



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO



THASSIA THAME DE MOURA SILVA

**COMUNICAÇÃO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL: caderneta de apoio aos
serviços de saúde à família e à escola**

Recife

2020

THASSIA THAME DE MOURA SILVA

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL: caderneta de apoio aos serviços de saúde à família e à escola

Tese apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e Educação em Saúde

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde nos Diferentes Cenários do Cuidar

Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Marcia Tenório de Souza Cavalcanti

Coorientadora: Prof^a. Dra. Iracema da Silva Frazão

Recife

2020

Catálogo na fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

S586c Silva, Thassia Thame de Moura.
Comunicação em saúde mental infantojuvenil: caderneta de apoio aos serviços de saúde à família e à escola / Thassia Thame de Moura Silva. – 2020.
159 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm.

Orientadora: Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti.
Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife, 2020.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Comunicação em saúde. 2. Inclusão escolar. 3. Relações profissional-família. 4. Serviços comunitários de saúde mental. 5. Enfermagem psiquiátrica. I. Cavalcanti, Ana Márcia Tenório de Souza (Orientadora). II. Título.

610.736

CDD (20.ed.)

UFPE (CCS2021-134)

THASSIA THAME DE MOURA SILVA

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL: caderneta de apoio aos serviços de saúde à família e à escola

Tese apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Educação em Saúde.

Tese aprovada em: 02/12/2020.

Prof. Iracema da Silva Frazão (Presidente da banca)

Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Andréa Cristina Oliveira Silva (Examinador externo)

Universidade Federal do Maranhão- UFMA

Prof. Vânia Pinheiro Ramos (Examinador interno)

Universidade Federal de Pernambuco- UFPE

Prof. Gabriela Cunha Shechtman Sette (Examinador externo)

Universidade Federal de Pernambuco -UFPE

Prof. Maria Wanderleya de Lavor Coriolano (Examinador interno)

Universidade Federal de Pernambuco -UFPE

Prof. Cecília Maria de Queiroz Frazão(Examinador interno)

Universidade Federal de Pernambuco -UFPE

Recife

2020

À minha família,

minha base.

AGRADECIMENTOS

Nesta longa jornada de desafios, ganhos, perdas, construções e reconstruções, percebo o caminho transformador da ciência, e agradeço primeiramente a ti senhor, por me munir de ferramentas e me mostrar que o propósito vai além da vaidade.

Este não é o resumo da concepção de apenas a conquista de um título, demonstra vontade, esperança, coragem, dedicação e fé no poder modificador do conhecimento.

Reservo este espaço, para além de agradecer a Deus, prestar em palavras, todo meu carinho a todos que fizeram parte desta caminhada.

Agradeço a minha mãe, Maria da Glória Moura, seu exemplo me fez chegar até aqui. Me mostrou desde cedo que a educação é o segredo para sermos pessoas melhores. Ao meu pai, Edivaldo Manoel da Silva, por transmitir sua leveza em lidar com a vida. A vocês agradeço minha existência.

Ao meu esposo, Rafael Tormente, obrigada meu amor! Por toda força, companheirismo, por me mostrar o caminho do foco e ser meu porto seguro. Como é bom partilhar a vida ao teu lado.

Ao meu filho Antonio. Você meu bem, me fez mãe durante essa trajetória, e trouxe mais sentido a minha vida e a existência deste trabalho. Que minhas ausências para a elaboração deste, sejam vistas como fruto de orgulho por você. És meu amor incondicional.

A toda minha família, meu bem maior, alicerce da minha personalidade.

A minha orientadora Profa. Dra. Ana Márcia Tenório que me recebeu de braços abertos. Obrigada por dispor seu conhecimento, amizade e compreensão. Gratidão!

A Profa. Iracema Frazão, coorientadora deste trabalho, agradeço por caminhar comigo e assumir a responsabilidade no desenvolvimento desta tese. Sua experiência trouxe importantes contribuições.

A Profa. Dra. Luciana Pedrosa Leal, obrigada por todos os ensinamentos, comprometimento e profissionalismo. Serei grata eternamente pelos conhecimentos adquiridos.

Aos familiares, professores e profissionais da saúde atores desta pesquisa.

Aos meus colegas de trabalho, professores da área da enfermagem psiquiátrica e saúde mental da UFPE. Gratidão!

A equipe de pesquisa e grupo de estudos. Obrigada pelo auxílio e parceria nesta construção.

A todos meus amigos, sempre me encorajando a seguir diante.

A minha sócia Josi Carvalho. Obrigada por acreditar na Enfermagem e no nosso potencial e fazer disto o CESP. Obrigada por fazer parte da minha vida.

A Turma 3 do doutorado e turma 4 do Mestrado em Enfermagem da UFPE, com vocês aprendi a valorizar ainda mais o trabalho em equipe.

Aos familiares, professores e profissionais da saúde atores desta pesquisa.

Aos serviços de saúde mental Infantojuvenil e as escolas participantes por toda a receptividade.

Aos meus alunos e ex-alunos. Obrigada pela troca de conhecimentos.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo financiamento da pesquisa.

Ao Departamento de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE, seus docentes e secretários, que me proporcionaram ser uma enfermeira e professora muito mais convicta de suas ações no âmbito da Educação em Saúde.

Muito obrigada!

“O coração e o amor devem caminhar unidos à ciência.”

(KARDEC, 2019, p.30).

RESUMO

As recomendações sobre os cuidados psiquiátricos ao público infantojuvenil sugerem o envolvimento de macro serviços como os da saúde, educação, família e comunidade. Para esta integração, é necessário uma comunicação eficaz entre estas instâncias. Portanto, esta tese objetivou avaliar a validade da caderneta de comunicação em saúde mental infantojuvenil desenvolvida para apoio aos serviços de saúde mental, família e escola. Foi realizado um estudo metodológico em seis etapas: 1-avaliação dos prontuários, 2-grupos focais, 3-fundamentação teórica, 4-construção da caderneta e do questionário de comunicação, 5-validação do conteúdo da caderneta e do questionário e 6-verificação da aparência da caderneta. Na fase 1, foram identificados todos os familiares (n=71) e as escolas que correspondiam aos critérios de inclusão do estudo (n=26), destes, foram sorteados para a fase 2, os familiares (n=20), e os professores (n=12) e foram convidados todos os profissionais de saúde do serviço de psiquiatria participante (n=16). As sessões dos grupos focais foram gravadas, transcritas e analisadas com o auxílio do Software IRAMUTEQ. Os dados resultantes dos grupos focais indicaram as temáticas relevantes para a construção das tecnologias. Como fundamentação teórica da caderneta e do questionário, também foram utilizados resultados de uma revisão integrativa com pergunta condutora: quais as estratégias utilizadas para comunicação interdisciplinar entre os serviços de Atenção Psicossocial infantojuvenil, família e escola na promoção de cuidados à criança e adolescente com transtorno mental? Os aspectos considerados para construção da caderneta foram: linguagem, layout e ilustração e seu projeto gráfico foi realizado pelo sistema Corel Draw-versão X6. Os instrumentos elaborados foram avaliados de acordo com a validade de seu conteúdo por 24 juízes especialistas em nível nacional. Foram considerados os Índices com Validade de Conteúdo e de Concordância Geral maior que 85%. Para proporção de adequação dos itens foi utilizado o teste binomial ($p > 0,001$). A aparência da caderneta foi analisada posteriormente pelo público-alvo, sendo estes, profissionais de saúde mental, familiares e professores na cidade do Recife-PE (n=22). Considerou-se aceitável o item que quantificou um mínimo de 85% de aceite e não apresentou significância estatística segundo teste binomial. Para organização dos dados referentes a validação foi utilizado o Software SPSS 20.0. O conteúdo e aparência da caderneta foram considerados válidos, sendo estruturada em dez tópicos distintos, totalizando 49 páginas. Durante a validação de conteúdo, o item 14, recebeu menor aprovação (83%) e ($p = 0,000$), sofrendo alterações. Na verificação pelo público-

alvo, todos os elementos obtiveram concordância superior a 85%. Os itens 1, 3 e 15, apresentaram significância ($p=0,000$), sofrendo modificações. Este estudo seguiu a Resolução do Conselho Nacional de Saúde número 466/2012. Conclui-se que a caderneta construída é uma tecnologia culturalmente apropriada, possui caráter inovador na enfermagem, na psiquiatria na saúde do escolar e do complexo familiar, sendo considerada válida do ponto de vista do conteúdo e aparência. Esta caderneta se constitui um instrumento potencial para apoio à comunicação no cuidado e na inclusão escolar do infantojuvenil com transtorno mental.

Palavras-chave: tecnologia culturalmente apropriada; comunicação em saúde; inclusão escolar; relações profissional-família; serviços comunitários de saúde mental.

ABSTRACT

Recommendations on psychiatric care for children and adolescents suggest the involvement of macro services such as health, education, family and community. For this integration, an effective communication between these instances is necessary. Therefore, this thesis aimed to evaluate the validity of the communication book on children's mental health developed to support mental health services, family and school. A methodological study was carried out in six stages: 1-evaluation of medical records, 2-focus groups, 3-theoretical foundation, 4-construction of the booklet and communication questionnaire, 5-validation of the booklet and questionnaire content and 6-verification the appearance of the passbook. In phase 1, all family members (n= 71) and schools (n= 26) that met the study inclusion criteria were identified, of these, they were randomly selected for phase 2, family members (n= 20), teachers (n= 12) and invited all health professionals from the participating psychiatric service (n= 16). The focus group sessions were recorded, transcribed and analyzed with the aid of the IRAMUTEQ Software. The data resulting from the focus groups indicated the relevant themes for the construction of the technologies. As a theoretical basis for the booklet and the questionnaire, the results of an integrative review with a guiding question were also used: what are the strategies used for interdisciplinary communication between the psychosocial care services for children, families and schools in the promotion of care for children and adolescents with mental disorders? The aspects considered for the construction of the booklet were: language, layout and illustration and its graphic design was carried out by the Corel Draw-version X6 system. The instruments developed were evaluated according to the validity of their content by 24 expert judges at the national level. Indices with Content Validity and General Agreement greater than 85% were considered. For proportion of adequacy of the items, the binomial test was used ($p > 0.001$). The appearance of the booklet was subsequently analyzed by the target audience, who were mental health professionals, family members and teachers in the city of Recife-PE (n= 22). It was considered acceptable the item that quantified a minimum of 85% of acceptance and did not present statistical significance according to the binomial test. SPSS 20.0 Software was used to organize the validation data. The contents and appearance of the booklet were considered valid, being structured in ten different topics, totaling 49 pages. During content validation, item 14 received less approval (83%) and ($p = 0.000$), undergoing changes. Upon verification by the target audience, all elements obtained an agreement greater than 85%. Items

1, 3 and 15 showed significance ($p= 0.000$), undergoing changes. This study followed the Resolution of the National Health Council number 466/2012. It is concluded that the booklet built is a culturally appropriate technology, has an innovative character in nursing, in psychiatry in the health of the school and the family complex, being considered valid from the point of view of content and appearance. This booklet is a potential tool to support communication in the care and education of children and adolescents with mental disorders.

Descriptors: culturally appropriate technology; health communication; mainstreaming education; professional-family relations; community mental health services; psychiatric nursing.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1-** Fases de desenvolvimento do estudo para construção e validação da utilização da caderneta e questionário de avaliação dos níveis de comunicação entre o CAPSi, família e à escola. Recife, 2020. 41
- Figura 2-** Distribuição da quantidade de internação por especialidades e valores gastos no Município de Camaragibe-PE em 2009. Recife, 2017. 43
- Figura 3-** Processo de seleção dos participantes do estudo durante a análise documental. Recife, 2020. 44
- Figura 4-** Passos para a elaboração do instrumento para mensuração dos escores de comunicação entre o CAPSi, família e à escola no cuidado a criança e adolescente com transtorno mental. 54
- Figura 5-** Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente com as partições e conteúdo corpus da pesquisa do grupo focal com os professores. Recife, 2020. 65
- Figura 6-** Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente com as partições e conteúdo corpus da pesquisa do grupo focal com os familiares. Recife, 2020. 67
- Figura 7-** Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente com as partições e conteúdo corpus da pesquisa do grupo focal com os profissionais de saúde do CAPSi. Recife, 2020. 70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Escolas municipais de Camaragibe-PE pelo número de Crianças e adolescentes com Transtorno Mental matriculados em tratamento no CAPSi Camará Mirim. Recife, PE, 2020.	45
Quadro 2- Requisitos para seleção de docentes para a participação do estudo de validação de conteúdo da caderneta e questionário de comunicação entre os CAPSi, família e escola. Recife, PE, 2020.	50
Quadro 3- Requisitos para seleção de profissionais de saúde mental e professores do ensino fundamental e médio para a participação do estudo de validação de conteúdo da caderneta e questionário de comunicação entre o CAPSi, família e escola. Recife, PE, 2020.	56
Quadro 4- Sugestões dos professores para inclusão de itens para elaboração da caderneta segundo análise do grupo focal. Recife-PE, 2020.	57
Quadro 5- Sugestões dos familiares para inclusão de itens para elaboração da caderneta segundo análise do grupo focal. Recife-PE, 2020.	66
Quadro 6- Sugestões dos profissionais de saúde do CAPSi para inclusão de itens para elaboração da caderneta segundo análise do grupo focal. Recife- PE, 2020.	68
Quadro 7- Inclusão de ilustrações na caderneta após o processo de validação de conteúdo. Recife- PE, 2020.	72
Quadro 8- Processo gráfico teste em desenho a mão livre para modificações da capa da caderneta de comunicação em saúde mental infantojuvenil. Recife- PE, 2020.	78
Quadro 9- Processo gráfico digital para modificações da capa da caderneta de comunicação em saúde mental infantojuvenil. Recife- PE, 2020.	87
Quadro 10- Processo gráfico digital capa antes e depois da validação de aparência. Recife- PE, 2020.	88
Quadro 11- Processo gráfico digital do verso da capa antes e depois da validação de aparência. Recife- PE, 2020.	88
Quadro 12- Modificações nos itens antes e depois da validação de aparência. Recife- PE, 2020.	89
Quadro 13- Modificações nos itens antes e depois da validação de aparência. Recife- PE, 2020.	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização dos juízes participantes da validação do conteúdo da caderneta e do questionário de avaliação da comunicação. Recife-PE, 2020.	75
Tabela 2- Avaliação dos juízes acerca da validação de conteúdo da caderneta de comunicação em saúde mental infantojuvenil. Recife- PE, 2020.	76
Tabela 3- Avaliação dos juízes acerca da validação de conteúdo do questionário de comunicação em saúde mental. Recife- PE, 2020.	81
Tabela 4- Avaliação dos juízes acerca do segundo teste validação de conteúdo do questionário de comunicação em saúde mental. Recife- PE, 2020.	82
Tabela 5- Caracterização dos juízes participantes da validação de aparência da caderneta de comunicação em Saúde Mental Infantojuvenil. Recife-PE, 2020.	84
Tabela 6- Avaliação dos juízes acerca da validação de aparência da caderneta de comunicação em saúde mental infantojuvenil. Recife- PE, 2020.	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATS	Avaliação das Tecnologias em Saúde
CAPSi	Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
CCTI	Tecnologia e Inovação em Saúde
CEMPI	Centro Médico Psicopedagógico infantil
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DECIT	Departamento de Ciência e Tecnologia
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
GT/ATS	Grupo Permanente de Trabalho em Avaliação de Tecnologias em Saúde
IRAMUTEQ	Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
IVC	Índice de Concordância Geral
IVCi	Índice de Validade de Conteúdo
MeSH	Medical Subject Headings
ONU	Organização das Nações Unidas
PBE	Práticas Baseadas em Evidências
PDI	Projeto de Desenvolvimento Individual
PNGTS	Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde
PTS	Plano Terapêutico Singularizado
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REBRATS	Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde
SPSS	Software Statistical Package for the Social Sciences

ST	Seguimentos de Texto
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Hiperatividade e Déficit de Atenção

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
2	OBJETIVOS.....	28
2.1	OBJETIVO GERAL.....	28
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
3	HIPÓTESE.....	29
4	REVISÃO DE LITERATURA	30
4.1	COMUNICAÇÃO, ENFERMAGEM E O CUIDAR EM SAÚDE MENTAL.....	30
4.2	COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DO ESCOLAR.....	32
4.3	TECNOLOGIAS EM SAÚDE	35
5	MÉTODO	40
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	40
5.2	LOCAL DO ESTUDO.....	41
5.3	ETAPAS DO ESTUDO.....	44
5.3.1	<i>Primeira Fase- Análise dos prontuários do CAPSi para seleção de cada unidade amostral participantes do grupo focal</i>	<i>44</i>
5.3.2	<i>Segunda Fase- Construção teórica.....</i>	<i>46</i>
5.3.2.2	<i>Etapas 1 e 2- Definição do tema e seleção da pergunta de pesquisa.....</i>	<i>47</i>
5.3.2.3	<i>Etapas 3 e 4- Coleta de dados e critérios de inclusão e exclusão</i>	<i>47</i>
5.3.2.4	<i>Etapas 5 e 6- Categorização e avaliação dos estudos.....</i>	<i>48</i>
5.3.2.5	<i>Etapa 7- Análise crítica dos resultados</i>	<i>48</i>
5.3.2.6	<i>Etapa 8- Objetivação final.....</i>	<i>49</i>
5.3.3	<i>Terceira Fase- Grupo focal com os profissionais de saúde mental, professores e família.....</i>	<i>49</i>
5.3.4	<i>Quarta Fase- Elaboração da caderneta e questionário (conteúdo, designer e layout)</i>	<i>52</i>
5.3.5	<i>Quinta fase- Validação de conteúdo da caderneta de comunicação em saúde mental infantojuvenil e do questionário de verificação da comunicação entre o serviço de saúde mental infantojuvenil, família e escola</i>	<i>55</i>
5.3.6	<i>Sexta fase- Validação de aparência da caderneta.....</i>	<i>60</i>
6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	63
7	RESULTADOS.....	64

7.1	DEMANDAS DE COMUNICAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL, FAMÍLIA E ESCOLA	64
7.2	CONFEÇÃO DA CADERNETA, ESTRUTURA, LAYOUT E DESIGNER.....	74
7.3	CONSTRUÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE VERIFICAÇÃO DA COMUNICAÇÃO ENTRE O CAPSI, FAMÍLIA E ESCOLA.....	74
7.4	VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DA CADERNETA	75
7.5	VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO QUESTIONÁRIO DE VERIFICAÇÃO DA COMUNICAÇÃO ENTRE O CAPSI, FAMÍLIA E ESCOLA.....	81
7.6	VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA DA CADERNETA DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL	84
8	DISCUSSÃO.....	96
8.1	DEMANDAS DE COMUNICAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL, FAMÍLIA E ESCOLA.....	96
8.2	ANÁLISE DE CAMPO.....	104
8.3	VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DA CADERNETA.....	104
8.4	VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA DA CADERNETA DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL	108
9	CONCLUSÃO	111
	REFERÊNCIAS.....	116
	APÊNDICE A – ROTEIRO PARA CONDUÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS	126
	APÊNDICE B– CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS PARTICIPANTES DO GRUPO FOCAL	127
	APÊNDICE C - CARTA CONVITE AOS JUÍZES.....	128
	APÊNDICE D- INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE VERIFICAÇÃO DA COMUNICAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL, FAMÍLIA E ESCOLA	130
	APÊNDICE F- QUESTIONÁRIO VALIDADO PARA A VERIFICAÇÃO DA COMUNICAÇÃO ENTRE O SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL, FAMÍLIA E ESCOLA	132
	ANEXO A- INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS PARA REVISÃO INTEGRATIVA*	135
	ANEXO B- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO RIGOR METODOLÓGICO DAS PESQUISAS SELECIONADAS NA REVISÃO INTEGRATIVA*	137
	ANEXO C- REFERENCIAL PARA ELABORAÇÃO DE TECNOLOGIAS ESCRITAS PARA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	139

ANEXO D - FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL PARA JUÍZES (DOCENTES NÍVEL SUPERIOR).....	144
ANEXO E - FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL PARA JUÍZES (PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO E PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL)	147
ANEXO F- INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO POR JUÍZES***	150
ANEXO G- FORMULÁRIO DE VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA (PÚBLICO-ALVO)*	154
ANEXO F- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	158

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental do infantojuvenil representa um complexo panorama diante à imaturidade do sistema cognitivo, da personalidade em formação e do sistema de valores e crenças em construção (FONSECA *et al.*, 2013). Essas fragilidades resultam em vulnerabilidades psíquicas específicas destas faixas etárias. Portanto, a atenção em saúde a este público, não deve somente reconhecer parâmetros fisiológicos, esta deve também observar os fatores psicológicos para a identificação de um desenvolvimento saudável (OMS, OPAS, 2016).

Estima-se que 10% a 20% das crianças e adolescentes no mundo sejam acometidos por transtornos mentais graves. No Brasil, estudos registraram taxas de prevalência que variam de 7 a 20%, no qual o fator de oscilação depende da exposição a riscos, regionalidade e do tipo de investigação utilizada nos estudos. Dos distúrbios psiquiátricos apresentados pela população infantojuvenil, 50% a 75% dos casos são identificados somente, quando o indivíduo atinge a fase adulta, sugerindo a apresentação de lacunas na detecção precoce destas patologias (OMS, 2011).

Ao reconhecer a importância da investigação sobre a saúde mental nas fases da infância e adolescência, verifica-se que este cenário é marcado por atitudes preconceituosas e excludentes. Algumas instituições, como escolas e associações especiais, ainda prestam serviços baseados em práticas pedagógicas que prezam pelo enquadramento do aluno em um padrão de “normalidade”. Esta configuração fere as reais exigências de cuidado e educação necessárias para um desenvolvimento psicossocial satisfatório (DIAS, 2009).

Ao analisar o contexto histórico da saúde mental da população infantojuvenil, verifica-se que as falhas encontradas nas ações terapêuticas atuais, são resultantes de um investimento tardio dos serviços especializados, pois durante muitos anos, o adoecimento psíquico em crianças e adolescentes foi considerado de menor importância do que o acometimento mental em adultos (COUTO, DELGADO, 2015).

Somente no início do século XX, após a Primeira Guerra Mundial, foram iniciadas atenções direcionadas as necessidades psiquiátricas do público infantojuvenil, correspondendo a tratamentos arcaicos de cunho filantrópico e de caridade, estabelecidos muitas vezes por mães ou cuidadoras de instituições religiosas (REIS, 2010).

Com a legitimação da assistência psiquiátrica, após reivindicação da classe médica, na exigência de um projeto de cuidados embasado no conhecimento científico, houve uma ação

separatista e organicista dos transtornos mentais. Neste sentido, ocorreu o “imperativismo” atribuído ao modelo asilar manicomial, em busca da reforma moral do paciente. Esta prática estabeleceu a internação hospitalar como principal recurso de tratamento, entretanto, acarretou outros problemas como a concretização da cultura de reclusão (MUYLAERT *et al.*, 2015).

O desenvolvimento de uma Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no Brasil só foi proposta no início do século XXI. Antes desse momento, o país não dispunha de formulações pelo setor da saúde mental que orientassem a construção de uma rede de cuidados para essa população, ficando as ações assistenciais, quando existentes, circunscritas à agenda dos setores da assistência social e educação, com propostas mais reparadoras e disciplinares do que propriamente clínicas ou psicossociais (REIS, 2010).

Mudanças no paradigma da psiquiatria brasileira ocorreram paulatinamente após a realização de eventos mundiais para construção de políticas sociais destinadas à criança e ao adolescente. O primeiro marco de modificação foi instituído pela Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, coordenado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1989. Neste momento, o Brasil passa a visualizar as significações da infância no ambiente social, em 1990, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que estabelece a inclusão de direitos, condição jurídica e proteção integral para estas faixas etárias (SINIBALDI, 2013).

A concretização de políticas relacionadas à saúde mental da população infantojuvenil no Brasil somente foi alcançada em 2001 através da institucionalização da Reforma Psiquiátrica. Este movimento convergiu esforços na tentativa de viabilizar a desconstrução do modelo hospitalocêntrico, estigmatizador e excludente, buscando uma nova proposta para a implantação dos serviços de base comunitária, voltados para o cuidado do paciente com transtornos mentais dentro do seu próprio meio social, garantindo-se assim, um atendimento integral e humanizado (AMARANTE, TORRES, 2001).

