e no Centre for mental Health and Society of the United Kingdom.

Durante o estágio sanduíche, tive a oportunidade de apresentar o contexto da saúde mental brasileira e um pouco sobre a nossa Política Nacional de Saúde Mental para alunos e pesquisadores do Grupo de Pesquisa do Prof. Dr. Peter J. Huxley, além de conhecer a realidade britânica. Durante essa troca, podemos discutir potencialidades e limitações de cada modelo assistencial e pensar em projetos de pesquisa conjuntos. Dentre essas possibilidades e limitações, pudemos verificar que, apesar da semelhança do sistema de saúde dos dois países ser universal, as configurações dos serviços comunitários são diferentes (a exemplo: no Brasil existe serviços comunitários específicos para a saúde mental, bem como uma rede de serviços de saúde, ou seja, a rede de atenção psicossocial que integra diversos serviços para cuidar holisticamente da pessoa com transtorno mental e a qualquer momento; no Reino Unido existe equipes especializada por tipo de transtorno mental responsáveis por um território que dão suporte aos centros de saúde, sendo estes últimos o principal local de tratamento, o que gera filas de espera para o atendimento pelo especialista que podem superar sete meses). Diante dessa observação, concluímos que haviam avanços imensuráveis no nosso modelo de atenção psicossocial que estava vigente até novembro de 2017 e que forma representados pelos resultados do nosso artigo publicado na Internacional Journal of Social Psychiatric.

Dessa maneira, apresentar e conhecer a realidade de cada país foi importante para que pudéssemos discutir o processo de adaptação transcultural do SCOPE para o português falado no Brasil. Esse processo de discussão das propriedades psicométricas do instrumento SCOPE, exigiu – por diversas vezes – várias análises estatísticas fossem feitas e, assim, pudemos discutir o processo de validação do instrumento SCOPE no Brasil e em outros países, tais como: Singapura, Hong Kong, Austrália, Polônia e Reino Unido, os quais têm um cronograma de pesquisa similar.

Por fim, os dados obtidos a partir da aplicação do SCOPE sobre a Inclusão social de usuários de CAPS foram apresentados e discutidos de modo que fosse possível comparar a realidade da assistência em saúde mental no Brasil, Reino Unido e Hong Kong, acarretando um artigo, recentemente publicado na revista International Journal of Social Psychiatric (JC Santos, S Barros, PJ Huxley. Social inclusion of the people with mental health issues: Compare international results. International Journal of Social Psychiatry, 2018).

Outros dois manuscritos foram escritos durante o período de estágio sanduíche com co-autoria da orientadora no Brasil e do co-orientador no exterior. Estes serão, em breve, submetidos a duas revistas de indexação na Web of Science.

Também, tive a oportunidade de participar de workshops oferecidos pela Bangor University, bem como de três eventos científicos – apresentando parte dos resultados obtidos com a análise psicométricas dos dados e um trabalho do Grupo de Pesquisa Brasileiro, o qual faço parte. Essa experiência foi de suma importância para divulgar nossa pesquisa, firmando o compromisso com a internacionalização da pesquisa brasileira.

Dessa forma, acredito que esse estágio foi muito importante, pois ajudou a desenvolver – ainda mais – minhas habilidades científicas e de expressão na língua inglesa, além de ampliar meu conhecimento sobre a realidade internacional e sobre minha área de estudos.

Cordialmente,

Jussara Carvalho dos Santos
Ex-Bolsista PDSE-CAPES

APÊNDICE 06 - Escala Perfil das Oportunidades Sociais e Comunitárias (SCOPE-B).

Perfil das Oportunidades Sociais e Comunitárias (SCOPE-B).

A partir desse momento, você estará preenchendo um questionário que contém uma escala que medirá a sua inclusão social na comunidade onde mora.

São 31 questões que servirão para entender melhor sua realidade e outras 17 questões que medirão sua inclusão social. Estas 17 questões são a escala SCOPE-B. São 12 questões (subescala de Satisfação) possuem opções que variam de 1 ponto (Muito insatisfeito) a 7 pontos (Muito satisfeito). As outras 05 questões (Subescala de Oportunidades Percebidas) possuem opções que variam de 1 ponto (Há muitas Oportunidades) a 5 pontos (Oportunidades são extremamente restritas).

Como calcular o resultado?