A partir dos novos pensamentos advindos do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, aspectos relacionados ao abandono, violência e a segregação do indivíduo com transtorno psíquico, vêm gradativamente sendo substituídos por outros recursos e dispositivos que permitam ao portador de sofrimento mental a retomada ou a manutenção dos laços sociais, minimizando assim os riscos de sua exclusão (HORI, NASCIMENTO, 2014).

A curta trajetória das políticas de saúde mental no Brasil, evidencia que este ainda é um processo em construção, pois um dos principais desafios desta organização está relacionado às condições de adoecimento psíquico da criança. As atuais recomendações sobre os cuidados em saúde mental do público infantojuvenil devem ser desenvolvidas em serviços de saúde

diferenciados, que vão desde a Atenção Básica até os de alta complexidade (AMSTALDEN, HOFFMANN, MONTEIRO, 2010).

Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) são os principais dispositivos de parceria da rede de cuidados da criança e do adolescente com transtorno mental grave. Estas unidades são estratégicas para o gerenciamento e ampliação das ações voltadas às patologias de ordem mental e dos efeitos atribuídos pelo uso abusivo de álcool e outras drogas. Como principal diretriz, esses serviços devem acolher às demandas e oferecer atenção gratuita e diferenciada para essa população (BRASIL, 2014; DELFINI, 2010).

A proposta atribuída ao funcionamento do CAPSi reflete uma essência de estabelecimento de parcerias, devendo promover uma abordagem interdisciplinar que envolva não somente setores da saúde, mas também da educação, lazer, família e justiça social. Esta organização deve lançar um olhar diferenciado na prestação de suas atividades, reconhecendo às particularidades e vulnerabilidades associadas às fases de desenvolvimento ligadas a infância e ao adolecer (FERNANDES, MATSUKURA, 2016).

A implantação dos novos conceitos de tratamentos, levantados pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando suas ações de forma equânime e democrática às reais necessidades da comunidade (BESSA, WAIDMAN, 2013).

As inovações ocorridas na terapêutica da criança e do adolescente em adoecimento psíquico, determinadas pelas normas ministeriais brasileiras, prezam pela interdisciplinaridade das ações, por meio do envolvimento da saúde com o complexo familiar e educacional, promovendo a construção coletiva de um ambiente favorável para o enfrentamento das condições atribuídas ao transtorno mental (TAÑO, 2017).

A inserção da produção de cuidados compartilhados entre o CAPSi e a família, buscam não meramente o processo de cura e, sim, um projeto de ressignificação e socialização. O plano de ações passa a ser direcionado individualmente, envolvendo aspectos culturais e da vida cotidiana, eximindo a perspectiva do olhar verticalizado, centrado meramente na doença. Nesta conjuntura são verificados melhores prognósticos quando o familiar encontra-se totalmente envolvido no tratamento (OLIVEIRA, CIRILO, COSTA, 2013).

A família propicia o espaço de cuidados que abrange sentimentos de pertencimento e favorecimento para que o indivíduo sinta-se amado, contribuindo para melhorias na qualidade de vida, no sentido de amenizar sofrimentos, ansiedades e sobrecargas. Estas significações tornam-se fundamentais para a contribuição do melhor desenvolvimento da criança e do

adolescente com comprometimento psíquico, sendo importante para a desmistificação de preconceitos e do melhor entendimento sobre as sintomatologias apresentadas por cada patologia (SANT'ANA, BORENSTEIN, SILVA, 2011).

No processo de adoecimento, o núcleo familiar deve estar preparado para conviver em harmonia, mas ao experienciar uma doença, muitas vezes de modo abrupto, como ocorre frequentemente nos processos de crises psiquiátricas, este movimento pode ocasionar emoções que provoquem desequilíbrio. A quebra na idealização de ter um filho que corresponda aos padrões atribuídos pela sociedade geralmente configura-se em estresse e sentimentos de negação, o que provavelmente promoverá modificações na estrutura da família, surgindo novos papéis e regras, eclodindo a necessidade de aquisição de estímulos externos para aceitação e convivência com transtorno (BAPTISTA, *et al.*, 2012).

O apoio profissional na rede de serviços é fundamental na identificação das possíveis dificuldades enfrentadas pelos responsáveis no cuidado direto a pessoa com transtorno mental. O auxílio deve ser sustentado pelas equipes de saúde como também pelo setor educacional, visto que essa triangulação: família, saúde e escola, sejam os pilares essenciais para a promoção do bem estar da criança e do adolescente acometido (SOUZA, 2010).

A partir do estabelecimento da Educação Inclusiva, evidencia-se que a escola e seus mecanismos de funcionamento têm importante caráter psicossocial para o desenvolvimento pleno das crianças e adolescentes que a frequentam, no engajamento para a consolidação da cidadania e da participação social. Entendida também como um espaço promotor de saúde coadunado ao projeto de educação integral voltado para o desenvolvimento da cidadania, a escola detém o potencial de ser agenciadora de novas formas de sociabilidade e de composição com as diferentes formas de viver e de participar do mundo (GUZZO, MEZZALIRA, MOREIRA, 2012).

Os direitos constitucionais preconizam que as escolas devem promover atendimento educacional especializado de apoio aos processos de inclusão a crianças e adolescentes que manifestem necessidades especiais. Entretanto, é possível observar dificuldades no sistema de educação, não só com relação à aceitação e à forma da compreensão dos fenômenos e comportamentos manifestados pelas crianças especiais, como também na infraestrutura material e pela falta de recursos humanos qualificados, assim como dificuldades no planejamento pedagógico e persistência do preconceito (SOUZA, 2016).

Diante da complexidade da rede de cuidados para a população infantojuvenil em sofrimento mental, torna-se reconhecido que as instâncias relacionadas à família, escola e serviços de saúde devem estar integradas, possibilitando uma melhor compreensão das

especificidades, dificuldades e conquistas. Para isso, estes setores devem estar preparados e munidos de instrumentos que facilitem este processo de comunicação entre si (SOUZA, 2016).

A ações desenvolvidas entre o CAPSi devem objetivar o encontro com outros atores, como a família e a escola, no que se concretiza enquanto a dimensão ética do cuidado. O trabalho entre esta rede deve seguir um posicionamento metodológico por meio de uma comunicação efetiva. (TAÑO, 2017)

O processo de comunicação nas organizações de saúde envolve informações administrativas e clínicas, fluxos de trabalho e tecnologias de apoio a transmissão (redes formais e informais).

A comunicação é assim, um componente indispensável à promoção da interação social e ao fomento da credibilidade da mensagem, atuando na construção e manutenção da identidade de uma organização e sua articulação (YANAZE, 2010).

É portanto reconhecido que a atenção em saúde mental é melhor realizada quando o usuário pode circular por diversos serviços, quanto forem necessários, articulando sua vida com cidadania e participação social. Deste modo, a Rede deve funcionar de modo a compartilhar os projetos e programas de cuidado prestados (BRASIL, 2011).

Todavia, mesmo com a atribuição de políticas e normativas para a promoção do cuidado interdisciplinar e intersetorial, a comunicação eficaz, entre todos os componentes da Rede de Atenção Psicossocial brasileira, ainda é vista como um grande desafio (DELGADO, 2015).

Destarte, para uma prestação de cuidados efetivos, os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) devem fortalecer a atuação multidisciplinar dos profissionais envolvidos, visando estabelecer um vínculo com o paciente e com outros serviços, traçar e executar o projeto terapêutico individual, definir a frequência dos atendimentos e promover a interação e cooperação entre os familiares e outros componentes do espaço social (MATSUKURA, TAÑO, 2014).

A comunicação como tecnologia em saúde tem sido identificada em diversos momentos, nos quais ocorrem à relação entre o profissional de saúde, o usuário, a família e os demais atores da rede. O objetivo de uma boa comunicação é satisfazer, as necessidades existentes ou demandas futuras, a partir do diálogo horizontalizado entre os saberes do trabalhador de saúde e da comunidade (CORIOLANO, MARINUS, 2014).

É através do ato comunicativo que um profissional de saúde tem acesso ao outro, à sua história, ao seu contexto, e às suas necessidades, fornece orientações possibilitando uma melhor gestão da sua situação de saúde/doença. Os profissionais de saúde devem possuir

conhecimentos, habilidades e recursos que lhes permitam utilizar a comunicação como estratégia de ajuda ao outro, de forma a maximizar os ganhos em saúde (MORAES, 2014).

Uma comunicação adequada, centrada na pessoa e no seu contexto, deve ser considerada como um dever ético e uma responsabilidade de qualquer profissional de saúde que trabalhe em contato direto com pessoas, de forma a garantir que os cuidados prestados para além da competência técnica, também tenham uma competência relacional e humana. Por isso é necessário melhorar a formação e a consciencialização dos profissionais de saúde para a necessidade de promoverem a utilização e o potencial da comunicação terapêutica (BARBOSA, 2016).

Entretanto, a complexidade e a dimensão da RAPS dificultam os processos de comunicação e a articulação entre seus componentes. A necessidade de integrar macro serviços como os de saúde e de educação, com a família, em prol de melhorias no tratamento de crianças e adolescentes com transtorno mental, refletem obstáculos diante fragilidades econômicas, estruturais, sobrecarga profissional, falta de capacitação e inexistência ou não adequação de uma tecnologia para o desenvolvimento de uma comunicação satisfatória (MOARES, 2014)

Como agente integrante dos múltiplos cenários envolvidos no cuidado a saúde mental e promoção da saúde do infantojuvenil, o enfermeiro, por meio de sua competência e habilidades específicas, deve realizar suas atividades nos CAPSi, assim como no ambiente escolar, juntamente com a Estratégia de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Saúde na Escola (PSE), na visão de reduzir os impactos psicológicos, fisiológicos e sociais relacionados ao transtorno, além de otimizar o gerenciamento das atividades em rede. (RODRIGUES *et al.*, 2013).

O conhecimento e desenvolvimento de novos métodos para amplificação da comunicação em saúde é essencial para o aperfeiçoamento do trabalho do enfermeiro, visto a relevância deste fenômeno para a atuação deste profissional. A comunicação age juntamente com a humanização, oferecendo ao enfermeiro, paciente, familiares e demais serviços, uma troca de experiências favoráveis no equilíbrio do atendimento. (RODRIGUES, FERREIRA, MENEZES, 2010).

Promover a integralidade e articulação entre todas as instâncias que permeiam a saúde mental da população infantojuvenil é uma tarefa complexa, pela pluralidade dos setores envolvidos. No intuito de aproximar os componentes vinculados a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o desenvolvimento de tecnologias possibilitam de forma efetiva, a elaboração de dispositivos de acolhimento, comunicação, autonomia e responsabilização contidos na organização da assistência à saúde mental (LIMA, 2015).

As modalidades de tecnologias em saúde são divididas em leves, leve-duras e duras. As leves compreendem as relações interpessoais, como a produção de vínculos, empoderamento e acolhimento; as leve-duras dizem respeito aos saberes bem estruturados, como a clínica médica, a epidemiologia e a clínica psicanalítica; e as duras são compostas por equipamentos tecnológicos do tipo máquina, normas e estruturas organizacionais (BUSS, 2014).

Na prática cotidiana dos serviços de atenção psiquiátrica, o uso de tecnologias leves deve ser bem explorado com a finalidade de atingir maior eficácia na integralidade e na humanização do cuidado. Dispositivos tecnológicos que promovam relações mais próximas entre as instâncias da RAPS são compreendidos como instrumentos de comunicação, representados pelos atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, promovendo respostas adequadas a cada demanda (JORGE, *et al.*, 2011).

A construção de uma tecnologia que auxilie na comunicação entre os serviços de saúde mental infantil, escolas e família, envolvidas no processo de tratamento e ensino de crianças e adolescentes com transtorno mental, poderá minimizar as falhas de articulação evidenciadas por pais, professores e profissionais da saúde.

A observação da necessidade de um novo instrumento que facilite a integração da RAPS foi evidenciado durante minha prática clínica como enfermeira atuante na saúde mental. A observação desta prática, trouxe a evidência da existências de lacunas assistenciais e gerenciais relacionadas ao fenômeno da comunicação, como falhas na contra referência dos casos, encaminhamentos desnecessários, dificuldades na inclusão escolar pela falta de informações sobre o usuário, seu transtorno e contexto familiar, além da constante peregrinação da família entre os serviços, muitas vezes ocasionada pelo entendimento errado da mensagem transferida apenas verbalmente pelos profissionais envolvidos.

Também na observação das principais tecnologias em saúde ao público infantojuvenil, disponibilizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil, torna-se referência a Caderneta da Criança e a Caderneta do Adolescente (BRASIL, 2013). Entretanto, destes instrumentos, somente a Caderneta da Criança possui campos destinados ao adoecimento mental, sendo esses restritos a condições da patologia, não contendo espaços para anotações, acompanhamento dos quadros emocionais e do desenvolvimento escolar, motivo que justifica a necessidade do desenvolvimento de um novo dispositivo.

Deste modo, esta pesquisa vislumbrou a elaboração e validação de uma caderneta, para apoio a comunicação entre os serviços de saúde mental, família e à escola. A escolha do tipo de tecnologia, deu-se pela necessidade deste instrumento favorecer uma comunicação contínua,

apresentando baixo custo, fácil preenchimento, amplo acesso a diferentes públicos além de apresentar familiaridade com os instrumentos já utilizados nos cenários referidos.

Visando a verificação do efeito da inclusão da caderneta na RAPS, de modo a subsidiar testes da eficácia desta tecnologia em estudos posteriores, foi elaborado também, o questionário de verificação da comunicação entre os serviços de saúde mental infantojuvenil, família e à escola. Este desenvolvimento obedeceu as técnicas de elaboração de instrumentos desenvolvida por Coluci, Alexandre e Milani (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Finalmente, o desenvolvimento da caderneta e do questionário buscam promover o fortalecimento de duas das Diretrizes da Política de Saúde Mental brasileira, caracterizadas pela promoção da articulação em Rede e a construção de estratégias intersetoriais, que envolvam a Saúde Mental com setores como a Educação, Justiça, Assistência Social e outros.

Neste sentido, esta tese objetiva responder o seguinte questionamento: Qual a validade da caderneta de comunicação em saúde mental infantojuvenil quanto ao conteúdo e aparência, conforme a avaliação de especialistas e do público-alvo, elaborada para apoio aos serviços de saúde mental, família e escola?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a validade da caderneta de comunicação em saúde mental infantojuvenil desenvolvida para apoio aos serviços de saúde mental, família e à escola.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar grupos focais para identificação das necessidades na comunicação entre os serviços de saúde mental infantojuvenil, família e à escola;

Elaborar a caderneta de apoio à comunicação entre os serviços de saúde mental infantojuvenil, família e à escola;

Construir o questionário de verificação da comunicação entre os serviços de saúde mental infantojuvenil, família e à escola.

Investigar a validade de conteúdo do questionário de verificação da comunicação entre os serviços de saúde mental infantojuvenil, família e à escola.

Verificar a validade de conteúdo da caderneta de apoio à comunicação entre os serviços de saúde mental infantojuvenil, família e à escola;

Analisar a validade de aparência da caderneta de apoio à comunicação entre os serviços de saúde mental infantojuvenil, família e à escola;

3 HIPÓTESE

A caderneta de comunicação em saúde mental infantojuvenil é válida quanto ao conteúdo e aparência, conforme a avaliação de especialistas e do público-alvo, para apoio aos serviços de saúde mental, família e à escola.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo é referente a uma síntese dos referenciais teóricos, nacionais e internacionais, sobre as temáticas evidenciadas por esta tese, apresentados em quatro subitens: 4.1 Comunicação, enfermagem e o cuidar em saúde mental e 4.2 Comunicação e educação em saúde para promoção da saúde mental do escolar, 4.3 Tecnologias em saúde.

4.1 COMUNICAÇÃO, ENFERMAGEM E O CUIDAR EM SAÚDE MENTAL

A linguagem, a cultura e a tecnologia são elementos indissociáveis do processo de comunicação. Para tanto, recorreremos este arcabouço teórico, ressaltando princípios da antropologia, história, sociologia, linguística e as teorias da informação como campos de conhecimentos principais, mas não exclusivos.

Como um fenômeno com capacidade de provocar pensamentos, alterar comportamentos e promover transformações, a comunicação, portanto, não deve ser considerada como uma ação passiva, mas um tipo de vivência que promove experiências (MARCONDES, 2019).

As diversidades temáticas e metodologias que abrigam as pesquisas em comunicação demonstram um processo de desenvolvimento rápido, que absorve as modificações tecnológicas e sociais. Esse dinamismo, configura ser uma área de estudo desafiadora, com várias fronteiras do conhecimento, que congrega uma interdisciplinaridade interessante, ao perpassar e ser perpassada por outras ciências.

A dimensão epistemológica indica a posição na filosofia da ciência, a matriz epistêmica, ou o sistema de pensamento, da qual decorrem outras decisões sobre as opções conceituais e metodológicas. Na identificação da comunicação como ciência, atualmente, ainda existe ampla discussão a respeito de sua definição, seu objeto de estudo e em que campo do saber enquadra-se, devido a pluralidade dos cenários de envolvimento (MELO, 2011). Portanto é prudente analisar esse processo como um fenômeno (MARCONDES, 2019).

Este tem provado ser um domínio de investigação indispensável e um novo e atrativo campo profissional e acadêmico. As alterações nos processos comunicacionais evidenciadas nas últimas décadas, nos canais e meios de transmissão das mensagens, seja nos ambientes organizacionais, interpessoais, massivos ou comunitários, obriga uma contínua revisão da observação deste evento. (MARINHO, MARINO, 2018).

O ato de comunicar-se é um processo de compreender e compartilhar mensagens emitidas e recebidas de modo que as próprias mensagens influenciam o comportamento das

pessoas envolvidas. Ela está presente em todas as interações sociais, seja para orientar, informar, apoiar, confortar ou atender as suas necessidades básicas (KÜNSCH, 2009).

No processo de trabalho da saúde, a comunicação constitui-se em uma ferramenta que deve estar alicerçada a humanização, a integralidade dos serviços e também no cuidado ao humano, respeitando necessidades e direitos dos usuários. Na rotina assistencial, profissionais que apresentem dificuldades na ação comunicativa, causam impactos negativos no ambiente corporativo, nas relações com seus pacientes e familiares; sem preparo suficiente (MACHADO, *et al.* 2005).

Na saúde, a comunicação pode apresentar subdivisões como: comunicação interpessoal, relacionamento interpessoal, comunicação em saúde, relacionamento terapêutico, comunicação clínica e comunicação terapêutica. Estas variações instrumentalizam a relação entre o profissional e a pessoa, grupo, família ou comunidade, podendo ser, uma ação terapêutica ou completar a ação de outra intervenção, criando um contexto favorável ou desfavorável a interação profissional/paciente (PEDUZZI, 1998).

O diálogo e a comunicação eficiente nos serviços de saúde são ideais das políticas de humanização e acolhimento, devendo ser atitudes promovidas por toda equipe multidisciplinar. A qualidade da assistência prestada perpassa por uma escuta qualificada e por troca de informações eficazes, visando respeito aos direitos humanos, procurando a melhor maneira para resolver cada caso dentro da sua individualidade (MADUREIRA, MARQUES, GONÇALO, 2017).

Para entender a comunicação em saúde, devem ser reconhecidas as variedades nos contextos de relacionamentos sejam estes, organizacionais ou sociais, nos diversos cenários. (WRIGHT *et al.*, 2012). A elaboração de planos de comunicação internos e externos as instituições de saúde influenciam na condição da promoção da saúde. O desenvolvimento de tais estratégias influenciam a população a escolher modelos de proteção. Em países desenvolvidos, a comunicação intersetorial das instituições de saúde é vista como uma ferramenta essencial e indispensável para a assistência e gestão (RUÃO, *et al.* 2012).

Na psiquiatria, a comunicação seja esta, verbal ou não verbal, apresentada pelo do paciente, em relação ao ambiente, é uma importante ferramenta de observação. O conteúdo explorado nas falas constroem a nosografia e servem de apoio a classificação do pensamento, auxiliando também na tomada de decisões e na terapêutica do portador do transtorno psíquico (SILVA, *et al.* 2000).

Nas situações de crise psiquiátrica, o usuário é emissor e receptor de múltiplos conteúdos subjetivos, partilhando códigos de linguagem e expressões muitas vezes fora do

“padrão”. É necessário portanto, a reflexão e um entendimento teórico do profissional para uma comunicação terapêutica eficaz, admitindo uma atuação mais efetiva, humanizada e tolerante (SILVA, *et al*, 2000).

Para a enfermagem a comunicação estabelecida durante o tratamento condiz em informar, incentivar a participação e interagir. Este é um dos mais importantes elos na promoção do cuidado de enfermagem. Portanto, a comunicação é algo essencial para se estabelecer uma relação entre profissional, cliente e família (PONTES, *et al*. 2008).

Tratando-se do relacionamento entre o enfermeiro e o paciente, o processo de comunicação precisa ser eficiente para viabilizar uma assistência humanística e personalizada de acordo com suas necessidades. Portanto, o processo de interação com o cliente se caracteriza não só por uma relação de poder, em que este é submetido aos cuidados do enfermeiro, mas, também por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre ambos (ORIÁ, MORAES, VICTOR, 2006).

Embora os enfermeiros considerem a comunicação com o paciente um recurso terapêutico importante e efetivo, ainda são encontradas dificuldades em estabelecer um processo comunicativo eficaz com o paciente e com a comunidade, percebendo-se mal preparados neste aspecto (ARAÚJO, SILVA, 2006).

A comunicação pode ser compreendida como um processo que pode ser utilizado como instrumento de ajuda terapêutica, especialmente diante a abordagem psicológica. Para tanto, o enfermeiro, especialista em saúde mental, ou não, deve ter conhecimentos fundamentais sobre as bases teóricas da comunicação e adquirir habilidades de relacionamento interpessoal para agir positivamente na assistência (KEMMER, SILVA 2007).

4.2 COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DO ESCOLAR

No que diz respeito à comunicação escrita como prática de educação em saúde, ao que se trata esta tese, esta corresponde a um modelo técnico-científico de elaboração da mensagem em sintonia com o receptor, realizando uma "decodificação da retórica técnica para uma retórica popular" (TEIXEIRA, 1997).

A comunicação escrita deve possuir um poder organizacional referente a ser conhecimento transmitido, de forma a produzir o empoderamento do paciente, levando à superação do problema inicial ou minimização deste (TEIXEIRA, 1997). Desta forma, o êxito

da prática educativa se fundamenta apenas, ou sobretudo, na transmissão de informações concisas e coerentes (FREIRE, 1994).

Diante a educação em saúde e os modelos comunicacionais, são questionadas as informações transmitidas de forma unilinear. A invasão cultural, trazida por este modelo de uma única direção, seja pelo profissional de saúde ou pelo educador, ao impor seu saber, sem considerar a cultura do outro, não considera a ação de saúde como espaço de diálogo e de negociação. (VASCONCELLOS, RIVERA, CASTIEL, 2003).

Já no modelo dialógico da comunicação para a promoção da educação em saúde, é proposto a discussão da realidade dos educandos, evidenciando a criticidade e autonomia do ser, que promove, junto ao profissional, sua transformação. Como crítica a tal modelo, existe a dificuldade em assumir os conflitos que possam acontecer entre os envolvidos, além do déficit estrutural dos serviços, em oferecerem instrumentos concretos e sustentáveis para a manutenção deste diálogo (TEIXEIRA, 1997).

Ainda em relação aos materiais escritos para comunicação na educação em saúde, discute-se a necessidade da observação das referências culturais do indivíduo e participação dos mesmos no processo de construção. A linguagem e apresentação conferida aos conteúdos abordados também deve avaliada diante a elaboração de tais ferramentas (VASCONCELLOS, RIVERA, CASTIEL, 2003).

Frequentemente, o paciente é visto apenas como sujeitos passivos diante a informação, especialmente na clínica psiquiátrica. O julgamento de déficits cognitivos e questionamentos quanto a capacidade de produzir uma comunicação eficaz, é comum na relação entre o profissional de saúde e a comunidade. Esta minimização do poder da população são característica do modelo de comunicação unilinear (FREITAS, REZENDE FILHO, 2010).

Em se tratando da comunicação e a promoção da educação em saúde no ambiente escolar, estas são ferramentas estratégicas para o desenvolvimento cognitivo da criança e do adolescente, devendo estar alinhada com a família, professores, alunos e profissionais da saúde. Neste contexto a escola representa ambiente favorável para encontro entre saúde e educação abrigando amplas possibilidades de iniciativas tais como: ações de diagnóstico clínico ou social, estratégias de triagem ou encaminhamento aos serviços de saúde especializados ou de atenção básica; atividades de educação e promoção da em saúde (GOMES, HORTA, 2010).

O Ministério da Saúde do Brasil declara a necessidade de formação e qualificação dos professores para a abordagem da promoção à saúde no ambiente escolar. Dessa forma, estes são considerados agentes observadores das condições de saúde do aluno, além de serem importantes veículos de informação e formação de opinião. (BRASIL, 2007).

Assim, revela-se a importância das conexões, diálogos e uma boa comunicação entre o professor e o aluno para a detecção de possíveis anormalidades que interfiram no processo de ensino/aprendizagem, como problemas de saúde físicos e psicológicos. Neste entorno, também deve existir a manutenção do vínculo escolar com serviços de saúde de base comunitária, assim como com os responsáveis legais do aluno (GOMES, HORTA, 2010).

O professor desempenha o papel norteador das potencialidades do indivíduo e para isso é necessária uma prática docente diferenciada. Um fazer no qual seja explorado continuamente o potencial da comunicação e da relação interpessoal com o objetivo de buscar, criar e manter ambientes para projetos que levem os alunos a viver melhor, e a resolver as questões relacionadas ao seu dia-a-dia, não somente na escola, mas extensivo ao seu ambiente familiar e comunitário (FARIA, *et al.* 2013).

A comunicação facilitada entre o professor e o aluno é capaz de possibilitar um vínculo importante para a captação de informações relevantes da saúde e vida social, especialmente das condições psíquicas e de saúde mental, fatores determinantes nas decisões do cotidiano escolar (OSTI, 2010).

A maioria dos casos de sofrimento mental são identificados em ambiente escolar, o que transforma a escola em um tipo de porta de entrada para saúde mental. Este ambiente é capaz de proporcionar espaço prático para intervenções em saúde e principalmente o monitoramento de crianças e adolescentes em seu cotidiano. (KRONHARDT, 2009).

Mudanças de emoções e de comportamentos são muito mais fáceis de serem identificadas em um ambiente onde o tempo e a interação são longos no cotidiano da vida do infante-juvenil. A escola possibilita espaço de intervenções precoces que podem reduzir o ônus da desordem e ajudar a prevenir a cronicidade de problemas de saúde mental (MARTURANO, 2011).

Entretanto, (BAGNATO, 1987) afirma em seus estudos, que a educação em saúde no ambiente escolar, necessita não somente do envolvimento do profissional de saúde, mas também, depende do preparo dos professores. O próprio Ministério da Saúde propõe a necessidade de formação e qualificação docentes para a abordagem da promoção à saúde em ambiente escolar (BRASIL, 2002).

Neste contexto a escola representa um ambiente favorável e essencial para encontro entre saúde e educação abrigando amplas possibilidades de iniciativas tais como: ações de diagnóstico clínico e/ou social estratégias de triagem e/ou encaminhamento aos serviços de saúde especializados ou de atenção básica; atividades de educação em saúde e promoção da saúde (GOMES, HORTA, 2010).

4.3 TECNOLOGIAS EM SAÚDE

Sob o olhar filosófico, a tecnologia pode ser considerada como inerente à vida humana em sociedade. São meios utilizados pelos seres humanos para sua sobrevivência frente aos fenômenos naturais, traduzida por teorias científicas que conflui ciência na forma de produtos, a fim de resolver problemas práticos do cotidiano. Tornou-se comum a utilização do termo tecnociência, que bem expressa esta relação íntima entre ciência e tecnologia (MURANO, 2009).

A tecnologia contemporânea é permeada por técnicas de épocas e culturas anteriores, sendo na atualidade, uma ciência com base experimental. Ainda sobre o entendimento do que é a tecnologia, esta também determina-se como uma atividade de produção de algo artificial. Envolve planos, regras, instruções, eficiência e pode ser algo material, um bem, ou um serviço (CUPANI, SCIENTIAE 2004).

Para a sociologia, a tecnologia é entendida como sendo toda a técnica produtiva do ser humano, incluindo o trabalho manual e intelectual, não significando o trabalho meramente realizado por máquinas. As técnicas e a organização da produção são produtos sociais, consequências de decisões humanas, portanto tecnologia pode ser analisada como resultado de processos sociais. (ABERCROMBIE, HILL, TRUNER, 2000).

Na saúde o conceito de tecnologia abrange qualquer intervenção que pode ser utilizada para promover a saúde. Não apenas inclui as tecnologias, equipamentos e procedimentos que interagem diretamente com a comunidade em tratamento, mas também os sistemas de gestão e de suporte dentro dos quais os cuidados com saúde são oferecidos (BRASIL, 2009).

As tecnologias em saúde também são utilizadas atualmente para o acréscimo da produção e incorporação de melhorias na prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças, o que está diretamente proporcional ao aumento da qualidade de vida humana e na queda da mortalidade em geral (CAMPOS, ALBUQUERQUE, 1999). A realização de testes como avaliações de eficiência, custo-efetividade e impacto orçamentário devem ser incorporadas concomitante a implantação de um produto tecnológico em saúde. (MCDAID, 2003).

Em 1970, foi criado o serviço de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), com o intuito de promover um elo entre as evidências científicas e os gestores dos serviços de saúde, produzindo informações seguras e transparentes que respaldavam as tomadas de decisões. Aliada ao movimento de Práticas Baseadas em Evidências (PBE), a ATS, faz parte de diversos países, especialmente na Austrália, Canadá e Europa Ocidental (BANTA, JONSSON, 2009).

Na realidade brasileira, a implementação da ATS vinha sendo discutida desde a década de 1980 e tomou impulso após a instituição do Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CCTI) pelo Ministério da Saúde em 2003. Este conselho criou, em 2005, um Grupo Permanente de Trabalho em Avaliação de Tecnologias em Saúde (GT/ ATS), coordenado pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), para desenvolver estudos de ATS. É também responsável pela condução de diretrizes e promoção de avaliações tecnológicas em saúde para incorporação no Sistema Único de Saúde (SUS) (BANTA, JONSSON, 2009).

A Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS), criada em 2008, sob a coordenação do DECIT, consta com aproximadamente 44 membros, reunindo instituições gestoras SUS, instituições de ensino e pesquisa, unidades de saúde, hospitais, sociedades profissionais e usuários. Os seus objetivos principais são: produção e disseminação de estudos e pesquisas prioritárias no campo da ATS, padronização de metodologias, monitoramento do horizonte tecnológico, validação da qualidade dos estudos e promoção do uso de evidência científica para o processo de tomada de decisão em saúde (BRASIL, 2010).

Neste âmbito, foi elaborada a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS) através da portaria 2690/2009. Esta lei conflui para o aperfeiçoamento e atualização do SUS garantindo que os processos de inovação em saúde sejam subordinados às análises da ATS antes da incorporação aos serviços, de modo a racionalizar o uso de novas tecnologias na saúde e reduzir demandas jurídicas em relação a possíveis danos trazidos por uma tecnologia com falhas (BRASIL, 2011).

Destarte, unificando a sociologia com a técnica, e uso das tecnologias em saúde, verifica-se sobremaneira a possibilidade de relacionar e integrar estes múltiplos saberes, fazeres e os seres humanos. É necessário portanto, desenvolver a capacidade de contextualização entre o humano e o produto criado pelo mesmo. (GUIMARÃES, *et.al*, 2019).

Por meio da união o uso das tecnologias em saúde e técnicas bem definidas o profissional poderá favorecer a integração das partes individuais do ser humano, a outros universos, a partir da reunião de informações múltiplas que, interligadas, facilitam as associações, conexões e interpretações sobre o indivíduo cuidado. Assim, poder-se-ia dizer que o paciente seria mais bem compreendido e cuidado na sua complexidade e totalidade com o auxílio das tecnologias, se considerados tais aspectos (GUIMARÃES, *et.al*, 2019).

Desta forma, para a enfermagem, os processos gerenciais ou técnicas de assistência podem ser facilitados pelas tecnologias, todavia nenhum produto tecnológico poderá suprir a relação e a compreensão subjetiva entre os indivíduos. A capacidade de relaciona- se com o outro, entendendo suas particularidades por meio de mecanismos meramente humanos, como a

empatia, a identificação, a generosidade e a solidariedade é expressa apenas na relação de troca e de interação entre os seres (SASSO, MARTINS, 2008).

Acredita-se, nesse sentido, que o atendimento às novas necessidades humanas e a evolução dos procedimentos em saúde deve cada vez mais incorporar a tecnologia a enfermagem, de modo a facilitar o trabalho e dirimir lacunas nos campos da pesquisa, no ensino, assistência e na administração em enfermagem (SASSO, 2001).

Com base na assertiva acima, o uso das tecnologias na enfermagem, quando administradas corretamente pode trazer benefícios e facilidades ao cuidado humano. Observa-se portanto, que na prática clínica, quando uma nova tecnologia é inserida no ambiente de trabalho em enfermagem, inicialmente, a tendência da maioria é lançar críticas, por perceber que o manuseio de uma nova ferramenta tecnológica será uma nova atividade entre inúmeras que já têm a cumprir. Por isso, a utilização das tecnologias devem vislumbrar a melhoria do cuidado, mas também a aplicabilidade facilitada ao profissional (BAGGIO, 2010).

A enfermagem meramente tecnicista e resistente a mudanças perde cada vez mais espaços de atuação para outras áreas da saúde. Algumas profissões recém surgidas, despertaram para a importância de desenvolver tecnologias próprias, o que fortalece sua atividade. Dessa forma, a enfermagem necessita contextualizar suas tradições com os progressos advindos da contemporaneidade (BAGGIO, 2010).

Os tipos de tecnologias em saúde caracterizam-se como: dura, leve-dura e leve. As tecnologias duras são ilustradas por artefatos palpáveis, sendo estes equipamentos e máquinas utilizados para o trabalho. A tecnologia leve-dura correlaciona-se ao conhecimento clínico e semiológico, aos saberes estruturados nas áreas correlatas. Já a tecnologia leve envolve achados subjetivos, a relação de cuidado e acolhimento (MERHY, FEUERWERKER, 2016).

Desta forma, qualquer ação elaborada que desenvolva melhorias nas condições de saúde pode ser determinada como tecnologia do cuidado, já que estas envolvem não apenas equipamentos, mas, qualquer recurso prático. Esta condição também envolve instrumentos desenvolvidos para produção e qualificação da assistência (MERHY, FEUERWERKER, CERQUEIRA, 2010).

O cuidado desta vez atrelado a toda equipe multiprofissional, quando embasado pelo uso das tecnologias, torna-se expressado por tomadas de decisões mais eficazes, visto a utilização de recursos auxiliares e a aplicabilidade de instrumentos e escalas (CESTARI, *et al.* 2015).

Ações de educação em saúde também são consideradas tecnologias, sendo este um processo dinâmico que tem como objetivo o empoderamento de um grupo, em busca da

melhoria das condições de saúde. Os métodos e técnicas utilizados devam favorecer a emancipação dos sujeitos envolvidos por meio da reflexão, ação e participação (TOLEDO, *et al.* 2007).

Nesse contexto, as tecnologias, principalmente envolvendo a educação em saúde, deve ser entendidas como algo amplo, não apenas material, palpável e finito, mas como resultado de um trabalho que envolve uma junção de fatores que apresentam uma finalidade. Sendo assim, a tecnologia permeia o processo de trabalho em saúde, auxiliando na construção do saber, expondo-se desde o momento da idealização da criação, na implementação e avaliação do processo (ANDRADE, COSTA, 2018).

Intervenções tecnológicas na educação em saúde potencializam a capacidade de modificação de determinantes deletérios. Para tanto, o planejamento da tecnologia deve envolver a participação da população, compreendendo os diversos contextos, visto que este é um passo primordial para execução da efetividade deste produto nos serviços comunitários (SILVA, *et al* 2017).

As tecnologias em saúde com enfoque na comunicação, devem ser dinâmicas, obedecendo as relações sociais e contextualização local, bem como devem proporcionar inovação e facilidades de uso. Existe portanto a necessidade do desenvolvimento de produtos criativos, com valores que agregam a qualidade da transmissão das informações em relação ao cuidado prestado (ABREU, *et al.*, 2017).

Observa-se na elaboração de tecnologias ancoradas nas teorias da educação em saúde, que quanto mais fácil a aplicabilidade, maior será a abrangência do conteúdo abordado. Neste formato, a criação de cartilhas, instrumentos de medição, cadernetas e recursos audiovisuais, são recursos bastante utilizados pela enfermagem e demais áreas da saúde para este propósito (SILVA, *et al.*, 2017).

Sobremaneira, percebe-se que as tecnologias para a promoção da comunicação em saúde mais eficaz ainda são incipientes e são visualizadas como tendência, nas projeções futuras, no desenvolvimento de pesquisas neste campo (BALINT, KATALIN, BILANDZIC, 2017).

A assistência clínica na saúde contemporânea necessita cada vez mais da comunicação multiprofissional. Contudo, os profissionais por meio da tecnologia, podem ampliar as redes interacionais para o cuidado de em suas múltiplas dimensões. As tecnologias da comunicação podem ser utilizadas aproximando a rede no micro e macroespaço proporcionando a interação interpessoal e entre os serviços (SCHALL, TORRES, MODENA, 2005).

Já evidenciado o consenso de que a comunicação é um importante instrumento de intervenção na área da saúde, investigamos agora este fenômeno na saúde mental. As tecnologias nesta área são construídas a partir do processo de interação ou relação intersubjetiva, almejando relações terapêuticas singulares entre os profissionais e os usuários (JORGE, et al, 2011).

As tecnologias do cuidado que ancoram a saúde mental devem ser úteis na organização das práticas e relações terapêuticas. São bastante utilizadas neste campo as tecnologias do tipo leve. As mesmas devem possibilitar o trabalho criativo e subjetivo, auxiliando os dispositivos de acolhimento, vínculo, autonomia e responsabilização contidos nos serviços. Tais tecnologias devem estar aliadas aos fundamentos da Reforma Psiquiátrica, valorizando o sujeito e a promoção do empoderamento (AYRES, 2004).

5 MÉTODO

Este capítulo é concernente a descrição dos procedimentos metodológicos desta tese. Sintetiza as etapas para o desenvolvimento e validação da caderneta de comunicação em saúde mental infantojuvenil e do questionário de verificação da comunicação entre os serviços de saúde mental infantojuvenil, família e à escola.

5.1 TIPO DE ESTUDO

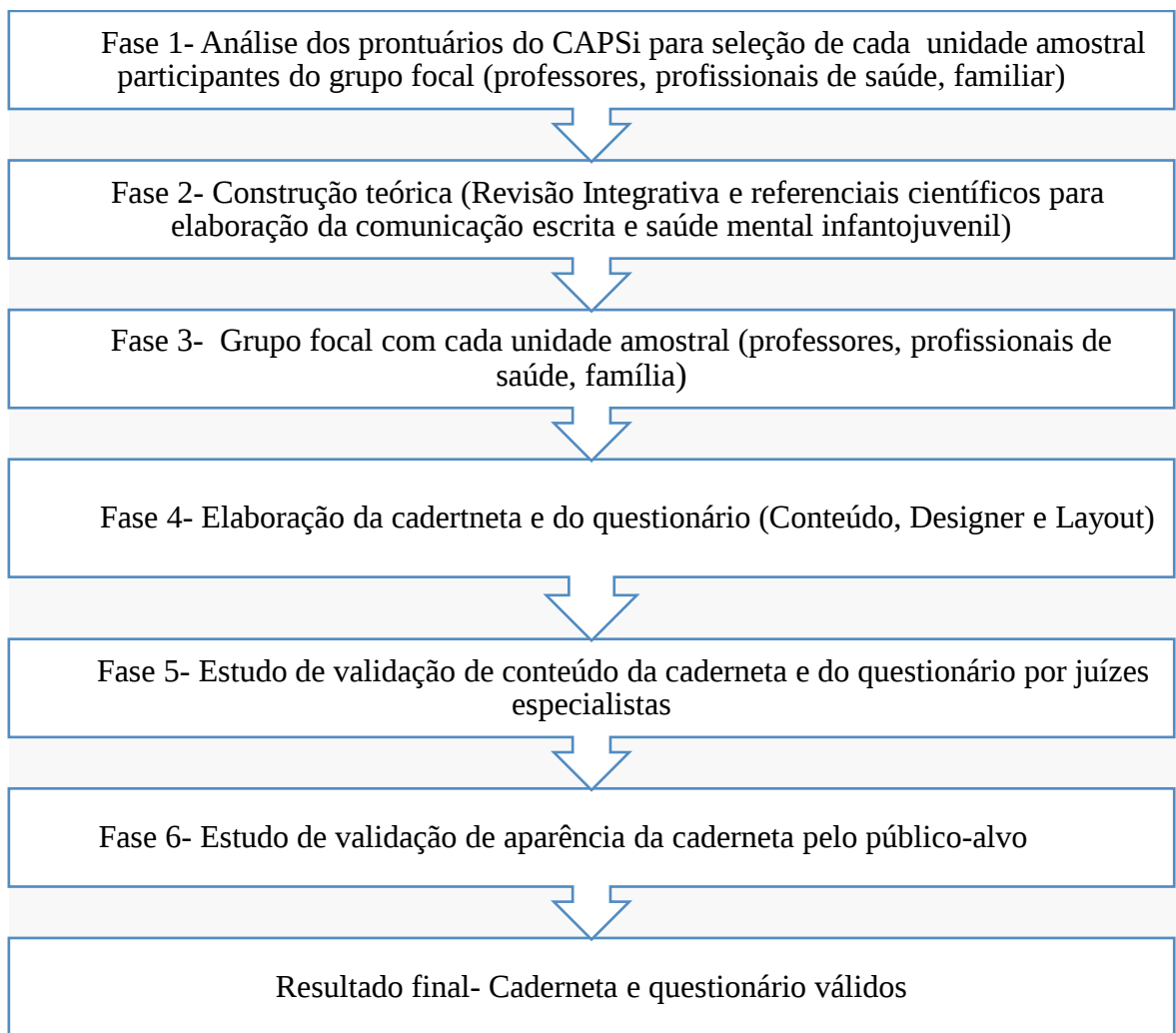
Estudo de desenvolvimento e validação de tecnologia em saúde do tipo pesquisa metodológica que visa a elaboração de instrumentos e produtos envolvendo protocolos pré-definidos para obtenção, organização e análise dos dados (POLIT, BECK, 2011).

Este método permitiu a elaboração e validação da caderneta de comunicação em, saúde mental infantojuvenil e do questionário de verificação do nível de comunicação entre os serviços de saúde mental, escola e família. Esse tipo de pesquisa é considerado uma estratégia eficaz para a produção de novas tecnologias, intervenções e processos de medição. Utiliza para tanto, de maneira sistemática os conhecimentos existentes (CONTANDRIOPOULOS, *et al.*, 1997).

O estudo metodológico permite a verificação dos percentuais, índices e testes estatísticos, julgando o grau de precisão do instrumento ou características essenciais a serem contidas na tecnologia. Além de conceder a observação descritiva das opiniões dos juízes-especialistas, promovendo à validação do instrumento pela concordância das sugestões, valorizando a importância e satisfação desse instrumento para o público-alvo (POLIT, BECK, 2011).

Ao estudar constructos da saúde mental e propor tecnologias neste âmbito, o sujeito-observador deve ser parte integrante da interpretação e julgamento destes instrumentos, para tanto, utilizou-se técnicas de pesquisa quantitativas e qualitativas para a construção desta tese como visualizado nas etapas abaixo.

Figura 1: Fases de desenvolvimento do estudo para construção e validação da caderneta e questionário de avaliação dos níveis de comunicação entre o CAPSi, família e escola. Recife, 2020.



Fonte: autor, 2020.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no CAPSi Camará Mirim localizado na região metropolitana do Recife-PE, Camaragibe é um município emancipado em 1982 de São Lourenço da Mata. Com aproximadamente 144.466 habitantes e alta densidade demográfica (2.818,46 hab/Km²), possui 45.819 crianças e adolescentes entre a faixa etária de 0 a 19 anos, correspondendo a aproximadamente 32% da população total (IBGE,2010).

A Rede de saúde de Camaragibe-PE é composta por 39 Unidades Básicas de Saúde da Família, um hospital público e dois privados, três CAPS, sendo um para tratamento de transtornos relacionados a dependência química (CAPSad), um para tratamento de transtornos do público adulto (CAPS II) e um para o público infantojuvenil (CAPSi), além de outras unidades como policlínicas serviços de vigilância em saúde e Residências Terapêuticas (CAMARAGIBE, 2017).

O município de Camaragibe é visualizado pela comunidade científica como localidade que oferece grande importância a saúde mental brasileira. A existência neste município, do agora extinto, Hospital Colônia José Alberto Maia, maior do estado e segundo maior do Brasil, com 980 leitos, ainda singulariza interesses na busca de conhecimentos sobre a organização da psiquiatria nesta cidade (DONATO, 2010).

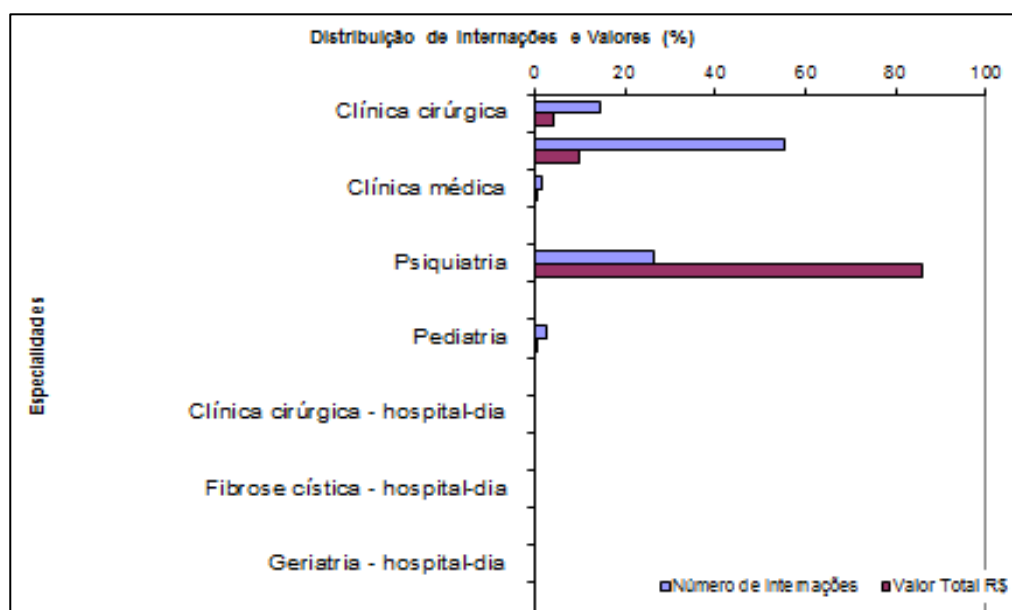
A grande quantidade de pacientes psiquiátricos, de todas as partes do estado, que continuaram a residir em Camaragibe, após o fechamento do Hospital Alberto Maia, faz com que este município seja alvo de atenção pelos órgãos públicos de gestão, já que corresponde a uma soma significativa de recursos financeiros repassados pelo SUS, além de serem atribuídas necessidades especiais na organização destes serviços neste local (DONATO, 2010).

Camaragibe foi um dos municípios pioneiros na integração da saúde mental a Atenção Básica em Saúde, o qual desde 1995 visa promover suas ações assistenciais em psiquiatria de forma colaborativa. Mas, apesar de sua alta complexidade em saúde mental, Camaragibe ainda enfrenta problemas na prestação destes serviços, como a dificuldade de comunicação entre as instâncias, falta de profissionais qualificados em saúde mental e elevados gastos em internações psiquiátricas (DONATO, 2003).

Segundo as últimas informações oferecidas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), realizadas por um levantamento em 2009, o percentual de internações por transtornos mentais em crianças dentro da faixa etária 10 a 14 anos no município de Camaragibe correspondem a 0,5% de todas as internações ocorridas nesse grupo etário, na população adolescente de 15 a 19 esse percentual chega a 0,8% (BRASIL, 2017).

Quando considerados os internamentos por patologias psiquiátricas em todas as faixas etárias de Camaragibe, estes resultam na segunda especialidade clínica com maiores internações no município 26,1%, representando uma média de 309,2 dias de permanência hospitalar, o que promove a maior receita de gastos em saúde da cidade (BRASIL, 2017).

Figura 2 - Distribuição da quantidade de internação por especialidades e valores gastos no Município de Camaragibe- PE em 2009. Recife, 2017.



Fonte: CNES, 2010.