Você somará sua pontuação referente subescala de Satisfação (Pontuação variará entre 12 a 84 pontos). Depois, você somará a pontuação da subescala Oportunidade Percebida (Pontuação variará entre 05 a 25 pontos). Após obter os dois resultados, você somará ambos tendo o resultado final, que poderá variar:

- Pontuação mínima: 37 pontos, significa **total exclusão social**;
- Pontuação média: 63 pontos.
- Pontuação máxima: 89 pontos, significa **total inclusão social;**

Se sua pontuação ficar entre 38 pontos a 62 pontos, seu resultado indica **inclusão social muito baixa.** Entre 63 pontos a 88 pontos**,** indica **inclusão social baixa.**

SCOPE-B

LAZER

1) Há algum espaço para lazer, esportes ou entretenimento em sua região? (Assinale uma resposta)
( ) Sim ( ) Não – por favor, vá para a pergunta 3 ( ) Não sei – por favor, vá para a pergunta 3

2) Você atualmente usa algum espaço para lazer, esportes ou entretenimento em sua região? (Assinale uma resposta)
( ) Sim ( ) Não

3) Como você se sente em relação às oportunidades que você tem de participar das atividades de lazer? (Circule uma opção)
(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (nem insatisfeito, nem satisfeito) (5) Um pouco satisfeito (6) Satisfeito (7) Muito Satisfeito

4) De que formas (se existem) você gostaria de mudar suas oportunidades de lazer? Por favor, descreva.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL

5) O que você acha sobre a disponibilidade dos grupos comunitários, clubes e organizações da sua região? (Assinale uma resposta)
(1) Há muitas oportunidades (2) Há algumas boas oportunidades (3) Ambivalente (há e não há oportunidades) (4) Oportunidades são limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas

6) Nos últimos 12 meses, você deu ajuda NÃO REMUNERADA a alguém que não fosse um parente? Exemplos de ajuda não remunerada: fazer compras, realizar tarefas na rua para alguém, cuidar de crianças/animais de estimação/da casa (Assinale uma resposta)
( ) Sim ( ) Não

7) Você votou nas últimas eleições? (Assinale uma resposta)
( ) Sim ( ) Não

8) Como você se sente em relação às oportunidades de participação nos grupos comunitários, clubes ou organizações disponíveis na sua região? (Circule uma opção)
(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (nem insatisfeito, nem satisfeito) (5) Um pouco satisfeito (6) Satisfeito (7) Muito Satisfeito

HABITAÇÃO
9) Em que tipo de habitação você reside?(Assinale uma resposta)
Uma casa:
( ) independente (casa que não divide terreno)
( ) semi-independente (Casa que divide o mesmo terreno com outras casas)
( ) geminada (casa que divide parede com outra casa)
Apartamento ou cômodo que:
( ) Está localizado em um condomínio ou conjunto habitacional
( ) Faz parte de uma casa dividida ou compartilhada (por exemplo: pensão e serviço residencial terapêutico)
( ) Está localizado em um prédio comercial (por exemplo: em um prédio de escritórios, hotel ou sobreloja)
Estrutura móvel ou temporária:
( ) Trailer ou outra estrutura móvel ou temporária
( ) albergue ou abrigo
( ) em situação de rua

10) O que você acha das suas oportunidades de ter acesso a cômodos adequados? (Assinale uma resposta)
(1) Há muitas oportunidades (2) Há boas oportunidades para alguns tipos de propriedade (3) Ambivalente (há e não há oportunidades) (4) Oportunidades são limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas

11) Como você se sente em relação às oportunidades de cômodos adequados que estão disponíveis? (Circule uma opção)
(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (nem insatisfeito, nem satisfeito) (5) Um pouco satisfeito (6) Satisfeito (7) Muito Satisfeito

12) Quantos carros ou vans são de propriedade, ou disponíveis para o uso, de um ou mais membros da sua residência? Inclua quaisquer carros ou vans de empresas se disponíveis para uso pessoal. (Assinale uma resposta) ( ) Nenhum ( ) Um ( ) Dois ( ) Três ou mais (informar quantos)

13) Há quantos anos você vive nessa região? _____

TRABALHO

14) O que você acha das oportunidades para conseguir trabalho adequado nesta região? (Assinale uma resposta)
(1) Há muitas oportunidades (2) Há muitas oportunidades para alguns tipos de trabalho (3) Ambivalente (Há e não há oportunidades) (4) Oportunidades são consideravelmente limitadas
(5) Oportunidades são extremamente restritas

15) Quais destas situações é atualmente mais aplicável a você? (Assinalar uma resposta)
( ) Autônomo – vá para a pergunta 16
( ) Empregado remunerado (meio período ou período integral) – vá para a pergunta 16
( ) Desempregado - vá para a pergunta 18
( ) Aposentado de emprego remunerado - vá para a pergunta 18
( ) Em licença-maternidade - vá para a pergunta 18
( ) Cuidando da família ou da casa - vá para a pergunta 18
( ) Estudante em tempo integral (na escola) - vá para a pergunta 18
( ) Em afastamento por doença ou invalidez - vá para a pergunta 18
( ) Outra situação (especificar)

Para quem trabalha
16) Como você se sente em relação às oportunidades de encontrar um emprego adequado? (Circule uma opção)
(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (nem insatisfeito, nem satisfeito) (5) Um pouco satisfeito (6) Satisfeito (7) Muito Satisfeito

17) Considerando os sete dias da semana terminando no domingo, quantas horas você trabalhou de fato no seu emprego principal? Escreva o número de horas a seguir e vá para a pergunta 19. _____

Para quem não trabalha
18) Como você se sente em relação às oportunidades de encontrar um emprego adequado? (Circule uma opção)
(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (nem insatisfeito, nem satisfeito) (5) Um pouco satisfeito (6) Satisfeito (7) Muito Satisfeito

RENDA
19) Qual é a sua principal fonte de renda? (Assinale uma resposta)
( ) Nenhuma fonte de renda
( ) Renda recebida, por ex., de emprego, investimentos, aluguel de imóveis
( ) Pensão do estado ou pensão de emprego anterior
( ) Benefícios do estado
( ) Outra fonte de renda (especificar) _____
( ) Prefiro não informar

20) Qual é a sua renda mensal pessoal (sem desconto de impostos, se aplicável)?
( ) Sem rendimento
( ) Até ½ salário-mínimo

( ) Mais de ½ até 1 salário-mínimo
( ) Mais de 1 até 2 salários-mínimos
( ) Mais de 2 até 3 salários-mínimos
( ) Mais de 3 até 5 salários-mínimos
( ) Mais de 5 até 10 salários-mínimos
( ) Mais de 10 até 20 salários-mínimos
( ) Mais de 20 salários-mínimos
( ) Prefiro não informar

21) O que você acha das oportunidades de aumentar a sua renda pessoal? (Assinale uma resposta)
(1) Há muitas oportunidades (2) Há algumas boas oportunidades (3) Ambivalente (Há e não há oportunidades) (4) Oportunidades são consideravelmente limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas

22) Se você precisasse de uma pequena quantia de dinheiro emprestado (por ex., para uma corrida de táxi), você conhece alguém que poderia fazer isso em uma semana? (Assinale uma resposta)
( ) Sim ( ) Não – vá para a pergunta 24

23) Se sim, essa pessoa provavelmente seria: (Assinale uma resposta)
( ) Parente próximo ( ) Parente distante ( ) Amigo ( ) Vizinho ( ) Colega ( ) Conhecido

24) No geral, como você se sente em relação às oportunidades disponíveis para garantir rendas adicionais? (Circule uma opção)
(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (nem insatisfeito, nem satisfeito) (5) Um pouco satisfeito (6) Satisfeito (7) Muito Satisfeito

SEGURANÇA
25) Geralmente, quão seguro ou inseguro você se sente vivendo na sua área?(Assinale uma resposta)
( ) Muito seguro ( ) Razoavelmente seguro ( ) Um pouco inseguro ( ) Muito inseguro

26) No último ano, você foi vítima de algum crime ou assalto? (Assinale uma resposta)
( ) Sim ( ) Não

27) Como você se sente em relação às oportunidades de viver com segurança na sua região? (Circule uma opção)
(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (nem insatisfeito, nem satisfeito) (5) Um pouco satisfeito (6) Satisfeito (7) Muito Satisfeito

EDUCAÇÃO
28) Qual é a sua escolaridade?(Assinale uma resposta)
( ) Nenhuma
() Ensino fundamental I (1° ao 5° ano)
( ) Ensino fundamental II (6° ao 9° ano)
( ) Ensino médio
( ) Curso técnico
( ) Graduação
( ) Outra (especifique)