A representatividade da saúde mental do município de Camaragibe evidenciada por sua história na psiquiatria, pela grande quantidade de habitantes com transtornos mentais, pela complexidade da Rede de Assistência em Saúde Mental, além dos altos gastos com as internações por esse agravo, justifica a escolha desta localidade para o desenvolvimento deste estudo.

Deste modo, também torna-se necessário conhecer sobre o sistema educacional do município escolhido, visto que essa pesquisa busca envolver não somente os serviços de saúde mental, mas promover a articulação destes com os demais universos da criança e do adolescente com transtorno mental, como a escola, as quais também irão ser campos de pesquisa para esse estudo.

O sistema educacional de Camaragibe é composto por 90 escolas públicas e privadas. No 1º ao 9º ano do Ensino Fundamental encontram-se matriculadas 20.388 crianças, no ensino médio 1º ao 3º ano 7.239 adolescentes e 74 crianças e adolescentes encontram-se matriculados no ensino de educação especial no município (CAMARAGIBE, 2017). Destas escolas, serão selecionadas para essa pesquisa as que possuem matrículas de alunos com transtorno mental em tratamento no município, que atendam aos critérios de inclusão.

O serviço de saúde mental de Camaragibe, selecionado para realização desta pesquisa foi o CAPSi Camará Mirim, por ser o único serviço do município destinado ao atendimento de

crianças e adolescentes comprometidas psiquicamente. Desta forma, esse espaço facilita a identificação do público-alvo que participará do estudo.

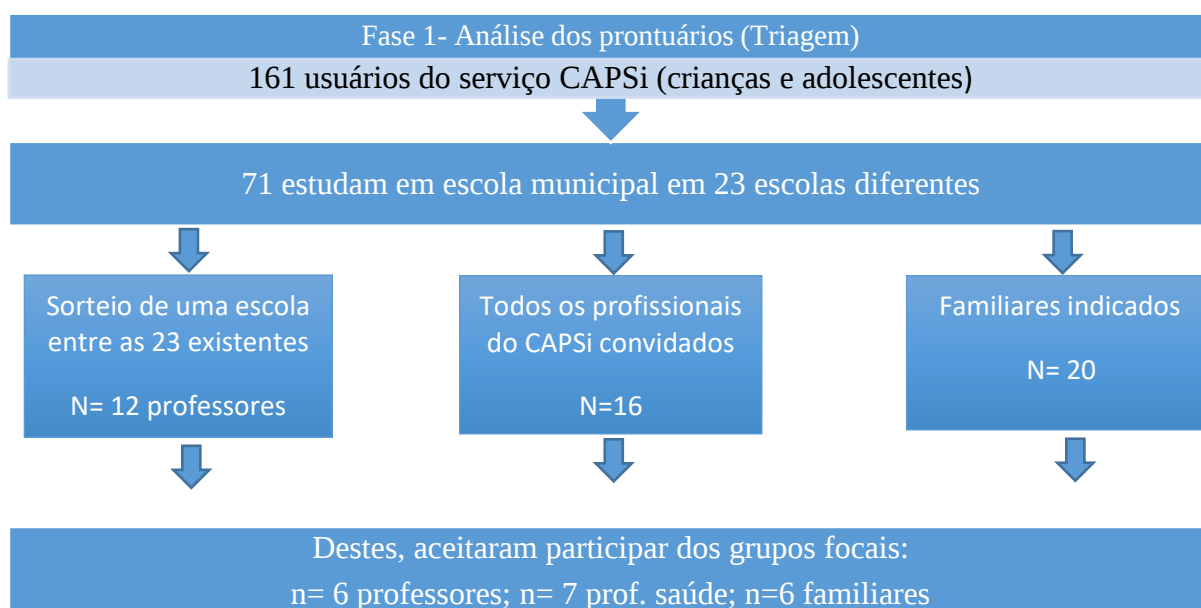
Em março de 2019, momento de início da pesquisa, 161 crianças/adolescentes de um a dezesseis anos e seis meses encontram-se em tratamento no CAPSi Camará Mirim, acompanhados por 16 profissionais de nível superior (CAMARAGIBE, 2019).

5.3 ETAPAS DO ESTUDO

5.3.1 Primeira Fase- Análise dos prontuários do CAPSi para seleção de cada unidade amostral participantes do grupo focal

Nesta primeira fase, foi realizado a triagem dos prontuários de todas as crianças e adolescentes em atendimento no CAPSi Camará Mirim, situado no município de Camaragibe-PE. Esta investigação, realizada em janeiro de 2018, com duração de um mês, permitiu verificar quais destes usuários estavam matriculados em escolas municipais e em tratamento ativo no serviço de saúde mental. Neste levantamento foram contabilizados 71 usuários (Figura 4), dispostos em 23 escolas municipais (Quadro 1).

Figura 3-Processo de seleção dos participantes para os grupos focais (fase 3). Recife, PE 2019. Recife, 2019.



Fonte: Autor, 2019.

Após a triagem inicial, foi possível serem definidas as ponderações para a seleção dos participantes dos grupos focais. Desta forma, todos os 16 profissionais do CAPSi foram convidados a participar do grupo obtendo o aceite de sete (n=7).

Dos 71 prontuários, 20 foram sorteados para formalizar o convite à participação dos familiares responsáveis, destes, seis aceitaram (n= 6). Já entre as 23 instituições de ensino (Quadro 1), foi selecionada por amostragem aleatória simples, a Escola Municipal Imaculada Conceição. Todos os 12 professores desta escola, que lecionavam oito à crianças e adolescentes e em tratamento no CAPSi Camará Mirim, foram convidados a participar do estudo, entretanto, apenas seis aceitaram constituir a amostra (n=6).

Quadro 1: Escolas municipais de Camaragibe-PE pelo número de Crianças e adolescentes com Transtorno Mental matriculados em tratamento no CAPSi Camará Mirim. Recife, PE, 2019.

Escolas Municipais de Camaragibe- PE	Número de Crianças e adolescentes com Transtorno Mental matriculados em tratamento no CAPSi Camará Mirim*
Escola Municipal Jardim Primavera	2
Escola Municipal João Paulo II	2
Escola Municipal José Collier	3
Escola Municipal Profª Maria Lúcia G. Guerra	5
Escola Municipal Manoel Rito	1
Escola Municipal Manuel Chaves da Costa	4
Escola Municipal Marcelo J. A C de Araújo	5
Escola Municipal Nova Santana	5
Escola Municipal Padre Miguel	2
Escola Municipal Profª Paulo Freire	4
Escola Municipal Rita Neiva de Oliveira	3

Escola Municipal Santa Maria	2
Escola Municipal Santa Tereza	3
Escola Municipal Santo Antônio	5
Escola Municipal São José	2
Escola Municipal Carmela Ourico Lapenda	3
Escola Municipal Imaculada Conceição**	8
Escola Municipal XV de Novembro	3
Escola Municipal Aldo Ferreira C Branco	3
Escola Municipal Clara Lopes	1
Escola Municipal 19 de Abril	2
Escola Municipal Ersina Lapenda	2
Escola Municipal Antonio Luiz de Souza	1

Fonte: Prefeitura de Camaragibe- PE, 2019. Segundo triagem dos prontuários; **Escola participante da fase desta pesquisa (grupos focais).

5.3.2 Segunda Fase- Construção teórica

5.3.2.1 Revisão Integrativa da Literatura

A Revisão Integrativa da Literatura é o método que consiste na construção de uma análise ampla das evidências científicas, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (BRASIL, 1990).

Para a sistematização e compreensão do fenômeno pesquisado foram utilizadas seis etapas previamente definidas para realização de revisões (SINIBALDI, 2013): 1- Definição do tema; 2-seleção da pergunta da pesquisa; 3-definição dos critérios de inclusão e exclusão; 4-coleta de dados na literatura; 5- categorização dos estudos selecionados; 6- análise crítica dos

achados através da identificação de diferenças e conflitos; 7- interpretação dos achados; e 8- síntese das informações encontradas.

5.3.2.2 Etapas 1 e 2- Definição do tema e seleção da pergunta de pesquisa

A seleção da pergunta norteadora resultou da necessidade de determinar: quais as estratégias utilizadas para comunicação interdisciplinar entre os serviços de Atenção Psicossocial infanto-juvenil, família e escola na promoção de cuidados a criança e adolescente com transtorno mental? O levantamento bibliográfico foi realizado em dezembro de 2016.

5.3.2.3 Etapas 3 e 4- Coleta de dados e critérios de inclusão e exclusão

A estratégia para a identificação dos artigos consistiu inicialmente no levantamento dos termos controlados pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MeSH), sendo realizado os cruzamentos na língua portuguesa, inglesa e espanhola: Interdisciplinary Communication, Comunicação Interdisciplinar, Comunicaci3n Interdisciplinaria AND Mental Health Services, Servios de Sa3de Mental, Servicios de Salud Mental AND School Health, Sa3de escolar, Salud Escolar.

As buscas foram executadas em fontes nacionais e internacionais, atrav3s do Banco de Bases de Dados da Coordena3o de Aperfeioamento de Pessoal de N3vel Superior (CAPES) <<http://www.capes.gov.br>>, no qual foram selecionadas as bases: Pubmed, Psycinfo, SCOPUS, ERIC, Chocrane, Cinahal, Tamb3m foi utilizada a biblioteca virtual denominada Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), estas escolhas visaram contemplar artigos de v3rias 3reas do conhecimento cient3fico (enfermagem, psiquiatria, psicologia e educa3o), devido 3 complexidade do tema estudado.

Para atender aos crit3rios de inclus3o, foram selecionados artigos cujas popula3es eram crianas e/ou adolescentes (zero a 18 anos), pesquisas originais publicadas em bases cient3ficas, publicados entre dezembro de 2005 a dezembro de 2016, escritos em qualquer um dos idiomas citados na estrat3gia de busca.

Foram exclu3dos da amostra relatos de experi3ncia, trabalhos de conclus3o de curso de gradua3o, monografias de especializa3o, disserta3es, teses, relat3rios de pesquisa e resumo de eventos, artigos do tipo ensaio te3rico, reflex3es, revis3es bibliogr3ficas, cartas, resenhas,

editoriais, livros, capítulos de livros, boletins informativos, publicações governamentais, além de artigos repetidos em cruzamentos anteriores.

5.3.2.4 Etapas 5 e 6- Categorização e avaliação dos estudos

Os artigos foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão, e os cruzamentos executados através da revisão por pares, no qual o pesquisador e um auxiliar de pesquisa realizaram a busca nas bases concomitantemente, a fim de evitar possíveis falhas na coleta. As discrepâncias ocorridas entre os revisores foram definidas por consenso, e os resultados inseridos em uma planilha para sistematização e análise dos dados obtidos.

5.3.2.5 Etapa 7- Análise crítica dos resultados

Os estudos elegidos foram submetidos à análise de relevância e adequação metodológica por meio de um instrumento adaptado do Critical Appraisal Skills Programme - CASP (ANEXO A) (AMARANTE; TORRES, 2001) composto por 10 itens que contemplam a clareza na identificação dos objetivos da pesquisa; adequação do desenho metodológico; procedimentos teóricos e metodológicos; seleção da amostra; coleta de dados; relação pesquisador e pesquisados; aspectos éticos; análise de dados; apresentação dos resultados; e importância da pesquisa. A escala classifica os artigos em nível A ou B. De 60 a 100 pontos, nível A, considerados os de boa qualidade metodológica e viés reduzido; menor ou igual a 50, nível B, de qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado.

A extração dos dados foi realizada através de um instrumento validado (HORI, NASCIMENTO, 2014) (ANEXO B) que considera aspectos referentes à identificação, características metodológicas e classificação dos resultados dos estudos. Na parte direcionada à identificação do instrumento, consta à base de dados na qual o artigo foi resgatado, o título, periódico, idioma, país de desenvolvimento, ano de publicação e autoria dos estudos. Quanto às características metodológicas, identificou-se o objetivo, dados amostrais, informações referentes ao instrumento submetido à validação, sua análise, resultados e implicações. Além disso, os artigos foram classificados de acordo com seu nível de evidência. (AMSTALDEN, HOFFMANN, MONTEIRO, 2010).

5.3.2.6 Etapa 8- Objetivação final

O resultado dessa etapa consistiu na versão final do artigo de Revisão Integrativa: Comunicação interdisciplinar entre os serviços de saúde mental infantojuvenil, família e escola. Os dados obtidos pelo estudo foram discutidos e interpretados com a literatura científica, sendo relevantes para maior compreensão do fenômeno comunicacional nas instâncias analisadas, assim como, atuante na contribuição para a escolha da tecnologia a ser elaborada e da população envolvida nesta tese.

Também foram utilizados como fundamentos teóricos estruturais para o desenvolvimento desta tese o estudo da Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2017), do Estatuto da Criança e Adolescente (BRASIL, 1990), do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM5, 2014) e o referencial de Comunicação escrita para contribuição da elaboração de material educativo em saúde (MOREIRA, NÓBREGA e SILVA, 2013) (ANEXO C).

5.3.3 Terceira Fase- Grupo focal com os profissionais de saúde mental, professores e família

Nesta etapa foram realizados separadamente, três grupos focais, um para cada população. O primeiro grupo foi realizado com os profissionais da saúde mental e posteriormente foi promovido o grupo com a família, ambos foram realizados em maio de 2018, em espaço cedido pelo CAPSi Camará Mirim em dias distintos.

O grupo focal com os professores aconteceu na escola selecionada, no mês de junho de 2018, durante reunião pedagógica, agendada pela coordenação da escola Municipal Imaculada Conceição, localizada em Camaragibe-PE.

Os critérios de inclusão dos profissionais de saúde mental foram: Trabalhar no CAPSi Camará Mirim há no mínimo um ano, ser técnico de referência da criança/adolescente que esteja frequentando a escola, ter formação acadêmica de nível superior. Já para incluir os professores na amostra estes deveriam: lecionar para criança/adolescente em tratamento no CAPSi Camará Mirim, ter experiência prática como docente há no mínimo um ano.

A inclusão do familiar foi pautada em: ser responsável pela criança ou adolescente com transtorno mental em tratamento no CAPSi Camará Mirim e que frequentasse a escola por no

mínimo um ano; como critérios de exclusão: Apresentar dificuldades para responder o instrumento, mesmo com o auxílio do pesquisador.

O grupo foi conduzido por um moderador (responsável pela pesquisa), acompanhado por um observador. O moderador estimulou os participantes por meio de um roteiro (Quadro 2) (APÊNDICE A) a expressarem seus sentimentos, experiências e opiniões sobre as questões que envolviam a comunicação interdisciplinar entre o CAPSi a família e a escola. Já o observador, encarregou-se de analisar os integrantes, considerando expressões faciais e comportamentos relevantes para o contexto (SILVA, COSTA, JESUS, 2016). Cada encontro com cada grupo teve duração média de 50 minutos.

Quadro 2- Roteiro de perguntas dos grupos focais realizados com os profissionais da saúde mental do CAPSi, professores e familiares responsáveis. Recife-PE, 2020.

Questionamentos Profissionais (saúde e educação)	Questionamentos aos familiares responsáveis
O que você entende por comunicação?	O que você entende por comunicação?
Quais as dificuldades na comunicação entre o CAPSi, família e a escola?	Quais as dificuldades na comunicação entre o CAPSi, família e a escola?
O que você acha que poderia solucionar essas dificuldades na comunicação?	O que você acha que poderia solucionar essas dificuldades na comunicação?
Você acha que uma melhor comunicação entre o CAPSi, família e a escola pode auxiliar no tratamento/ensino do infantojuvenil?	Você acha que uma melhor comunicação entre o CAPSi, família e a escola pode auxiliar no tratamento/ensino da criança ou adolescente a que você é responsável?
Já aconteceu alguma capacitação/palestra/reunião sobre o processo de comunicação entre o CAPSi, família e escola? Como foi? Quem ministrou? Quanto tempo faz? Quanto tempo durou?	Já aconteceu alguma reunião/palestra para melhorar a comunicação entre o CAPSi, família e escola? Como foi? Quem ministrou? Quanto tempo faz? Quanto tempo durou?
Se nunca aconteceram capacitações/palestra/reuniões, sobre a comunicação entre o CAPSi, família e escola, você acredita que seja um tema importante	Se nunca aconteceram palestras/reuniões, sobre a comunicação entre o CAPSi, família e escola, você acredita que seja um tema importante para auxiliar no

para auxiliar no tratamento/ensino do infantojuvenil	tratamento/ensino da criança ou adolescente que você é responsável
O que você gostaria de saber sobre o tema?	O que você gostaria de saber sobre o tema?
O que um instrumento de apoio a comunicação entre a família, CAPSi e escola precisaria conter?	O que um instrumento de apoio a comunicação entre a família, CAPSi e escola precisaria conter?

Fonte: autora

Este roteiro (Quadro 2) foi elaborado pela autora e avaliado pelo grupo de pesquisa. As perguntas foram selecionadas a fim de explorar o conhecimento, dos diferentes públicos investigados, diante o fenômeno da comunicação, em prol ao ensino/cuidado do infantojuvenil, além de investigar as necessidades comunicacionais entre cada grupo e verificar as prioridades almejadas por eles para a elaboração de um novo dispositivo de apoio a comunicação entre as três instâncias.

Desta forma, cada encontro respeitou a ordem de apresentação: agradecimento aos participantes pelo comparecimento; apresentação dos integrantes da pesquisa; explicação dos objetivos da pesquisa e como seria conduzido o grupo; explicação sobre os benefícios da pesquisa; sobre a necessidade de gravação da discussão; seguridade do anonimato e confidencialidade dos dados obtidos.

Logo em seguida, de modo a promover a interação dos participantes além de iniciar a temática referente a comunicação, realizou-se a dinâmica do “telefone sem fio” com o grupo. Posteriormente, foi aplicado o formulário de identificação do participante (APÊNDICE B) e as perguntas do roteiro (Quadro 2) foram sequenciadas. Os participantes foram estimulados a comentar ou responder sobre cada tópico. Finalizou-se o encontro com agradecimentos e oferecimento de um *coffee-break* para socialização.

As sessões dos grupos focais foram gravadas, transcritas em documento *Word* e analisadas em corpus distintos, um para cada grupo, com o auxílio do *Software* IRAMUTEQ (Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) (CAMARGO, JUSTO, 2013).

As gravações foram discutidas com a equipe de pesquisa após cada reunião, para promover a verificação da condução dos grupos, e visualizar se os objetivos da técnica utilizada foram atingidos, promovendo também a reflexão do pesquisador sobre a saturação das respostas e elaboração das atividades subsequentes (SILVA, COSTA, JESUS, 2016).

Por meio da observação do Método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), os segmentos de texto foram classificados pelo *software* (CAMARGO, JUSTO, 2013) em

função dos seus respectivos vocabulários. O conjunto de dados foram fracionados em função da frequência das formas reduzidas. A partir de matrizes cruzando segmentos de textos e palavras (em repetidos testes do tipo χ^2), aplicou-se o método de CHD e obteve-se uma classificação estável e definitiva (REINERT, 1990).

Esta análise visou obter classes de segmentos de texto que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si, diferenciando-se em classes distintas. (CAMARGO, *et al.*, 2005).

A partir dessas análises em matrizes o *software* organizou a análise dos dados em 5 dendogramas, destes, foram identificados os eixos e as classes com temáticas relevantes para a construção da caderneta. (CAMARGO, *et al.*, 2005) Durante a realização dos grupos focais com os professores e com a família foram evidenciadas algumas angústias e identificados alguns sofrimentos psíquicos relatadas por falas e expressões de tristeza.

Por ser um ambiente propício ao diálogo e estimulador da fala de situações delicadas referentes ao cuidar/ensinar do infantojuvenil com transtorno mental, a pesquisadora, especialista em saúde mental, se propôs a promover, concomitante a realização dos grupos focais, grupos de apoio e escuta a estas populações, de modo a dirimir possíveis constrangimentos e riscos advindos da pesquisa.

Foram realizados 2 encontros com os professores e 4 encontros com a família (externos ao grupos focais), onde foram promovidas atividades de relaxamento e explanação dialogada sobre alguns transtornos mentais. Essas ações foram previamente pactuadas com o serviço CAPSi Camará Mirim, com Escola Municipal Imaculada Conceição e com cada população.

5.3.4 Quarta Fase- Elaboração da caderneta e questionário (conteúdo, designer e layout)

Para a construção da caderneta foram utilizados os conhecimentos adquiridos em uma pesquisa inicial, realizada por meio de uma de revisão integrativa de literatura, intitulada: Comunicação interdisciplinar entre os serviços de saúde mental infantojuvenil, família e escola, como também foram utilizados os fundamentos estruturais da Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2017), do Estatuto da Criança e Adolescente (BRASIL, 1990), do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM5, 2014) e o referencial de comunicação escrita para contribuição da elaboração de material educativo em saúde (MOREIRA, NÓBREGA e SILVA, 2003).

Para elaboração do conteúdo e estrutura didática/prática da tecnologia, a realidade dos grupos amostrais foram investigadas por meio da concepção de grupos focais (SILVA, COSTA, JESUS, 2016) (fase 3), com a participação cada população envolvida: família, profissionais do CAPSi, e professores responsáveis pelo cuidado/ensino da criança e adolescente com transtorno mental.

O conteúdo da tecnologia foi estruturado em dez partes distintas: 1. Apresentação da caderneta; 2. Orientações de uso; 3. Dados de Identificação; 4. Inclusão Escolar, e agora? 5. Conhecendo sobre os principais transtornos e sintomas; 6. Projeto Terapêutico Singularizado-PTS; 7. Projeto de Desenvolvimento Escolar Individual; 8. Diário da criança e do adolescente; 9. Espaço do cuidador; 10. Anotações.

Para a estruturação física foram utilizadas as técnicas de elaboração de instrumentos baseados na comunicação escrita em saúde, determinadas pelo referencial de Moreira, Nóbrega e Silva (MOREIRA, NÓBREGA, SILVA, 2003). Os aspectos considerados foram: linguagem, layout e ilustração (ANEXO C).

Quanto a linguagem foram seguidos cinco pontos de relevância: a) credibilidade da mensagem, b) apresentação da mensagem, c) estrutura da frase e seleção das palavras d) não discriminação das diferenças culturais e raciais e) inclusão de espaços para interação. Já para a criação das ilustrações considerou-se: a) processo de seleção b) relevância cultural c) disposição das ilustrações. No parâmetro layout e design, foram observados: a) fontes, cores e sombreamentos, b) capa de efeito atrativo, c) organização da mensagem d) margens e marcadores (MOREIRA, NÓBREGA, SILVA, 2003) (ANEXO C).

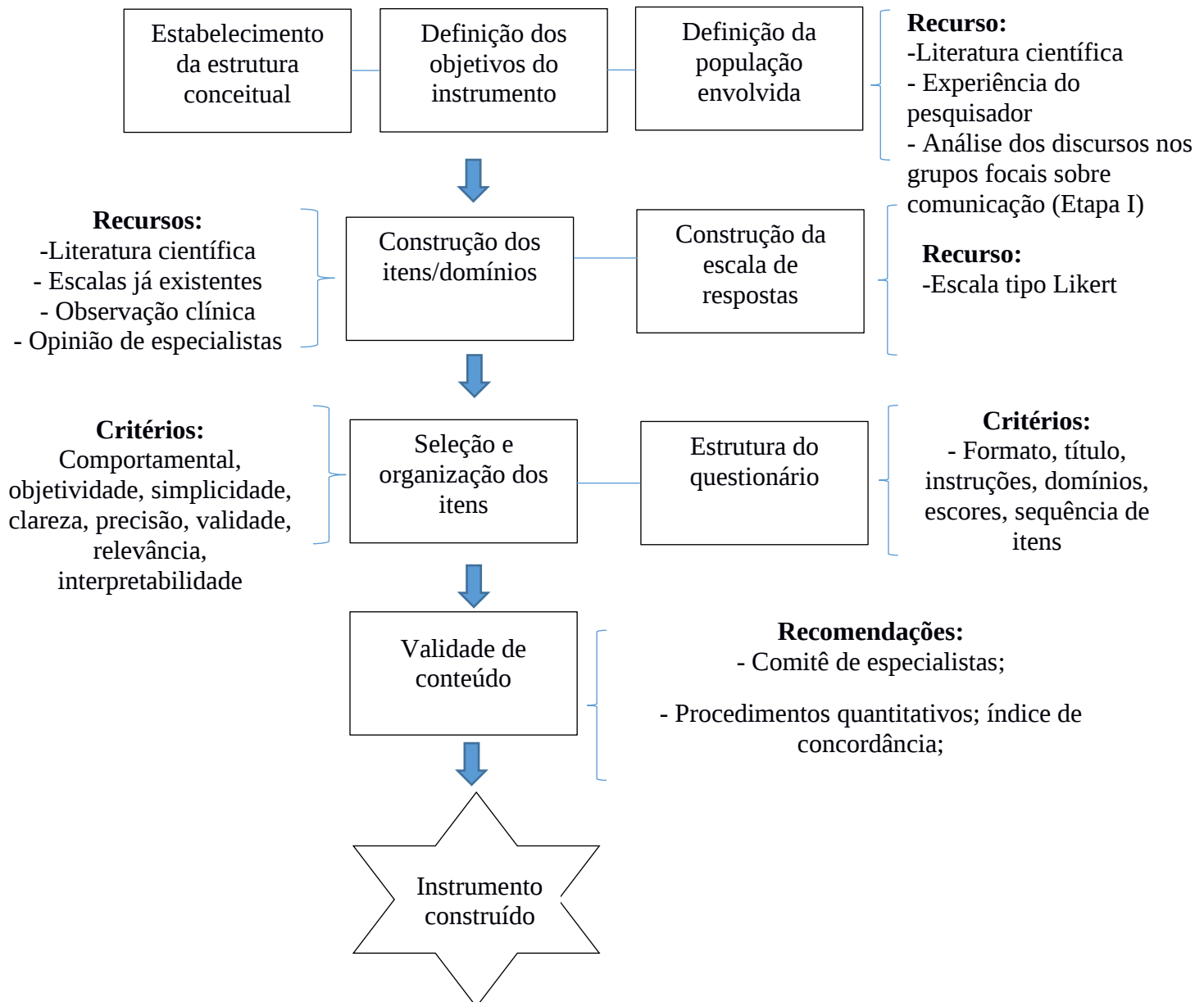
A construção da caderneta foi realizada em conjunto pela equipe de pesquisa, uma profissional de designer gráfico e um ilustrador. Foi utilizado o sistema Corel Draw- versão X6 para organização do conteúdo e do projeto gráfico, esta elaboração teve duração de cinco meses, permeando os meses de julho a dezembro de 2018.

5.3.4.1 Construção do Questionário de verificação da comunicação entre os Serviços de Saúde Mental Infantojuvenil, família e escola

Paralelamente a construção da caderneta, foi elaborado um instrumento para mensuração dos escores de comunicação entre o CAPSi, família e escola, antes e depois da inserção da tecnologia nos serviços. Este foi construído com base nos conhecimentos adquiridos no artigo de Revisão Integrativa (fase 2), análise dos grupos focais e variáveis utilizadas no desenvolvimento do conteúdo da caderneta. Essa criação obedeceu as técnicas de elaboração

de instrumentos desenvolvida por Coluci, Alexandre e Milani, 2015 (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Figura 4: Passos para a elaboração do instrumento para mensuração dos escores de comunicação entre o CAPSi, família e escola no cuidado a criança e adolescente com transtorno mental.



Fonte: Coluci, Alexandre e Milani, 2015. (Adaptado)

O questionário final foi composto por 16 questões autoaplicáveis, que analisam o grau de concordância por meio de uma escala tipo Likert (APÊNDICE B). Seu objetivo é realizar

um diagnóstico da comunicação entre o Centro de Apoio Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), família e escola visando analisar o efeito da inclusão da caderneta de apoio a comunicação em saúde mental infantojuvenil no cuidado/ensino da criança e do adolescente com transtorno mental a ser utilizado em estudos posteriores para testes da tecnologia aqui elaborada.

5.3.5 Quinta fase- Validação de conteúdo da caderneta de comunicação em saúde mental infantojuvenil e do questionário de verificação da comunicação entre o serviço de saúde mental infantojuvenil, família e escola

Este procedimento assegurou a avaliação da qualidade dos materiais desenvolvidos quanto ao conteúdo, compreensão, aceitação da mensagem, adequação cultural, ao estilo e apresentação, apontando para possíveis necessidades de reajustes e modificações (MOREIRA, NÓBREGA, SILVA, 2003).

Neste estudo, este método foi utilizado para a realização da análise da caderneta e do questionário de comunicação construídos. Estas etapas garantiram a mensuração por juízes, do grau de relevância, clareza, representatividade da caderneta, além da precisão do questionário de verificação comunicação entre o serviço de saúde mental infantojuvenil, família e escola. Correspondeu a duração de 45 dias, acontecendo entre os meses de dezembro de 2018 e janeiro de 2019.

Para obtenção da amostra, referente aos juízes, foi utilizado o parâmetro amostral para cálculo de população finita: $n = Z_{\alpha}^2 \cdot P(1-P)/e^2$. Onde Z_{α} é o nível de confiança, estipulado em 95%; P é a proporção de especialistas que concordem com o item, definido em 85%; e “e” corresponde à diferença esperada, que foi de 15%. O que totalizou 22 participantes (LOPES, SILVA, ARAÚJO, 2012).

Para a seleção, foram realizadas buscas online na Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) em dezembro de 2018. Os critérios para a busca foram: doutores e mestres e especialistas, com nacionalidade brasileira, que continham em suas chaves de produção os termos: saúde mental do infantojuvenil (n=1700 currículos) e educação inclusiva (n=13070 currículos). Deste modo, foi enviado o convite (APÊNDICE C), por meio da plataforma, aos 100 primeiros currículos identificados em cada termo de busca, correspondendo a um total de 200 convites enviados. Inicialmente 53 juízes aceitaram participar.

Em um segundo momento foi solicitada a indicação de novos participantes com o mesmo perfil profissional, por meio da técnica amostral do tipo “bola de neve”. Portanto, as buscas na Plataforma Lattes determinaram os primeiros juízes (sementes), os demais foram incluídos por conveniência, de acordo com as indicações (DEWES, 2013). Por essa técnica foram adicionados três juízes, destes, apenas um aceitou participar.

Os critérios adotados para seleção dos especialistas foram os estabelecidos por Jasper (JASPER, 1994), que levam em consideração as características do instrumento, formação, qualificação e a disponibilidade dos profissionais e suas habilidades clínicas. Para essa pesquisa estipula-se que os juízes devem atender no mínimo dois dos requisitos elencados para sua categoria.

Quadro 3- Requisitos para seleção de docentes para a participação do estudo de validação de conteúdo da caderneta e questionário de comunicação entre os CAPSi, família e escola.

Continua

Requisito	Características
Possui habilidade/conhecimento adquirido (s) pela experiência	- Ter experiência profissional assistencial junto ao público de crianças e adolescentes com transtorno mental e seus cuidadores por um período mínimo de 5 anos; - ter experiência docente na área de interesse*; - Ter experiência na realização de atividades individuais e coletivas de promoção à saúde da criança ou adolescente com transtorno mental.
Possui Habilidade/ conhecimento especializado (s) que tornam o profissional uma autoridade no assunto	- Ter sido palestrante convidado em evento científico nacional ou internacional na área de interesse*; - Ter orientado trabalhos acadêmicos de Pós-Graduação Stricto Sensu (Mestrado ou Doutorado) com temáticas relativas à área de interesse*; - Possuir título de doutor, com tese em temática relativa à área de interesse*.

Possui habilidade especial em determinado tipo de estudo	- Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área de interesse*; - Ter autoria em artigo científico com temática relativa à área de interesse*, em periódico classificado pela CAPES; Continuação - Participação em banca avaliadora de trabalho acadêmico de pós-graduação Stricto Sensu (Mestrado ou Doutorado) com temática relativa à área de interesse*.
Possuir aprovação em teste específico para titulação de especialistas	- Ser especialista titulado por instituições reconhecidas pelo MEC e/ou órgãos internacionais.
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade	- Ter recebido de instituição científica conhecida homenagem/menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de interesse*; - Possuir trabalho premiado em evento científico nacional ou internacional, cujo conteúdo seja referente à área de interesse*.

* Áreas de interesse: Comunicação em saúde, Saúde Mental, Saúde da criança, Saúde do adolescente, Psiquiatria, Educação inclusiva, Educação Básica.

Fonte: adaptado de Jasper, 1994

Quadro 4- Requisitos para seleção de profissionais de saúde mental e professores do ensino fundamental e médio para a participação do estudo de validação de conteúdo da caderneta e questionário de comunicação entre o CAPSi, família e escola.

Requisitos	Características
------------	-----------------

Possui habilidade/conhecimento adquirido (s) pela experiência	- Ter experiência profissional junto ao público de crianças, adolescentes com transtorno mental e seus cuidadores por um período mínimo de 5 anos; - Ter experiência na realização de atividades individuais e coletivas de promoção à saúde ou ensino a criança ou adolescentes com transtorno mental.
Possui Habilidade/ conhecimento especializado (s) que tornam o profissional uma autoridade no assunto	- Ter sido palestrante convidado em evento científico nacional ou internacional na área de interesse*; - Ter orientado trabalho acadêmico de graduação com temáticas relativas à área de interesse*. - Participação em mesa- redondas de eventos científicos na área de interesse*.
Possui habilidade especial em determinado tipo de estudo	- Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área de interesse*; - Ter autoria em resumos científicos com temáticas relativas à área de interesse*; - Participação em banca avaliadora de trabalho acadêmico de graduação com temática relativa à área de interesse*.
Possuir aprovação em teste específico para titulação de especialistas	- Ser especialista titulado por instituições reconhecidas pelo MEC e/ou órgãos internacionais*.
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade	- Ter recebido de instituição científica conhecida homenagem/menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de interesse*; - Possuir trabalho premiado em evento científico nacional ou internacional, cujo conteúdo seja referente à área de interesse*.

* Áreas de interesse: Comunicação em saúde, Saúde Mental, Saúde da criança, Saúde do adolescente, Psiquiatria, Educação inclusiva, Educação Básica. Fonte: adaptado de Jasper, 1994.

Do quantitativo inicial de 54 juízes que aceitaram participar, sendo estes $n=53$ selecionados pela busca dos currículos na base de dados da Plataforma Lattes e um juiz indicado pela técnica de “bola de neve”, um total de 24 juízes entregaram os instrumentos preenchidos no período determinado para esta coleta, que foram dez dias úteis. Apesar do cálculo amostral considerar o quantitativo de $n= 22$ juízes (LOPES, SILVA, ARAÚJO, 2012), foram acatadas todas as respostas dentro do tempo determinado ($n=24$).

Compuseram a amostra portanto: Profissionais da Saúde Mental ($n= 13$), Profissionais da Educação ($n= 11$), pertencentes das seguintes especialidades: (3) Enfermagem, (3) Medicina, (psiquiatra, neurologista ou pediatra), (4) Psicologia, (2) Terapia Ocupacional, (1) Fonoaudiologia, Pedagogia (5) Educadores do Ensino Fundamental e Médio da rede pública ou particular de ensino (6).

Cada juiz participante recebeu via formulário eletrônico, por meio do Google Forms[®]: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um instrumento para identificação do profissional (ANEXO D e E) e um instrumento, adaptado por (TEIXEIRA, MOTA, 2011) composto por 21 itens, para análise da validade de conteúdo da caderneta e do questionário de comunicação estruturado em três etapas: 1- **objetivos**: metas que deverão ser alcançadas com a utilização da caderneta; 2- **estrutura e apresentação**: formas de apresentar o conteúdo e 3- **relevância**- características que avaliam o grau de significação da caderneta (ANEXO F). A caderneta foi enviada concomitantemente, em anexo ao e-mail do participante no formato PDF, para apreciação e melhor visualização.

O instrumento de coleta para verificação da validade de conteúdo foi constituído por questões assertivas do tipo Likert, sendo classificado por respostas com valor aplicado de: 4 (totalmente adequado), 3 (adequado), 2 (parcialmente adequado), 1 (inadequado). Esta ferramenta também foi composta por espaços para sugestões e inclusão de novos termos. Os aspectos avaliados foram a verificação da relevância e clareza de cada elemento proposto na caderneta e no questionário além da análise da estrutura e da apresentação da caderneta (PASQUALI, 1998).

A organização e análise dos dados foram realizadas com o auxílio do programa Microsoft Office Excel 2010 e pelo software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0. Para verificação da validade de conteúdo foram calculados o I-CVI (*Item-Level Content Validity Index*), definido pela proporção de juízes que avaliam um item como 3 ou 4

(relevante) e o *S-CVI (Scale-Level Content Validity Index)*, que é a média da proporção dos itens avaliados com respostas 3 ou 4 (relevância) por todos os juízes (PASQUALI, 2010; POLIT, BECK, 2011; ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O I-CVI foi verificado pela média de respostas “3” e “4”, os quais são considerados diante os seguintes padrões de avaliação: I- CVI $\geq 0,78$ excelente, I- CVI entre 0,60 e 0,71 bom, e I- CVI $< 0,59$ ruim. Foi definido como válido o item cujo I- CVI apontou a proporção de aceite entre os juízes igual ou superior a 0,85 (POLIT, BECK, 2011). Aos itens, que apresentaram I- CVI entre 0,60 e 0,84 foram promovidas modificações, analisando também as sugestões qualitativas dos juízes.

A aplicação do teste binomial correspondeu a avaliação da adequação do item. Na ausência de concordância aceitável ou valor de “p” não significativo ($p>0,01$), ocorreu a modificação e acréscimo de itens na caderneta e no questionário, de acordo com as sugestões dos juízes e discussão entre a equipe de pesquisa.

Por se tratar de um instrumento de medição, o questionário passou novamente pelo processo de validação de conteúdo após as modificações indicadas. Os itens modificados na caderneta não necessitaram de um novo processo para verificação da validade, já que as mudanças foram referentes a estrutura, e não ao conteúdo da mesma (PASQUALI, 2010).

5.3.6 Sexta fase- Validação de aparência da caderneta

Nesta fase foi verificada a subjetividade da caderneta quanto ao julgamento da clareza, compreensão e estrutura. Esta é uma técnica abstrata e intimista, constituindo-se por avaliações advindas da população geral, proporcionando evidências relacionadas às particularidades culturais e semânticas do público-alvo específico (PASQUALI, 2010).

A verificação da validade de aparência foi realizada a fim de promover a análise, da caderneta de comunicação entre o CAPSi, família e escola no cuidado ao infantojuvenil com transtorno mental por todos os possíveis públicos de interesse em seu uso, identificando seu grau de inteligibilidade.

Com o intuito de reduzir o viés de informação e de memória, esta etapa foi realizada em uma população diferente das outras etapas do estudo. Os participantes desta fase foram selecionados em um CAPSi e em uma escola pública da cidade do Recife-PE. Este município apresenta características de saúde similares ao local de desenvolvimento das fases anteriores (Camaragibe-PE), sendo cidades vizinhas pertencentes à mesma região geoeconômica.

Recife possui em sua Rede de Saúde Mental três CAPSi, o CAPSi Zaldo Rocha específico para atendimento a criança, o CAPS Clea Lacet, que atende adolescentes e o Centro Médico Psicopedagógico Infantil (CEMPI), que atende aos dois públicos. Neste caso, o CEMPI foi selecionado por amostragem aleatória simples, pelo sorteio dos três CAPSi citados, sendo composto por 12 profissionais da saúde de nível superior.

Aceitaram participar da validação de aparência oito profissionais da saúde mental do CEMPI (n=8), familiares responsáveis por crianças e adolescentes escolares com transtorno mental em tratamento (n=7) e todos os professores da Escola Municipal Maria da Paz, que lecionavam a alunos com transtorno mental (n=7). Para cálculo da amostra foi utilizado o mesmo critério estatístico da validação de conteúdo (fase 5) (LOPES, SILVA, ARAÚJO, 2012), constituindo uma população de 22 juízes.

A seleção dos familiares responsáveis pelas crianças ou adolescentes escolares com transtorno mental aconteceu por indicação do CAPSi. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: ser responsável legal por criança ou adolescente com transtorno mental em tratamento no CEMPI, que frequente a escola por no mínimo um ano; Como critérios de exclusão: Apresentar dificuldades para responder o instrumento de validação de aparência, mesmo com o auxílio do pesquisador.

Todos os profissionais do CEMPI foram convidados a participarem do estudo. Para seleção da escola, a mesma foi incluída mediante a indicação do serviço de saúde mental, sendo selecionada por conter alunos matriculados em tratamento no CEMPI e por ser uma unidade já parceira. Deste modo, todos os professores da Escola Mara da Paz foram convidados a participar. Como critérios de seleção dos profissionais de saúde mental e dos professores, estes deveriam atuar há no mínimo 1 (um) ano com o público infantojuvenil em sofrimento mental em tratamento no CEMPI.

A coleta de dados com os profissionais de saúde e professores foi realizada em um horário previamente agendado, pelas unidades. Com os familiares, a abordagem ocorreu durante o período de espera das consultas terapêuticas as crianças ou adolescentes no CEMPI. Foram explicados a cada grupo da população-alvo, os objetivos e a importância da sua contribuição para essa pesquisa.

Além da caderneta impressa em versão piloto, foi aplicado um questionário, composto por duas partes, sendo a primeira, reservada para anotações sobre as condições socioeconômicas (APÊNDICE D) e a segunda, composta por um formulário de avaliação de instrumentos proposto por Doak (DOAK, ROOT, 1996) (ANEXO G), contendo perguntas assertivas e subjetivas sobre a motivação visual de primeiro impacto, aparência geral, entendimento da

escrita e organização da caderneta. Esta fase teve duração total de três meses, acontecendo entre janeiro e março de 2019.

Os dados foram analisados com o auxílio do programa Microsoft Office Excel 2010 e pelo software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0. Considerou-se o item válido em aparência aquele que quantificou um mínimo de 85% de aceite entre o público-alvo e não apresentou significância estatística segundo teste binomial ($p > 0,001$).

A proporção de aceites dos itens da caderneta foi avaliada por base nas respostas 3 ou 4 (4- totalmente adequado e 3- adequado) por cada juiz, como também pela média das proporções das respostas 3 ou 4 por todos os juízes. (POLIT; BECK, 2011). Os itens que não obtiveram aceite mínimo de 85% e valor de “p” não aceitável, foram reelaborados de acordo com as sugestões descritivas da população-alvo e discussões entre a equipe de pesquisa.

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo encontra-se embasado nas Normas Regulamentadoras das Pesquisas que Envolvem Seres Humanos, seguindo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) número 466/2012 (BRASIL, 2012). O mesmo recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco CAAE-78738017.0.0000.5208 (APÊNDICE E).

Os objetivos, a metodologia, a garantia do sigilo das informações, bem como a escolha de retirar-se do estudo a qualquer momento, foram explicados previamente aos participantes de todas as etapas, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Em todas as etapas da coleta foram explicados a cada população os riscos e benefícios do estudo que caracterizou-se por envolver riscos mínimos na sua implantação, pela possibilidade de trazer algum constrangimento, durante a abordagem de questões de ordem pessoal, física ou psicológica, advindos do assunto a ser tratado ou mesmo do cansaço em responder os instrumentos. Entretanto, foi assegurado o direito de interromper a participação na pesquisa a qualquer momento.

De modo a minimizar os riscos no desenvolvimento do estudo, estratégias como treinamento breve dos voluntários participantes na coleta foram realizadas. Outras ferramenta utilizada para minimização dos riscos foi efetivação, pelo pesquisador responsável, especialista em saúde mental, de alguns grupos de apoio e escuta aos familiares e professores, que relataram alguns sofrimentos e tristezas durante os grupos focais, sendo esses sentimentos estimulados pelas falas relacionadas ao ensino/cuidado da criança ou adolescente com transtorno mental. Foram realizados 2 encontros com os professores e 4 encontros com a família (externos ao grupos focais), onde foram promovidas atividades de relaxamento e explanação dialogada sobre alguns transtornos mentais. Essas ações foram previamente pactuadas com o serviço CAPSi Camará Mirim, com Escola Municipal Imaculada Conceição e com cada população.

7 RESULTADOS

Neste capítulo encontram-se os dados produzidos em cada fase do estudo, subdivididos em: 7.1- Demandas de comunicação entre os serviços de saúde mental infanto-juvenil, família e escola, 7.2-Confeção da caderneta, estrutura, layout e Designer, 7.3-Construção do questionário de verificação da comunicação entre o CAPSi, família e escola, 7.4-Validação do conteúdo da caderneta, 7.5-Validação de conteúdo do Questionário de verificação da comunicação entre o CAPSi, família e escola, 7.6- Validação de Aparência da Caderneta de Comunicação em Saúde Mental Infantojuvenil.

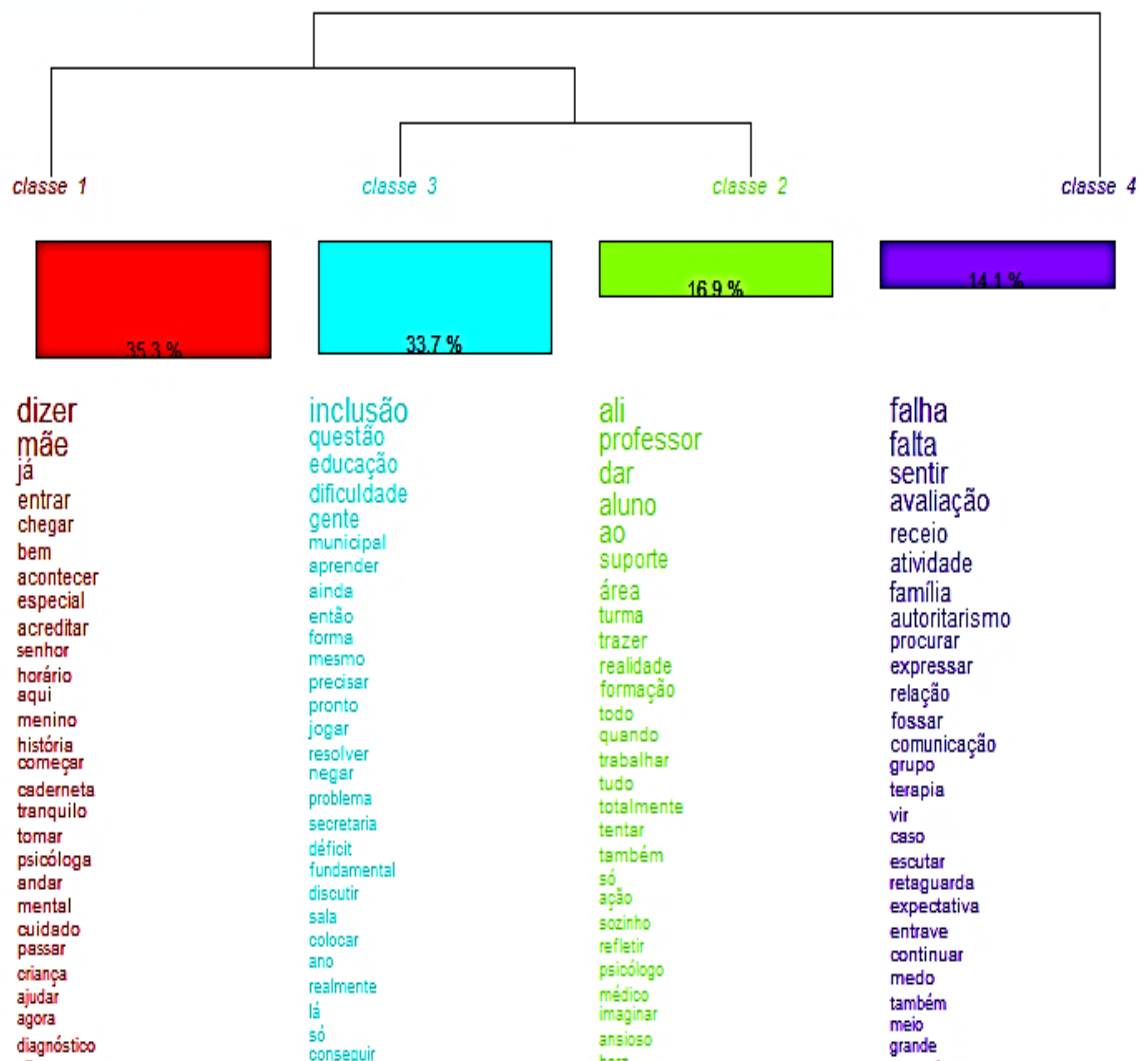
7.1 DEMANDAS DE COMUNICAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL, FAMÍLIA E ESCOLA

A caracterização do perfil dos participantes do grupo focal realizado com os profissionais de saúde mental foram 2 psicólogos, 1 enfermeira, 1 psicopedagoga, 1 fonoaudióloga, 1 assistente social, 1 arte educador. Destes, (n=4) tinham idade de 50 a 58 anos, com 5 a 6 anos de trabalho na função atual (n=5). Do grupo composto pelos familiares, (n=6) todas foram mulheres, com idade média de 20 a 30 anos (n=4), com 2 filhos (n=5). Já o grupo dos professores (n=6) possuíam média de idade entre 40 a 50 anos (n=3), 85% exercem a mesma função entre 10 a 15 anos e (n=4) possuem mais de um vínculo empregatício.