29) Nos últimos 12 meses, você esteve ou está matriculado em algum curso educacional, em meio período ou período integral, para obter qualquer grau de escolaridade, mesmo que você não tiver completado? (Assinale uma resposta)
( ) Sim ( ) Não

30) O que você acha sobre a disponibilidade das oportunidades educacionais na sua região? (Assinale uma resposta)
(1) Há muitas oportunidades (2) Há algumas boas oportunidades (3) Ambivalente (Há e não há oportunidades) (4) Oportunidades são consideravelmente limitadas (5) Oportunidades são extremamente restritas

31) Como você se sente em relação às oportunidades educacionais disponíveis para você? (Circule uma opção)
(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (nem insatisfeito, nem satisfeito) (5) Um pouco satisfeito (6) Satisfeito (7) Muito Satisfeito

SAÚDE
32) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você conversou ou teve uma consulta com um clínico geral ou médico da família para falar sobre a sua saúde física? (Não incluir visitas a hospitais) (Assinale uma resposta)
( ) Nenhuma visita ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não Sei

33) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você conversou ou teve uma consulta com um clínico geral ou médico da família para falar sobre a sua saúde mental? (Não incluir visitas a hospitais) (Assinale uma resposta)
( ) Nenhuma visita ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não Sei

34) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi a hospitais ou clínicas (como um paciente em consulta ou internado) devido a um problema de saúde física? (Assinale uma resposta)
( ) Nenhuma visita ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não Sei

35) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi a hospitais ou clínicas (como um paciente em consulta ou internado) devido a um problema de saúde mental? (Assinale uma resposta)
( ) Nenhuma visita ( ) Uma ou duas ( ) Três ou mais ( ) Não Sei

36) Como você se sente em relação às oportunidades de acesso a serviços de saúde para problemas de saúde física? (Circule uma resposta)
(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (nem insatisfeito, nem satisfeito) (5) Um pouco satisfeito (6) Satisfeito (7) Muito Satisfeito

37) Como você se sente em relação às oportunidades de acesso a serviços de saúde para problemas de saúde mental? (Circule uma resposta)
(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (nem insatisfeito, nem satisfeito) (5) Um pouco satisfeito (6) Satisfeito (7) Muito Satisfeito

REDE SOCIAL
38) Algum dos seus pais está vivo? (Assinale uma resposta)
( ) Sim ( ) Não – vá para a pergunta 40

39) Com que frequência você entra em contato com seus pais? (Assinale uma resposta)
( ) Mais de uma vez por semana ( ) Uma vez por semana ( ) Uma vez por mês ( ) Várias vezes ao ano
( ) Uma vez por ano ou menos ( ) Nunca/quase nunca

40) Como você se sente em relação às oportunidades de contato com a sua família? (Circule uma opção)
(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (nem insatisfeito, nem satisfeito) (5) Um pouco satisfeito (6) Satisfeito (7) Muito Satisfeito

41) Quantas pessoas você consideraria amigas? _____

42) Com que frequência você recebe amigos ou vizinhos na sua casa? (Assinale uma resposta)
( ) Todo os dias ( ) Várias vezes por semana ( ) Pelo menos uma vez por semana ( ) pelo menos uma vez a cada duas semanas ( ) pelo menos uma vez por mês ( ) Menos que uma vez por mês ( ) Nunca

43) Como você se sente sobre suas oportunidades de ter contato com seus amigos e vizinhos? (Circule uma opção)
(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (nem insatisfeito, nem satisfeito) (5) Um pouco satisfeito (6) Satisfeito (7) Muito Satisfeito

44) Em geral, como você se sente sobre o seu nível de inclusão na sociedade? (Circule uma opção)
(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Um pouco insatisfeito (4) Ambivalente (nem insatisfeito, nem satisfeito) (5) Um pouco satisfeito (6) Satisfeito (7) Muito Satisfeito

CARACTERIZAÇÃO
45) Sexo (Assinale uma resposta)
( ) Feminino ( ) Masculino

46) Qual a sua idade? _____

47) Como você se declara em relação sua raça/cor?
( ) Branco ( ) Preto ( ) Pardo ( ) Amarelo ( ) Indígena

48) Você tem alguma doença prolongada, algum problema de saúde ou deficiência que limite as suas atividades diárias ou o seu trabalho? Incluir os problemas devido à idade avançada. (Assinale uma resposta)
( ) Sim ( ) Não

OBRIGADA POR RESPONDER AO SCOPE-B