Na análise do *corpus* do grupo focal realizado com os professores, foram obtidos 200 seguimentos de texto (ST), 1129 palavras, com ocorrência de 7167 vezes. Da totalidade, foi validado 92% dos ST. As palavras foram equiparadas por meio da classificação hierárquica descendente dos segmentos de texto de tamanhos diferentes, indicando o grau de semelhança nos vocábulos. Foram gerados 3 eixos e 4 classes distintas, as quais, após a análise de convergência das características empíricas, por meio da análise de conteúdo, resultaram em 3 temas: Sugestões para elaboração e uso da caderneta de comunicação em saúde mental do infantojuvenil (classes 1 e 2); papel do município na formação do professor para Inclusão (classe 3); falhas no processo de inclusão (classe 4). Portanto, as classes 3 e 4 não serão analisadas por este estudo, já que não correspondem aos objetivos desta tese.

As classes 1 e 2: Sugestões dos professores para elaboração e uso da caderneta de comunicação em saúde mental do infantojuvenil, correspondeu a uma totalidade de 52,2% do *corpus*. Os seguimentos analisados encontram-se expostos na figura a seguir.

Figura 5: Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente com as partições e conteúdo corpus da pesquisa do grupo focal com os professores. Recife, 2020.



As Classes 1 e 2 refletem as temáticas indicadas pelos professores para a confecção da caderneta, como exemplificado nas falas seguintes:

Histórico do infantojuvenil:

[...] Bem, eu pensei num primeiro momento seria uma (...) num sei se seria uma sinopse da história de vida dele, dos pais, tá entendendo? Como se fosse um depoimento! Como uma sinopse resumida, porque é (...) por exemplo, eu tenho menino especial, mas assim né, eu num tive contato os pais, aí já é eu (...) eu nem sabia que ele era especial[...] (**Professor 2**)

[...] Uma história de vida: com quem vive atualmente, quem vive, quais são os principais problemas que aquela família enfrenta! (**Professor 3**)

Atividades da vida diária:

[...] Um diário de bordo das crianças, seria ótimo! Diário de bordo que a mãe pudesse escrevesse direitinho, escreveria como foi o sono, tá se alimentando né? Como tá? Como são as relações com as pessoas? Então, acho que um pouco da vida dele na caderneta seria interesse mesmo a gente ter! [...](Professor 2)

[...] Eu acho que se a criança toma medicamentos que a gente não conhece sabe? É importante a gente saber né? Porque se não tá tomando né? E as vezes a mãe não quer dá a medicação! Então a gente até pra dizer: tá tomando remédio, deixou de tomar por que? Foi a prescrição do médico, você tá entendendo? Nesse sentido! (Professor 1)

Informativo sobre os principais transtornos:

[...] Conter assim, informações sobre determinados transtornos [...] Coloca o “CIDzinho”, o transtorno [...] E as características dizendo né, do psiquiatra dizendo alguma coisa! (Professor 6)

Sugestões de atividades pelos serviços de saúde:

[...] Interessante que o terapeuta que está cuidando dessa criança ofereça atividades que seriam interessante pra tal criança [...] Traços pedagógicos mas ter a parte indique, tá? [...] o que é que o professor vai trabalhar [...] Quando o professor for trabalhar a gente vai trazer o pedagógico que vai somar com a parte que é trabalhado com o terapeuta ocupacional, o psicólogo, cada um tem sua intervenção! (Professor 4)

O quadro abaixo apresenta a síntese geral dos componentes sugeridos, para a inclusão na tecnologia, de acordo com os ST do grupo focal realizado com os professores:

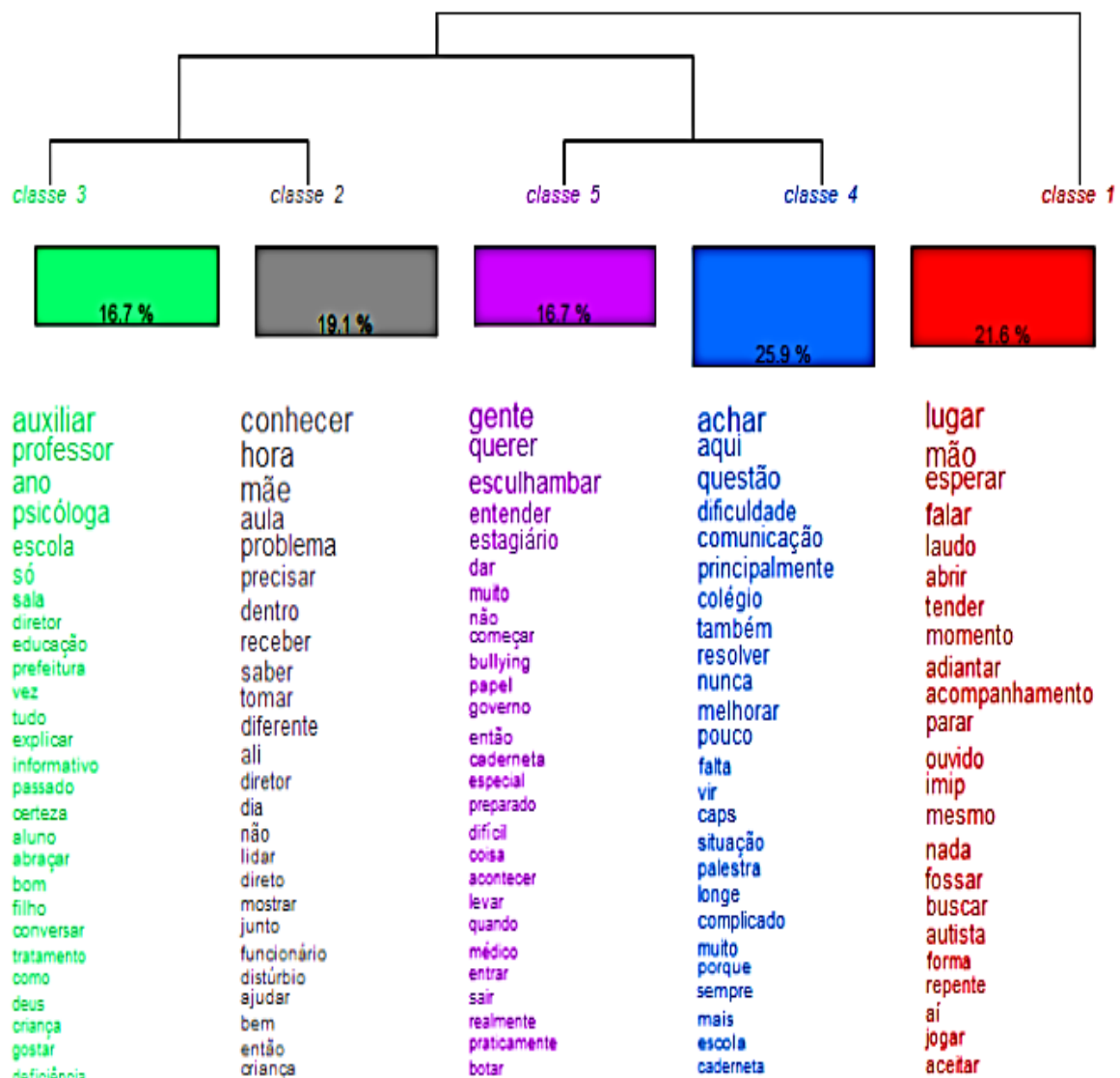
Quadro 5: Sugestões dos professores para inclusão de itens para elaboração da caderneta segundo análise do grupo focal. Recife- PE, 2020. Fonte: Dados da pesquisa

Componentes sugeridos pelos professores
- Espaço para preenchimento do horário e dia que a criança está em atendimento no CAPSi
- Espaço para o laudo médico (diagnóstico e CID)
- Histórico de vida familiar
- Mediações em uso e horários
- Planos de cuidados do serviço de saúde
- Espaço para preenchimento pelos familiares sobre alterações no comportamento diário
- Sono e alimentação do infante-juvenil
- Relações pessoais nas atividades da vida diária
- Informações gerais sobre os principais transtornos
- Espaço para sugestões de atividade pelo serviço de saúde para desenvolvimento na escola

Já o *corpus* do grupo focal realizado com a família foi composto por 196 (ST), 1070 palavras e 6879 ocorrências no texto. Foram analisados 82,65% dos seguimentos de texto, gerando 3 eixos de conexão e 5 classes temáticas.

Para construção de conteúdo da caderneta, referente a análise do *corpus* do grupo focal com a família, foram incluídas as classes 1, 2 e 3, correspondendo a um aproveitamento de 57,4% dos seguimentos de texto, resultando no tema de discussão: Sugestões da família para elaboração da caderneta de comunicação em saúde mental do infantojuvenil. As classes 4 e 5 corresponderam a conteúdos relacionados a dificuldade na inclusão escolar.

Figura 6: Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente com as partições e conteúdo *corpus* da pesquisa do grupo focal com os familiares. Recife, 2020.



Diante as sugestões da família para elaboração da caderneta de comunicação em saúde mental do infantojuvenil algumas falas citadas abaixo relatam as contribuições:

Informativo e características individuais:

[...]é ter as características do Autismo em si nessa caderneta. [...] (Familiar 4)[...] Que é “pras” pessoas entenderem como é o Autismo! (Familiar 2)

[...]Informativo! Que a criança com autismo geralmente faz isso, criança com Autismo ela irrita do nada, ela deita do nada, se balança, tapa os ouvidos, gira, essas coisas. Porque é muito chato você tá explicando, você (...) muitas vezes quando meu filho tá na escola nos primeiros anos, no primeiro ano dele, ele com dois aninhos, dois anos e meio, aí professora todo dia: “mas ele girou muito hoje, ele bateu muita palma, ele gritou tanto, ele se balançava”, essas coisas. Aí eu tinha que explicar: não é isso assim, assim. [...] (Familiar 3)

[...]seria bom também que tivesse esse informativo é (...) explicando a ele que existe essa deficiência nos profissionais que estão atendendo as crianças deficiente. [...] (Familiar 5)

[...]espacinho pra colocar o CID[...] os sintomas mais frequentes, é porque são vários transtornos! Mas os principais (Familiar1) [...] um parêntese que vocês pudessem marcar quais sintomas[...] (Familiar 2)

[...]Marcar né? Mais fácil! Aquilo mais frequente na criança. Você vai dizer: ó, essa criança faz isso, faz aquilo. Se fizer isso você já vai fazer isso, porque a mãe ela conhece o filho ao cubo porque vive 24 horas com a criança. Então tem coisa que a mãe vai saber né? [...] (Familiar 3)

[...]um espaço que possa colocar o laudo. Seria Bom! [...] (Familiar 1)

Interação entre os públicos; espaço família:

[...]um espaço que a gente pudessem escrever, que a gente pudessem falar sobre (...) “ninguém mais que as mães pra saber o que seus filhos realmente tem”! Porque eles têm a teoria, a gente tem a vivência na prática todos os dias. [...] (Familiar 3)

As sugestões gerais resultantes do grupo focal com a família para confecção da caderneta foram:

Quadro 6: Sugestões dos familiares para inclusão de itens para elaboração da caderneta segundo análise do grupo focal. Recife- PE, 2020.Fonte: Dados da pesquisa

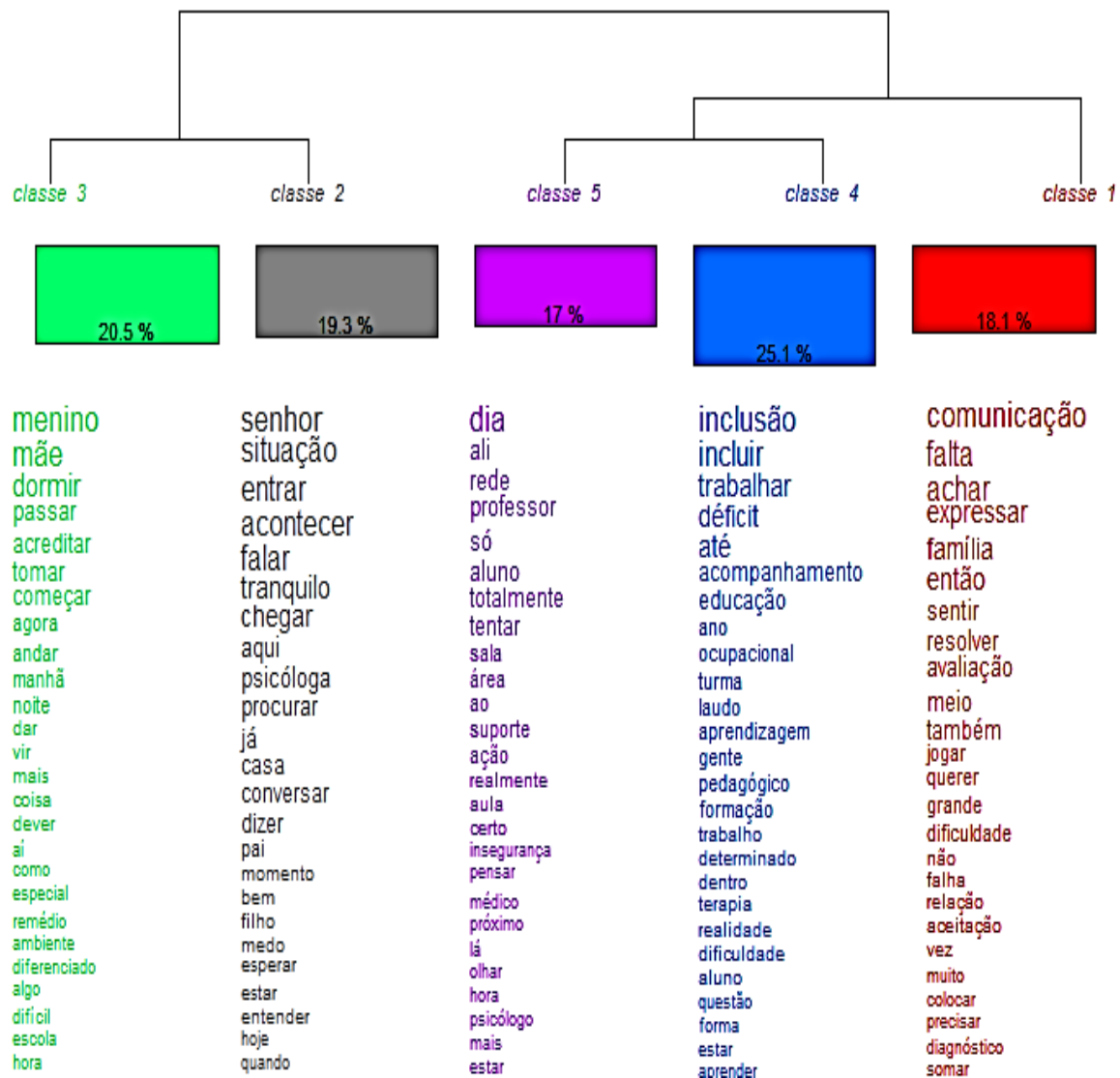
Sugestões de componentes pela família
- Informativo e principais características de cada transtorno
- Atividades realizadas no CAPSi
- Atividades realizadas pela escola
- Espaço para agendamentos de reuniões

- Espaço para marcação dos principais sintomas e características apresentados
- Espaço para laudo e CID
- Espaço para interação entre os responsáveis (diário)
- Direitos e deveres
- Espaço para sugestão de atividades que possam ser realizadas com a criança e ou adolescente em casa e na escola

Já na análise de conteúdo do grupo focal realizado com os profissionais de saúde do CAPSi, verificou-se a constituição do corpus com 7317 ocorrências, 1143 palavras e 211 ST compondo 3 eixos de análise com 5 classes distintas. 81,04% do texto foi reconhecido como relevante pelo software.

Os segmentos de texto deste grupo, utilizados para confecção da caderneta após a interpretação textual, foram referentes as classes 1, 3 e 4, correspondendo a (63,7%) do corpus total, gerando o tema: Sugestões dos profissionais de saúde para elaboração da caderneta de comunicação em saúde mental do infantojuvenil. As classes 2 e 5, não utilizadas para a confecção da tecnologia, refletiram conteúdos relacionados a percepção do profissional sobre a comunicação e ao entendimento do processo de inclusão escolar, respectivamente. A figura a seguir demonstra as classes correspondentes a essa análise:

Figura 7: Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente com as partições e conteúdo corpus da pesquisa do grupo focal com os profissionais de saúde do CAPSi. Recife, 2020.



Algumas falas refletem as sugestões dos profissionais de saúde para elaboração da caderneta de comunicação em saúde mental do infantojuvenil, as quais, contribuíram para a construção da tecnologia:

Estrutura, layout e organização:

[...]É algo parecido com aquela caderneta de vacinação. Que tem vários pontos. Acho que ela vai ter que ter as informações (...) As principais! (Profissional 6)

[...]Assim meio que um “Check list” mesmo, é isso, isso, isso, e a partir de então as outras páginas já serem assim, a evolução, o que é que deu como resultado, alcançou, não alcançou, porque assim, nem sempre o CAPS dá conta, as vezes o CAPS não dá, não dá conta! As vezes a criança num quer vim de jeito nenhum pro grupo, não se sente (...) e aí o CAPS não dá conta mas lá o Ambulatório de Saúde Mental dá!

(Profissional 3)

[...]ali a gente faz um “X” e diante do que a gente marcou, a gente poder acompanhar. Então é em formato de “Check list”? [...]

(Profissional 1)

Atividades da vida escolar:

[...]ela tem que ter assim, esse destaque pra Saúde Mental é a (...) as questões importantes, tipo: uma (...) a escola poder mostrar se observa alguma questão de violação de direito, de violência, a gente do CAPS né, ver é (...)deixar claro assim, medicação, atendimento, grupos, é que tá participando né? (...) Horário! Frequência, horário [...]

(Profissional 3)

Plano terapêutico:

[...]Ser bem parecido com o PTS que a gente (...) aquele primeiro projeto que a gente bota no início né?! O que é que a gente propõe, o que é que precisa trabalhar,(...) que a gente pode trabalhar com AVD's a relação deles com a família, a relação dele com o território, se ele vai precisar do fortalecimento é (...) de visita domiciliar, do fortalecimento dele com o vínculo na escola [...] **(Profissional 1)**

Linguagem:

[...]Pra que qualquer pessoa, inclusive a família ou um vizinho, ou um comunitário, ou um Agente de Saúde, ou um médico, um prefeito ou um juiz, ele possa entender! É isso, isso, isso, entendeu? Não ser confuso né? **(Profissional 5)**

Diagnóstico e informações individuais:

[...]Acho que se tiver um diagnóstico, a criança fechou diagnóstico eu acho que se (...) se existe um diagnóstico fechado pode ter, acho que isso é importante pra uma caderneta de Saúde Mental. **(Profissional 7)**

[...] Trazer os principais diagnósticos na infância, no infanto-juvenil, diagnóstico com transtornos mentais e talvez trazer um explicativo do que seria cada CID. Vários tipos de comportamento pode ser apresentado né? [...] **(Profissional 2)**

[...]Até pra família ter conhecimento, pra família que não acredita e entender um pouco como é esse contexto, como é o trabalho (...) eu acho que seria importante pra não se perder as informações. **(Profissional 1)**

[...]Se já teve convulsão, assim, se a gestação foi complicada, porque assim, muitas coisas ela pode até não revelar, porque tem essa outra questão, muitas coisas não se revelam, só depois de muito (...) de alguns (...) é que as coisas vem ser reveladas, mas eu acho importante, porque assim, a mãe tem aquele conhecimento, a outra pessoa pode ter também na família né? **(Profissional 1)**

Cuidado com a família:

[...]devia assim olhar mas assim pra família né? Que a gente ver muita mãe adoecida né? seria um espaço pra que a família, no caso o cuidador principal pudesse expor seu sentimento perante o cuidado com aquela criança[...] **(Profissional 6)**

A totalidade das sugestões estabelecidas pelos profissionais de saúde encontram-se sintetizadas no quadro a seguir:

Quadro 7: Sugestões dos profissionais de saúde do CAPSi para inclusão de itens para elaboração da caderneta segundo análise do grupo focal. Recife- PE, 2020. Fonte: Dados da pesquisa.

Sugestões de componentes pelos profissionais de saúde
- Informações básicas e objetivas sobre os principais transtornos
- Medicações utilizadas
- Grupos que estão participando
- Horário da terapêutica
- Técnico de referência
- Espaço para o Plano Terapêutico Singular (PTS)
- Evolução do quadro psíquico
- CID
- Espaço para o cuidador expor seus sentimentos
- História pregressa

Diante o compilado de sugestões advindas dos grupos focais realizados e constantes pesquisas na literatura científica, foi elaborada a primeira versão da tecnologia (Caderneta de Comunicação em Saúde Mental Infantojuvenil). A mesma possui 49 páginas, Capa distribuída em 10 tópicos distintos: 1. Apresentação da caderneta; 2. Orientações de uso e orientações gerais 3. Dados de Identificação; 4. Inclusão Escolar, e agora? 5. Conhecendo sobre os principais transtornos e sintomas; 6. Projeto Terapêutico Singularizado- PTS; 7. Projeto de Desenvolvimento Escolar Individual; 8. Diário da criança e do adolescente; 9. Espaço do cuidador; 10. Anotações.

Somando os sub-tópicos, são contabilizados 40 variáveis abordadas na tecnologia construída. Sua organização textual e estrutural foi operacionalizada pelo referencial de Moreira, Nóbrega e Silva. Os aspectos considerados foram: linguagem, layout e ilustração (ANEXO C).

Sobre as subdivisões da caderneta, o tópico de apresentação é responsável por trazer informações gerais sobre o instrumento, esclarecer sobre os principais conteúdos abordados pela tecnologia, refletir sobre a importância deste instrumento para a possibilidade de promoção de melhorias no processo de comunicação entre a escola, CAPSi e família além de um breve relato sobre a história da psiquiatria e importância da interdisciplinaridade.

O segundo tópico relata as orientações de uso do instrumento, ponto que estabelece normas de usabilidade para maior utilidade e compreensão do dispositivo. Posteriormente, seguem as orientações gerais, sub-tópico que relaciona-se aos direitos e deveres de cada instância em detrimento ao processo de inclusão escolar ou de cuidado do infantojuvenil com transtorno mental.

Os dados de identificação (tópico 3), possui campos para preenchimento do perfil sociodemográfico geral, como: nome, foto, endereço, religião, cor, dados do responsável, espaço para mudança de endereço da família. Posteriormente são apresentadas as Informações de saúde: número do cartão SUS, Estratégia de Saúde da Família que é acompanhado, CAPSi, Técnico de Referência, espaço para mudanças dos serviços de saúde. As informações escolares são apresentadas conseguinte: Unidade de ensino, Endereço da unidade de ensino, tipo de escola, série, ano, professor, telefone do professor (opcional), diretor, professor auxiliar, espaço para mudanças de escola.

O quarto tópico aborda questões sobre a inclusão escolar, da lei brasileira que garante o educação inclusiva e retira algumas dúvidas sobre os primeiros dias de aula e/ou mudança escolar da criança ou do adolescente com transtorno mental.

Já o quinto tópico está associado a oferta de informações sobre os transtornos mentais mais frequentes na criança e no adolescente, oferece em formato de checklist, as características e intensidade dos sintomas apresentados pelo infantojuvenil de acordo com cada transtorno, ofertando a possibilidade do profissional de saúde assinalar as alternativas de acordo com o quadro clínico estabelecido. Os transtornos elencados foram: Incapacidade Intelectual, Espectro do Autismo, Hiperatividade/ Déficit de Atenção (TDAH), Esquizofrenia, Depressão, Ansiedade, e espaço destinado para outros transtornos.

O tópico seis refere-se ao Projeto Terapêutico Singularizado (PTS), breve histórico de Saúde, modificações no estado mental atual, foco das estratégias terapêuticas individuais, medicações em uso contínuo, espaço para alterações, orientações de saúde para a escola, orientações de saúde para a família e encaminhamentos em saúde.

As atividades escolares: Projeto de Desenvolvimento Individual (PDI), vida escolar atual do aluno, descrição da vida escolar do aluno, tipos de reforço escolar, registro de

atividades pedagógicas, orientações da escola para a família, orientações para o serviço de saúde mental e encaminhamento da escola, correspondem ao sétimo tópico.

O espaço destinado a criança ou o adolescente e/ou a família corresponde aos tópicos oito, nove e dez: Meu diário, minha história de vida, como estou hoje, outras informações importantes, espaço do cuidador, outras Informações, anotações.

7.2 CONFECÇÃO DA CADERNETA, ESTRUTURA, LAYOUT E DESIGNER

As cores escolhidas para composição das ilustrações e margens são as comumente utilizadas nas logomarcas dos serviços de saúde mental (vermelho, azul, amarelo e verde). As ilustrações foram desenvolvidas de modo a referenciar a realidade encontrada nos ambientes de pesquisa de forma lúdica e atrativa.

Personagens não foram adicionados na composição, já que as figuras humanas correspondentes ao cenário são diversas, percorrendo um cenário múltiplo: infantil, juvenil, escolar, saúde e domicílio, o que possivelmente iria sobrecarregar a linguagem gráfica central. Portanto, foram exploradas apenas as figuras relativas a ambientação.

Quanto a aparência, as cores selecionadas para composição da caderneta foram derivações de azul (ciano e ciano a 20%), amarelo (escuro e a 70%), variações de vermelho (pêssego e laranja outono) e verde (menta e pálido).

A tecnologia em versão inicial de elaboração possui ilustrações na capa promovendo uma alusão a comunicação entre os serviços (escola e CAPSi) e o domicílio, obedece a um cenário tipicamente urbano, composto por três casas que sugerem trocar informações por meio de caixas de diálogo.

As mesmas tonalidades de cores utilizadas na capa, são as utilizadas no miolo da caderneta de acordo com o conteúdo apresentado. As informações gerais aos três públicos são apresentadas nas páginas com margens em azul, as da escola em tons de laranja e as de saúde na cor verde.

7.3 CONSTRUÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE VERIFICAÇÃO DA COMUNICAÇÃO ENTRE O CAPSi, FAMÍLIA E ESCOLA

O questionário de verificação da comunicação foi confeccionado para avaliação da implantação da caderneta que será realizada em estudos futuros. Sendo composto inicialmente

por 11 itens organizados no formato de escala Likert, com variação de respostas de 1 a 5 (nunca, raramente, às vezes, muitas vezes, sempre), respectivamente. (APÊNDICE F)

7.4 VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DA CADERNETA

Dos 24 juízes participantes da validação de conteúdo, (n=13) eram especialistas em saúde mental, sendo estes, professores universitários (n=6), profissionais da equipe multidisciplinar do CAPSi (n=6) e professor de ensino técnico (n=1), subdivididos pelas áreas de formação: Enfermagem (n=3), Medicina (n=3), Psicologia (n=4), Terapia Ocupacional (n=2), Fonoaudiologia (n=1). Os juízes da área da educação infantojuvenil, foram compostos por professores da educação inclusiva do ensino fundamental e médio (n=6) e professores de ensino universitário (n=5). No geral, a população de juízes foi composta por uma faixa etária de 30 a 40 anos (n=12), a maioria do sexo feminino (n=19), com média de seis a dez anos de trabalho na função atual (n=16), tendo como maior titulação acadêmica, (n=10) especialização, (n=8) doutorado, (n=3) mestrado, (n=2) graduação e (n=1) pós-doutorado. Quanto a distribuição geográfica dos juízes, (n=14) residiam na região Nordeste, (n=5) Sudeste, (n=4) Sul e (n=1) Centro-oeste.

Tabela 1- Caracterização dos juízes participantes da validação do conteúdo da caderneta e do questionário de avaliação da comunicação. Recife-PE, 2020.

Variáveis	n	%
Idade		
18- 29	2	8,3%
30- 40	12	50%
40- mais	10	42%
Sexo		
Feminino	19	79%
Masculino	5	21%
Atuação profissional		
Professor de Ensino Universitário- saúde mental	6	25%
Professor de Ensino Universitário- educação	5	21%
Professor ensino técnico- saúde mental	1	4%
Profissional de Saúde Mental- CAPSi	6	25%
Professor Educação Inclusiva	6	25%
Formação profissional		
Profissional de saúde mental	13	55%
Educador	11	45%

Maior titulação		
Graduação	2	8%
Especialização	10	42%
Mestrado	3	13%
Doutorado	8	33%
Pós- doutorado	1	4%
Tempo de trabalho na mesma instituição		
1-5 anos	2	8%
6-10 anos	16	67%
Mais que 11 anos	6	25%
Região de residência		
Nordeste	14	58%
Sudeste	5	21%
Sul	4	17%
Centro-oeste	1	4%

Fonte: a autora, 2019.

Diante a análise do conteúdo da caderneta elaborada, todos os itens de composição foram avaliados com aceite superior a 85% entre os juízes. Os itens (1,2,3,4,7, 8,12,13,16, 18 e 19) apresentaram 100% de aprovação em sua validade.

Tabela 2: Avaliação dos juízes acerca da validação de conteúdo da caderneta de comunicação em saúde mental infantojuvenil. Recife- PE, 2020.

Itens	n	I- CVI*	valor p**
Objetivo e clareza:			
1. Os conteúdos são coerentes com os objetivos propostos pela caderneta	24	1	0,292
2.Os conteúdos são importantes para a melhoria da comunicação entre o público-alvo	24	1	0,292
3.Instiga mudanças positivas no processo de comunicação	24	1	0,292
4.Atende aos objetivos de promover melhorias no cuidado e ensino de crianças e adolescentes com transtorno mental	24	1	0,292
5. Apresenta-se apta para circulação no meio científico	23	0,96	0,661
6. A caderneta é apropriada para o público- alvo	23	0,96	0,661

7. As mensagens são claras e objetivas	24	1	0,292
--	----	---	-------

Estrutura e Apresentação:

8.As informações obedecem a uma sequência lógica	24	1	0,292
--	----	---	-------

9.A caderneta está apropriada ao nível sociocultural do público-alvo	22	0,92	0,339
--	----	------	-------

10. As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia	23	0,96	0,661
--	----	------	-------

11. O estilo de redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo	23	0,96	0,661
--	----	------	-------

12.Os tamanhos das fontes estão adequados	24	1	0,292
---	----	---	-------

13. Os títulos e dos tópicos estão adequados	24	1	0,292
--	----	---	-------

14. As ilustrações são expressivas e suficientes	20	0,83	0,000
--	----	------	-------

15. As ilustrações estão coerentes com o texto	23	0,96	0,661
--	----	------	-------

16. O tamanho do material (papel/impressão) está apropriado	24	1	0,292
---	----	---	-------

17.O número de páginas está adequado	22	0,92	0,339
--------------------------------------	----	------	-------

Relevância:

18. Os temas retratam aspectos-chave sobre a melhoria na comunicação entre os serviços e a família	24	1	0,292
--	----	---	-------

19.A caderneta permite a generalização e transferência de informações a diferentes contextos.	24	1	0,292
---	----	---	-------

20.A caderneta propõe a construção de conhecimentos.	22	9,2	0,339
--	----	-----	-------

21.A caderneta aborda os assuntos necessários para o saber do público-alvo.	23	9,6	0,661
---	----	-----	-------

22.A caderneta está adequada para o uso por qualquer pessoa com o público-alvo.	22	9,2	0,339
---	----	-----	-------

O item 14, (tabela 2) referente a quantidade das ilustrações, recebeu menor aprovação entre os avaliadores (n=83%), e não apresentou valor de “p” aceitável segundo o teste binomial ($p= 0,000$). Essa condição não exclui o item, mas indica a necessidade de reformulação. Adições de imagens na caderneta foram incluídas após essa análise, correspondendo também a análise qualitativa advinda das sugestões dos juízes, como apresentado abaixo:

“Sugiro Se possível mais ilustrações”. (Juiz 23)

“Facilitar a linguagem e a transmissão da mensagem por meio de figuras, principalmente na parte da família”. (Juiz 4)

Foram adicionadas figuras que obedecessem o contexto antes estabelecido na capa, trazendo a mesma identidade visual e de cores apresentadas no miolo da caderneta. Os desenhos elaborados corresponderam aos serviços envolvidos (CAPSi, escola e casa da família), com o objetivo de trazer mais leveza ao texto e facilitação do entendimento.

Quadro 8- Inclusão de ilustrações na caderneta após o processo de validação de conteúdo. Recife- PE, 2020.

Localização do domicílio: ☐ Urbano ☐ Rural ☐ Marque aqui se o endereço for de uma instituição de acolhimento Telefones de contato do responsável: () () O número de telefone recebe mensagens de Whatsapp ☐ Sim ☐ Não Cor: ☐ Branca ☐ Negra ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Indígena Especificidades sociais, étnicas ou culturais da família: ☐ Família cigana ☐ Família quilombola ☐ Família ribeirinha ☐ Família em situação de rua ☐ Família indígena residente em aldeia/reserva. ☐ Família indígena não residente em aldeia/reserva. ANOTE AQUI AS MUDANÇAS DE ENDEREÇO Esses campos devem ser preenchidos pela família ou profissional de saúde. Novo Endereço: Rua/Av.: N° Bairro: CEP: Município: Estado: Área de localização do município: ☐ Urbana ☐ Rural Ponto de referência: Telefones de contato: ()	Adição de figura na página 7 interpretando a mudança de endereço da família.
--	---

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

[illegible]

Adição de figura na página 40,
indicando anotações no meu diário.

Sou apoiado pela minha família?

☐ Sim ☐ Não

Sinto que preciso da ajuda de um profissional de saúde mental:

☐ Sim ☐ Não

"Você não está sozinho nesta jornada! Se necessitar procure ajuda nos serviços de saúde!"



Outras observações:

Adição de figura na página 42,
indicando união entre os serviços
CAPSi, escola e a família.

Algumas sugestões e comentários foram adicionados ao final do questionário de validação:

“Como educadora especial considero que seria muito pertinente que este trabalho se tornasse obrigatório em todos os educandários de Brasil ... conscientização e sensibilização da família é fundamental e este aparelho seria de extrema importância!” (Juiz 8)

“Precisamos urgente deste tipo de intervenção. Tu não imaginas como teu trabalho é importante para nossa área.”

(Juiz 15)

“Sua caderneta ficou maravilhosa!” [...]

(Juiz 5)

7.5 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO QUESTIONÁRIO DE VERIFICAÇÃO DA COMUNICAÇÃO ENTRE O CAPSI, FAMÍLIA E ESCOLA

Os mesmos juízes da validação de conteúdo da caderneta participaram da verificação do questionário (n=24). Os mesmos jugaram o conteúdo quanto a clareza e relevância dos itens.

Tabela 3- Avaliação dos juízes acerca da validação de conteúdo do questionário de comunicação em saúde mental. Recife- PE, 2020.

Itens	n	I- CVI*	valor p**
1. Considera importante ter uma boa comunicação entre a escola, família CAPSi para promoção do cuidado/ensino da criança ou do adolescente com transtorno?	24	1	0,292
2.Considero que existe uma boa comunicação entre a escola e o CAPSi?	7	0,29	0,000
3.Considero que existe uma boa comunicação entre a família e o CAPSi?	6	0,25	0,000
4.Considero que existe uma boa comunicação entre a escola e a família?	8	0,33	0,000
5.Estou satisfeito com os meios de comunicação utilizados para o contato entre a família, escola e CAPSi.	5	0,21	0,005
6.Estou satisfeito com a comunicação entre a família, escola e CAPSi.	7	0, 29	0,000
7.Apresento dificuldades em me comunicar com a família.	6	0, 25	0,000

8. Apresento dificuldades em me comunicar com a escola.	8	0,33	0,000
9. Apresento dificuldades em me comunicar com o CAPSi.	6	0,25	0,000
10. Não apresento dificuldades em receber/transmitir a mesma informação para a escola, família e CAPSi ao mesmo tempo.	5	0,21	0,005
11. Sinto-me seguro em receber/transmitir informações para a escola, família e o CAPSi	5	0,21	0,005

Fonte: autora, 2020. * Item-level Content Validity Index; **Teste binomial.

Como visualizado na tabela acima, apenas um item (item-1) não apresentou significância e obteve IVC confiável (IVC= 1). Essa condição promoveu a reflexão entre os pesquisadores, de que os juízes apenas responderam às perguntas do questionário correspondendo apenas a sua vivência prática, não julgando os itens quanto a clareza e relevância, cujo era o objetivo desta fase do estudo.

Esta condição fez com que houvesse uma nova testagem para validação de conteúdo deste questionário, sendo explicado novamente o objetivo desta etapa e enviado novamente o questionário para análise pelos juízes.

Em resposta a essa avaliação, também ocorreram algumas sugestões e comentários de ordem descritiva:

“O questionário será um só para os três públicos? Talvez seja necessário alterar a linguagem para as famílias, ou algo do tipo” (Juiz 3)

“Adicionar um Item para o questionário: Se sente seguro em trocar informações sobre seu filho ou aluno” (Juiz 20)

Para a nova testagem foram realizadas modificações nos termos e adição de seis novos itens. Participaram desta nova validação o mesmo grupo de especialistas da primeira verificação, dois dos especialistas não responderam à pesquisa em tempo hábil, permanecendo a amostra com 22 juízes. O novo formato do questionário juntamente com os dados da validação estão descritos na tabela abaixo:

Tabela 4: Avaliação dos juízes acerca do segundo teste validação de conteúdo do questionário de comunicação em saúde mental. Recife- PE, 2020.

Itens	n	clareza*	relevância*	precisão*	p**
-------	---	----------	-------------	-----------	-----

1- Considera importante ter uma boa comunicação entre a escola, família e CAPSi para melhorias no cuidado e no ensino da criança ou do adolescente com transtorno mental?	22	1	1	1	0,324
2- Está satisfeito com a comunicação entre a escola e o CAPSi?	22	1	1	1	0,324
3- Está satisfeito com a comunicação entre a família e o CAPSi?	21	0,95	0,95	0,95	0,698
4- Está satisfeito com a comunicação entre a escola e a família?	22	1	1	1	0,324
5- Está satisfeito com a comunicação entre a família a escola e o CAPSi?	21	0,95	0,95	0,95	0,698
6- Está satisfeito com os meios usados para a comunicação entre a família a escola e o CAPSi?	22	1	1	1	0,324
7- Apresenta dificuldades em se comunicar com a família?	22	1	1	1	0,324
8- Apresenta dificuldades em se comunicar com a escola?	22	1	1	1	0,324
9- Apresenta dificuldades em se comunicar com o CAPSi?	21	0,95	0,95	0,95	0,698
10- Apresenta dificuldades em receber ou transmitir a mesma informação para a escola, família e CAPSi ao mesmo tempo	21	0,95	0,95	0,95	0,698
11- Tem segurança em receber ou transmitir informações para a escola, família e o CAPSi	21	0,95	0,95	0,95	0,698
12- Está satisfeito com a comunicação oral (presencial ou por ligação telefônica) na troca de informações com a família	22	1	1	1	0,324
13- Está satisfeito com a comunicação oral (presencial ou por ligação telefônica) na troca de informações com a escola	22	1	1	1	0,324
14- Está satisfeito com a comunicação oral (presencial ou por ligação telefônica) na troca de informações com o CAPSi	22	1	1	1	0,324
15- Está satisfeito com a comunicação escrita (caderneta, materiais impressos,	22	1	1	1	0,324

mensagens telefônicas, avisos no caderno)
na troca de informações com a família

16-Está satisfeito com a comunicação 22 1 1 1 0,324
escrita (caderneta, materiais impressos,
mensagens telefônicas, avisos no caderno)
na troca de informações com a escola

17- Está satisfeito com a comunicação 21 0,95 0,95 0,95 0,698
escrita (caderneta, materiais impressos,
mensagens telefônicas, avisos no caderno)
na troca de informações com o CAPSi

Fonte: autora, 2020. * Item-level Content Validity Index; *Teste binomial.

Com as modificações e a nova testagem, todos os itens do questionário foram considerados válidos pelos juízes. Os termos finais obedeceram uma configuração lógica de análise da comunicação: satisfação da comunicação (11 itens), dificuldades na comunicação (4 itens), segurança na transmissão de informações (1 item) e importância da comunicação (1 item) (APÊNDICE F).

7.6 VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA DA CADERNETA DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

Quanto a validação de aparência, 22 juízes participaram da avaliação, sendo estes: profissionais de saúde mental (n=8), familiares de crianças em tratamento no CAPSi (n=7) e professores (n=7). Tinham idade média de 30 a 40 anos (n=10) todas do sexo feminino (n=22). Os profissionais participantes trabalhavam na instituição atual em média de seis a 10 anos (n=8) e ocupavam cargos nas referidas funções: Psicólogo (n=2), Terapeuta ocupacional (n=2), fonoaudiólogo, enfermeiro, assistente social e médico, com o mesmo quantitativo na amostra (n=1). Dos familiares, todos os participantes foram as mães.

Tabela 5- Caracterização dos juízes participantes da validação de aparência da caderneta de comunicação em Saúde Mental Infantojuvenil. Recife-PE, 2020.

Variáveis	N	%
Idade		
18- 29	5	22,4
30- 40	10	45,5
40- mais	7	31,8
Sexo		

Feminino	22	100
Masculino	0	
Identificação		
Profissional de Saúde Mental	8	36,4
Família	7	31,8
Professor	7	31,8
Categoria		
Médica	1	4,5
Assistente Social	1	4,5
Psicóloga	2	9,1
Terapeuta Ocupacional	2	9,1
Fonoaudióloga	1	4,5
Enfermeira	1	4,5
Professora Fundamental I	4	18,2
Grau de parentesco do familiar		
Mãe	7	31,8
Tempo de trabalho (profissionais)		
1-5 anos	4	18,2
6-10 anos	8	36,4
Mais que 11 anos	3	13,6

Fonte: autora, 2020.

Todos os componentes testados obtiveram concordância superior a 85% pelos juízes na validação de aparência. Os itens 1, 3 e 15, correspondentes a: se a capa chama a atenção para uso, quantidade de informações por página e acredita ser fácil a inclusão da caderneta na dinâmica do CAPSi, escola e família, apresentaram significância de acordo com o valor de “p”. Entretanto, essa condição não inviabiliza os itens, já que os mesmos expressaram IVCi confiável, essa condição apenas sugere modificações para melhorias.

Tabela 6- Concordância dos juízes acerca da validação de aparência da caderneta de comunicação em saúde mental infantojuvenil. Recife- PE, 2020.

Itens	n	I- CVI*	valor p**
Organização			
1. A capa chama a atenção para uso do material	19	0,86	0
2. Fica claro de que se trata a caderneta e para que público foi elaborada	20	0,91	0,302
3. A quantidade de informações por página está adequada	19	0,86	0

4. A caderneta mostra as informações de maneira organizada e com repetições importantes	22	1	0,324
---	----	---	-------

Linguagem

5. Quando você lê a caderneta logo consegue entender as informações escritas	22	1	0,324
--	----	---	-------

6. A forma como foi escrita está de fácil compreensão	22	1	0,324
---	----	---	-------

7. O conteúdo da caderneta é interessante	22	1	0,324
---	----	---	-------

Apresentação

8. O tamanho da letra usada está adequado	22	1	0,324
---	----	---	-------

9. O número de páginas é suficiente	20	0,91	0,302
-------------------------------------	----	------	-------

10. As figuras são adequadas	22	1	0,324
------------------------------	----	---	-------

11. As figuras ajudam a compreender os textos	21	0,95	0,698
---	----	------	-------

12. É fácil de entender o que as figuras querem dizer	22	1	0,324
---	----	---	-------

Usabilidade

13. A caderneta é apropriada para melhorar a comunicação entre o serviços e a família	20	0,91	0,302
---	----	------	-------

14. Sente-se estimulado em utilizar a caderneta	20	0,91	0,302
---	----	------	-------

15. Acredita que será fácil a inclusão da caderneta na dinâmica do CAPSi, escola e família	19	0,86	0
--	----	------	---

Fonte: autora, 2020. * Item-level Content Validity Index; **Teste binomial.

Modificações também foram sugeridas qualitativamente por meio de comentários adicionados no instrumento de coleta:

Quanto ao item 1: (Capa)

Item 1- “Achei confuso a que se propõe a capa, apenas lendo dentro que entendi”. (Juiz 6)

Quanto ao item 3: (Quantidade de informações)

Item 3- “É difícil contemplar em uma caderneta algo que se pretende que seja de preenchimento diário” (Juiz 6)

Item 3- “Poderia ter menos informação focando na questão diagnóstica” (Juiz 1)

Item 3- “Podia reduzir conteúdo na parte dos transtornos” (Juiz 17)

Quanto ao item 15: (Facilidade de inclusão)

Item 15- “Penso que o transporte seja difícil para os familiares” (Juiz 4)

Item 15- “Poderia diminuir informações diagnósticas” (Juiz 20)

Item 15- “Tem muita informação” (Juiz 2)

Item 15- “Não sei se o CAPS vai preencher, tenho medo disso [...]” (Juiz 11)

De acordo com as indicações estatísticas e relatos qualitativos a capa da caderneta (**Item 1**) sofreu modificações de acordo em seu designer. Novos testes gráficos foram realizados para inclusão de seres animados ao cenário, correspondentes aos atores envolvidos no processo de comunicação entre o CAPSi, escola e família. Os quadros abaixo demonstram os processos gráficos para as modificações da capa:

Quadro 9- Processo gráfico teste em desenho a mão livre para modificações da capa da caderneta de comunicação em saúde mental infantojuvenil. Recife- PE, 2020.



Fonte: autor, e Tampa designer, 2020.

Quadro 10- Processo gráfico digital para modificações da capa da caderneta de comunicação em saúde mental infantojuvenil. Recife- PE, 2020.



Fonte: autor, e Tampa designer, 2020.

Quadro 11- Processo gráfico digital capa antes e depois da validação de aparência. Recife- PE, 2020.



Fonte: autor, e Tampa designer, 2020.

Quadro 12- Processo gráfico digital do verso da capa antes e depois da validação de aparência. Recife- PE, 2020.



Fonte: autor, e Tampa designer, 2020.

Foi mantido o ambiente de fundo urbano, as figuras referentes a Escola, CAPSi e a casa da família, que assumiram desta vez um papel tridimensional. Foram incluídas oito personagens indicando o processo de comunicação entre si, sendo estes adultos, adolescentes e crianças. As cores bases foram mantidas, respeitando as tonalidades encontradas no miolo da caderneta.

Como solicitado, mudanças foram realizadas nos itens 3 e 15. Desta forma, foram diminuídos conteúdos principalmente nas partes as questões diagnósticas do transtorno.

As alterações realizadas constam no quadro abaixo:

Quadro 13- Modificações nos itens antes e depois da validação de aparência. Recife- PE, 2020.

PRINCIPAIS TRANSTORNOS 5. VAMOS CONHECER SOBRE OS PRINCIPAIS TRANSTORNOS MENTAIS E SEUS SINTOMAS? Este espaço é destinado para conhecer, tirar dúvidas e compartilhar conhecimentos sobre os transtornos mentais graves mais frequentes na criança e no adolescente. OBSERVAÇÃO Diagnósticos só devem ser estabelecidos pelo médico especialista que acompanhe a criança ou adolescente. Em caso de dúvidas procure o serviço de saúde mental mais próximo. Aqui o profissional de saúde mental responsável (TR) ou psiquiatra deve assinalar o transtorno (s) e as características apresentadas de acordo com o quadro clínico estabelecido pela criança ou adolescente acompanhado: 5.1 Incapacidade Intelectual - CID-10 (F70 a F73) ☐ Apresenta este CID O que é? Deficiência no raciocínio, na resolução de problemas, em planejamentos, no pensamento abstrato, na aprendizagem acadêmica, falha em atingir padrões, independência pessoal e responsabilidade social. Intensidade apresentada: ☐ Ligeira ☐ Moderada ☐ Grave ☐ Profunda Principais características apresentadas: Pouca compreensão da linguagem escrita; ☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre Pouco conhecimento envolvendo números, tempo e dinheiro; ☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre 14	PRINCIPAIS TRANSTORNOS 5. VAMOS CONHECER SOBRE OS PRINCIPAIS TRANSTORNOS MENTAIS E SEUS SINTOMAS? Este espaço é destinado para conhecer, tirar dúvidas e compartilhar conhecimentos sobre os transtornos mentais graves mais frequentes na criança e no adolescente. OBSERVAÇÃO Diagnósticos só devem ser estabelecidos pelo médico especialista que acompanhe a criança ou adolescente. Em caso de dúvidas procure o serviço de saúde mental mais próximo. Aqui o profissional de saúde mental responsável (TR) ou psiquiatra deve assinalar o transtorno (s) e as características apresentadas de acordo com o quadro clínico estabelecido pela criança ou adolescente acompanhado: 5.1 Incapacidade Intelectual - CID-10 (F70 a F73) ☐ Apresenta este CID Deficiência no raciocínio, na resolução de problemas, em planejamentos, no pensamento abstrato, na aprendizagem acadêmica, falha em atingir padrões, independência pessoal e responsabilidade social. Intensidade apresentada: ☐ Ligeira ☐ Moderada ☐ Grave ☐ Profunda Principais características apresentadas: Pouca compreensão da linguagem escrita; ☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre Pouco conhecimento envolvendo números, tempo e dinheiro; ☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre 14
---	--

Linguagem falada limitada em termos de vocabulário e gramática;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Discurso com frases simples, focado no momento presente; linguagem mais utilizada mais para comunicação social do que para explicação;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Compreende discursos simples e gestos;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Requer suporte para atividades diárias; supervisão o dia inteiro;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Não consegue tomar decisões responsáveis;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Incapacidade motora e sensorial;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

5.2 Espectro do Autismo - CID-10 (F84)

☐ Apresenta este CID

Déficit persistente na comunicação e na interação social em múltiplos contextos. Padrões de comportamento restritos e repetitivos.

Intensidade apresentada:

☐ Nível 1 ☐ Nível 2 ☐ Nível 3

Principais características apresentadas:

Déficit na reciprocidade social- emocional;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Linguagem falada limitada em termos de vocabulário e gramática;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Requer suporte para atividades diárias; supervisão o dia inteiro.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

5.2 Espectro do Autismo - CID-10 (F84)

☐ Apresenta este CID

Dificuldade persistente na comunicação e na interação social. Padrões de comportamento restritos e repetitivos.

Intensidade apresentada:

☐ Nível 1 ☐ Nível 2 ☐ Nível 3

Principais características apresentadas:

Dificuldade na comunicação não verbal, no contato olho a olho, déficit na compreensão de gestos, falta de expressões corporais;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Dificuldade em fazer amigos, em partilhar jogos, em ajustar comportamentos a adequar-se aos vários contextos sociais;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Movimentos motores repetitivos; alinha brinquedos, balança objetos, reproduz frases ou sons repetitivos em eco;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Insistência em realizar as mesmas rotinas;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Indiferença a dor/temperatura, resposta adversa a sons e texturas específicas, tocar ou cheirar objetos excessivamente, fascinação visual com luzes ou movimentos.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Déficit nos comportamentos comunicativos não verbais, no contato olho a olho, na linguagem corporal, déficit na compreensão de gestos, falta de expressões corporais.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Déficit em desenvolver, manter e compreender relacionamentos, dificuldade em fazer amigos, dificuldades em partilhar jogos, dificuldade em ajustar comportamentos a adequar-se aos vários contextos sociais.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Movimentos motores repetitivos, uso de objetos ou falas; alinha brinquedos, balança objetos, reproduz frases ou sons repetitivos em eco.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Insistência em realizar as mesmas rotinas, inflexível a mudanças de padrões, rituais de comportamentos verbais e não verbais; angústia extrema a pequenas mudanças, dificuldades com transições;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Interesses altamente restritos e fixos, preocupação com objetos incomuns;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Muita ou pouca atividade a estímulos sensoriais; indiferença a dor/ temperatura, resposta adversa a sons e texturas específicas, tocar ou cheirar objetos excessivamente, fascinação visual com luzes ou movimentos.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

5.3 Hiperatividade/Déficit de Atenção - TDAH CID - 10 (F90.0 a 90.2)

☐ Apresenta este CID

O que é? É um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere seu desenvolvimento e funcionamento social. Deve apresentar sintomas persistentes por mais de 6 meses. Podem vir combinadas ou isoladas.

Linguagem falada limitada em termos de vocabulário e gramática;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Requer suporte para atividades diárias; supervisão o dia inteiro.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

5.2 Espectro do Autismo - CID-10 (F84)

☐ Apresenta este CID

Dificuldade persistente na comunicação e na interação social. Padrões de comportamento restritos e repetitivos.

Intensidade apresentada:

☐ Nível 1 ☐ Nível 2 ☐ Nível 3

Principais características apresentadas:

Dificuldade na comunicação não verbal, no contato olho a olho, déficit na compreensão de gestos, falta de expressões corporais;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Dificuldade em fazer amigos, em partilhar jogos, em ajustar comportamentos a adequar-se aos vários contextos sociais;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Movimentos motores repetitivos; alinha brinquedos, balança objetos, reproduz frases ou sons repetitivos em eco;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Insistência em realizar as mesmas rotinas;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Indiferença a dor/temperatura, resposta adversa a sons e texturas específicas, tocar ou cheirar objetos excessivamente, fascinação visual com luzes ou movimentos.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Intensidade apresentada:

☐ Em remissão parcial ☐ Ligeira ☐ Moderada ☐ Grave

Principais características apresentadas:

Desatenção:

Frequentes falhas erros por descuido em tarefas escolares, falha em prestar atenção em detalhes, trabalho impreciso;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Frequentemente, parece não ouvir quando se fala diretamente;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Frequentemente, tem dificuldade em manter a concentração durante as aulas, conversas ou leituras prolongadas;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Frequentemente, não segue instruções e não termina trabalhos.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Frequentemente, tem dificuldades em organizar tarefas e atividades, falha em cumprir prazos;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Frequentemente, evita envolver-se em tarefas que requeiram esforço mental;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Frequentemente, perde objetos necessários para atividade;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Frequentemente, é facilmente distraído por estímulos alheios;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Esquece com frequência das atividades quotidianas;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

5.3 Hiperatividade/Déficit de Atenção - TDAH CID - 10 (F90.0 a 90.2)

☐ Apresenta este CID

Padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere seu desenvolvimento e funcionamento social.

Intensidade apresentada:

☐ Ligeira ☐ Moderada ☐ Grave

Principais características apresentadas:

Desatenção:

Frequentes falhas em prestar atenção em detalhes, trabalho impreciso;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Frequentemente, tem dificuldade em manter a concentração durante as aulas, conversas ou leituras prolongadas, é facilmente distraído por estímulos alheios;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Frequentemente, evita envolver-se em tarefas que requeiram esforço mental;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Esquece com frequência das atividades quotidianas.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Hiperatividade e impulsividade:

Frequentemente agita-se, bate com mãos e pés ou levanta-se, corre ou salta em locais não esperados para tal ação;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Frequentemente fala em excesso; precipita respostas antes eu as perguntas tenham acabado;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Interrompe e interfere nas atividades de outros; pode começar a usar coisas de outras pessoas sem receber permissão.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Hiperatividade e impulsividade:

Frequentemente agita-se, bate com mãos e pés ou levanta-se, corre ou salta em locais não esperados para tal ação;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Está frequentemente em movimento, incapaz de ficar quieto por longos períodos e esperar sua vez (por exemplo em filas);

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Frequentemente fala em excesso; precipita respostas antes eu as perguntas tenham acabado.

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Interrompe e interfere nas atividades de outros; pode começar a usar coisas de outras pessoas sem receber permissão;

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

5.4 Esquizofrenia CID 10 (F20.9)☐ Apresenta este CID

O que é? Disfunções no comportamento, emoções e no aprendizado. Possui vários sinais e sintomas e déficits sociais e ocupacionais. Suas características possuem muitas variações dentro das características estabelecidas.

Intensidade apresentada:

☐ Primeiro Episódio ☐ Episódios Múltiplos
☐ Agudo ☐ Em remissão parcial ☐ Em remissão completa

Características apresentadas:

Delírios
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Alucinações
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Discurso desorganizado
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Comportamento desorganizado (catatônico)
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Sintomas negativos (diminuição da expressão emocional);
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Relações sociais e acadêmicas prejudicadas;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Déficit no autocuidado;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Crenças estranhas
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Episódios depressivos
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Episódios maníacos
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

5.5 Depressão☐ Apresenta este CID

O que é? Presença de tristeza, vazio, humor irritável, acompanha alterações em outros sistemas do corpo e na aprendizagem.

Intensidade apresentada:

☐ Episódio único ☐ Moderado ☐ Grave
☐ Com características psicóticas ☐ Em remissão.

Principais características apresentadas:

Humor deprimido ou irritável, durante a maior parte do dia, quase todos os dias;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

5.4 Esquizofrenia CID 10 (F20.9)☐ Apresenta este CID

Disfunções no comportamento, emoções e no aprendizado. Possui vários sinais e sintomas nos déficits sociais e ocupacionais. Suas características possuem muitas variações dentro das características estabelecidas.

Intensidade apresentada:

☐ Primeiro Episódio ☐ Episódios Múltiplos
☐ Agudo ☐ Em remissão parcial ☐ Em remissão completa

Características apresentadas:

Fuga da realidade;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Discurso desorganizado;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Comportamento desorganizado;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Diminuição da expressão emocional;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Relações sociais e acadêmicas prejudicadas;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Déficit no autocuidado;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Episódios depressivos.
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

5.5 Depressão☐ Apresenta este CID

Presença de tristeza, vazio, humor irritável, acompanha alterações em outros sistemas do corpo e na aprendizagem.

Intensidade apresentada:

☐ Episódio único ☐ Moderado ☐ Grave
☐ Com características psicóticas ☐ Em remissão.

Principais características apresentadas:

Humor deprimido ou irritável, durante a maior parte do dia, quase todos os dias;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Diminuição clara do interesse em todas, ou quase todas as atividades durante a maior parte do dia, todos os dias;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Perda de peso significativo; diminuição do apetite;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Aumento de peso significativo; aumento do apetite;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Insônia quase todos os dias;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Padrão de sono elevado quase todos os dias;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Lentificação, fadiga ou perda de energia;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Sentimento de desesperança.
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

PRINCIPAIS TRANSTORNOS

Diminuição clara do interesse em todas, ou quase todas as atividades durante a maior parte do dia, todos os dias;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

perda de peso significativo; diminuição do apetite;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

aumento de peso significativo; aumento do apetite;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Insônia quase todos os dias;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Padrão de sono elevado quase todos os dias;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Agitação;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Lentificação, fadiga ou perda de energia;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Sentimento de desvalorização ou culpa excessiva;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Diminuição da concentração, indecisão ou capacidade de pensar, quase todos os dias;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

pensamento de morte recorrente, ideação suicida ou tentativa de suicídio;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Sentimento de desesperança
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

20

PRINCIPAIS TRANSTORNOS

5.5 Depressão ☐ Apresenta este CID

Presença de tristeza, vazio, humor irritável, acompanha alterações em outros sistemas do corpo e na aprendizagem.

Intensidade apresentada:
☐ Episódio único ☐ Moderado ☐ Grave
☐ Com características psicóticas ☐ Em remissão.

Principais características apresentadas:
 Humor deprimido ou irritável, durante a maior parte do dia, quase todos os dias;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Diminuição clara do interesse em todas, ou quase todas as atividades durante a maior parte do dia, todos os dias;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Perda de peso significativo; diminuição do apetite;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Aumento de peso significativo; aumento do apetite;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Insônia quase todos os dias;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Padrão de sono elevado quase todos os dias;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Lentificação, fadiga ou perda de energia;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Sentimento de desesperança.
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

18

5.6 Ansiedade (F41.1) ☐ Apresenta este CID

O que é? Preocupação excessiva que ocorre em mais de metade dos dias durante pelo menos 6 meses, percorre sobre vários acontecimentos e atividades. Causa mal estar e déficit no funcionamento social.

Características apresentadas:

Agitação, nervosismo e tensão interior;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Cansaço fácil;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Dificuldades de concentração ou mente vazia;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Irritabilidade;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Tensão muscular;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Dificuldade em adormecer ou permanecer a dormir ou sono insatisfatório;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

5.7 Outros Transtornos ou características apresentadas:

Data do preenchimento: ____ / ____ / ____

Técnico responsável pelo preenchimento: _____
 (Assinatura e carimbo)

Centro de Atenção Psicossocial (CAPSi) _____

21

PRINCIPAIS TRANSTORNOS

5.6 Ansiedade (F41.1) ☐ Apresenta este CID

Preocupação excessiva que ocorre em mais de metade dos dias durante pelo menos 6 meses, percorre sobre vários acontecimentos e atividades. Causa mal estar e déficit no funcionamento social.

Características apresentadas:

Agitação, nervosismo e tensão interior;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Cansaço fácil;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Dificuldades de concentração ou mente vazia;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Irritabilidade;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Tensão muscular;
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Dificuldade em adormecer ou permanecer a dormir ou sono insatisfatório.
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

Data do preenchimento: ____ / ____ / ____

Técnico responsável pelo preenchimento: _____
 (Assinatura e carimbo)

5.7 Outros transtornos ou modificações das características apresentadas:

21

Ocorreram portanto a redução de 20 itens referentes as características diagnósticas. Outra modificação nesta mesma seção, foram nas fontes textuais utilizadas, antes continha variações de Futura e Arial, após a validação de aparência, foi realizada a uniformização para apenas o uso da fonte Futura. As marcações em negrito também sofreram alterações, de modo a suavizar a visualização do texto durante a leitura. Outros 13 itens foram modificados em toda a caderneta, ocorrendo a diminuição de frases, promovendo a facilitação da linguagem.

Mesmo com a diminuição dos itens, a caderneta continuou com 49 páginas, visto que foram acrescentados mais espaços para escrita, garantindo apoio para futuras anotações. O julgamento trazido nas falas, quanto a dificuldade de transporte da caderneta pela família, não gerou modificações no instrumento, já que estas observações apenas podem ser aplicadas após um estudo de avaliação da implantação da caderneta nos serviços e verificação da usabilidade da mesma.

8 DISCUSSÃO

Este capítulo encontra-se subdividido seguindo a lógica de apresentação dos resultados (capítulo 7): 8.1- Demandas de comunicação entre os serviços de saúde mental infantojuvenil, família e escola, 8.2- Análise de campo, 8.3- Validação de conteúdo da caderneta e questionário, 8.4- Validação de Aparência da Caderneta de Comunicação em Saúde Mental Infantojuvenil. O mesmo refere-se a argumentação dos achados obtidos neste estudo com os referências disponíveis na literatura científica.

8.1 DEMANDAS DE COMUNICAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL, FAMÍLIA E ESCOLA

Para o levantamento das informações que constituíram os conteúdos da caderneta, fez-se a opção pela técnica de grupo focal, uma vez que este procedimento estimula e propicia a interação entre seus participantes. O caráter interativo dos grupos focais facilita o desenvolvimento de estudos que buscam entender atitudes, preferências, necessidades e sentimentos; ou quando se investigam questões complexas relacionadas a dificuldades, necessidades ou conflitos não claros ou pouco explicitados (DAMICO, 2006).

No estudo em questão, buscou-se identificar as necessidades e falhas nos processos de comunicação entre três públicos distintos (família, escola e CAPSi), com o intuito de promover o desenvolvimento de uma tecnologia que auxilie a troca de informações entre estes cenários. O caráter interativo da técnica de grupos focais permitiu a captação de zonas de conflito, contradições e tensões nas falas dos envolvidos, o que contribuiu para potencializar os achados de destaque para composição caderneta.

A pluralidade dos públicos participantes dos grupos focais realizados, permitiu a compreensão do processo de comunicação de modo interdisciplinar, respeitando a complexidade do fenômeno de investigação. No entanto, essa heterogeneidade amostral apresenta a possibilidade no aparecimento do viés de prevaricação durante a aplicação da metodologia.

Outros estudos evidenciam que para o desenvolvimento ideal do grupo focal os participantes devem trazer identificações demonstrando homogeneidade, com níveis socioeconômicos e culturais semelhantes. Públicos alvos muito diferentes não devem ser realizados conjuntamente, pois um, pode inibir os comentários do outro, situação conhecida como viés de prevaricação. Questões como: idade, posição social, posição hierárquica,

conhecimento dos participantes e outras variáveis, podem influenciar negativamente na discussão (GONDIM, 2002).

Deste modo, na tentativa de minimizar este viés, optou-se pela divisão dos sujeitos em grupos específicos individualizados, sendo as mesmas perguntas norteadoras, aplicadas separadamente para cada conjunto. Além de diminuir os danos, essa condição também promoveu maior facilidade durante a execução da análise de conteúdo, já que as falas foram analisadas separadamente para cada grupamento.

A dinâmica dos grupos focais utilizada neste estudo, promoveu um discurso amplo entre os atores, capaz de responder as questões norteadoras em um único encontro para cada público, já que os conteúdos apresentados por cada instância foram complementares, o que promoveu rapidamente a exaustão do tema e relevância estatística.

Mesmo não sendo aplicadas todas as classes e segmentos de texto para composição da caderneta, por não corresponderem diretamente o objetivo do estudo, todas estas foram analisadas, o que permitiu um maior conhecimento sobre o tema além de ter sido relevante para a construção do questionário para verificação do nível de comunicação, o qual será utilizado posteriormente nas fases de teste da caderneta em outros estudos.

Promovendo a reflexão das dificuldades na comunicação, elencadas pelos professores, as quais prejudicam o processo de inclusão escolar do infantojuvenil com transtorno mental, torna-se percebido que por muitas vezes este aluno é visto em sala de aula como uma incógnita, algo desconhecido, que não se pode determinar, mas que se quer descobrir. Assim sendo, trazem no diálogo, dúvidas referentes ao processo de desenvolvimento pregresso dos mesmos, desconhecimento das relações sociais, dos parâmetros da vida cotidiana, e até mesmo do tipo de transtorno e condições gerais de saúde (FARIAS, CAMPOS, 2017).

As dificuldades na inclusão do aluno com transtorno mental evidenciadas pelos professores relaciona-se diretamente com a fragilidade na comunicação e pela falta de informações importantes, advindas muitas vezes da família e dos serviços de saúde, sobre a criança e ou o adolescente gerando maiores desafios pedagógicos, uma vez que é extremamente difícil lidar com algo indefinido.

Podemos entender que para acontecer a inclusão de fato, os sistemas de ensino devem estar conectados com outros atores da rede de apoio com o intuito de fornecer informações diárias ao professores, para que os mesmos compreendam a singularidade de cada criança e aprendam a conviver, respeitar e principalmente oferecer a mesma qualidade de ensino a todos, com as mesmas condições de desenvolvimento (CARVALHO, AMORIM, CAPELLINI, 2019).

. Para os professores, denotasse algum tempo para identificar e conhecer bem todos os alunos. Há situações em que torna-se imperceptível identificar que em sua classe existe algum aluno com algum transtorno ou deficiência, o que geralmente só acontece no momento da avaliação, quando este aluno não alcança o resultado esperado (LINDOLPHO, 2019).

Neste contexto, a inexistência de uma comunicação efetiva geradora de dados confiáveis e de orientação especializada causa insegurança, que por sua vez, é um fator relevante para distorção do olhar do professor diante o processo de inclusão, podendo promover um senso de impotência diante o aluno. Esta situação, acaba acarretando uma crescente dependência de soluções rápidas, como o encaminhamento desnecessários e a medicalização (ESTANISLAU, BRESSAN, 2014)

As referências supracitadas justificam a necessidade da caderneta elaborada neste estudo, permitir espaços de interlocução entre as diferentes fases da vida, seja essa no contexto escolar, de saúde ou do complexo familiar, de modo a facilitar o conhecimento das dificuldades e potencialidades individuais do aluno, destinando assim, uma inclusão educacional mais efetiva.

Desta forma, as condições referenciadas pelos professores como sendo importantes para conter na caderneta de comunicação em saúde mental como o histórico de vida, repercute na necessidade de conhecer um pouco sobre as representações de vida deste aluno previamente, para que possam ser elaboradas melhores estratégias pedagógicas.

Outro ponto de discussão entre os docentes investigados foi o pouco conhecimento adquirido sobre os conceitos e características dos diferentes tipos de transtornos mentais. Percebe-se então que as principais fontes de aprendizado deste público sobre essa temática são os meios de comunicação em massa, como a televisão. No entanto, estas estratégias mostram-se insuficientes, superficiais ou por vezes sensacionalistas (LINDOLPHO, 2019).

Os saberes específicos sobre os transtornos mentais aprendidos na formação do professor necessitam ser fortalecidos pelas formações continuadas elaboradas pelo próprio sistema educacional, juntamente com as estruturas apoiadoras, como a família e serviços de saúde mental. Faz-se oportuno a realização de um planejamento sistemático para o bom funcionamento desta Rede, contendo dispositivos úteis para a comunicação efetiva e interlocução direta entre os envolvidos (FARIAS, CAMPOS, 2017).

Embase na carência destes conhecimentos pelos professores, foram incluídos como itens da caderneta informativos sobre os principais transtornos e suas sintomatologias, espaços para sugestões dos profissionais de saúde quanto a atividades a serem desenvolvidas no ambiente escolar pelos docentes e orientações gerais do CAPSi para a escola.

Agora em referência a análise do grupo família, é incontestável não ponderar a observação das modificações e dificuldades ocorridas na (re)organização desta rede social diante o acometimento psíquico de algum de seus indivíduos pertencentes, principalmente tratando-se de faixas etárias em que coexistem maior dependência para o desenvolvimento das atividades diárias, como na infância.

Por muito tempo a assistência psiquiátrica foi marcada pela exclusão da família no acompanhamento do seu ente durante a internação. O tratamento proposto era o isolamento social, com uma rotina rígida, e normas inflexíveis. Cabia, pois, à instituição hospitalar, garantir um ambiente que balizasse a disciplina (FONSECA *et al.*, 2013).

Desta forma, a família ficou estigmatizada e, como consequência, ainda existe atualmente um grande contingente de residentes em instituições psiquiátricas, devido à ruptura dos vínculos familiares ou aqueles se tornaram frágeis em decorrência da diminuição da comunicação entre seus membros e a instituição (FONSECA; *et al.*, 2013).

Com a modificação nos cenários de cuidado em saúde mental, após a Reforma Psiquiátrica, a família desta vez, passou a ser vista como aliada no tratamento, começando a experimentar o lar, como um novo ambiente cheio de emoções, responsabilidades e mudanças (OMS, 1993).

Entretanto, ao assumir o papel de participante no processo de cuidado do portador de transtorno mental são necessárias adaptações na rotina diária em frente a responsabilização em observar, avaliar e assistir seu familiar em sofrimento. Dessa forma, os transtornos mentais passam a ser vividos de maneira coletiva no contexto domiciliar. (GUEDES, 2014; DIAS, 2009).

Essa nova configuração da assistência psiquiátrica necessita da articulação e boa comunicação entre os serviços de apoio envolvidos e a comunidade. A proposta de atuação em rede promove o desenvolvimento coletivo de modelos de enfrentamento que proporcionem uma melhor qualidade de vida e diminuição da sobrecarga no contexto familiar (OMS, 2009; REIS, 2010; MUYLEAERT, 2015).

Legalmente no Brasil, algumas Portarias 336 e 224/92 impõem regras para a participação da família no contexto da saúde mental. Entre elas são previstas atividades individuais e em grupo que buscam estreitar laços de solidariedade entre seus membros participantes, para discutirem problemas comuns, enfrentar situações difíceis e receber orientação sobre o diagnóstico e participação no projeto terapêutico (GUEDES, 2014).

Entretanto, para que o envolvimento da família nos projetos terapêuticos sejam bem sucedidos é fundamental a adoção de processos de comunicação em nível das relações

interpessoais entre os profissionais de saúde mental, familiares e demais atores da Rede comunitária, como a escola (SINIBALDI, 2013).

Percebe-se então, que a tarefa de agir intersetorialmente e trocar informações efetivas, em meio a serviços complexos, com muitos atores envolvidos, não é considerada uma ação simples. Segundo estudo realizado em Portugal como enfermeiros que trabalham em serviços de internamento psiquiátrico, a comunicação foi considerada ineficaz entre estes profissionais e familiares dos internados nos serviços averiguados, e quando dialogam, é para obter apenas dados dos da doença ou encaminhá-los para outros técnicos. A mesma correlação é encontrada nas falas dos familiares investigados na pesquisa aqui apresentada, envolvendo desta vez, não só o enfermeiro, mas também outras categorias técnicas. (COELHO, SEQUEIRA, 2014).

Destarte, ao analisar os discursos dos familiares pertencentes a este estudo os mesmos sugerem soluções para melhoria da comunicação entre os serviços de educação e de saúde mental por eles experimentados, tendo em vista a caderneta proposta. Obedecem então, o raciocínio de propiciar por meio desta tecnologia, maiores trocas de informação sobre a vida escolar e das atividades realizadas pelo CAPSi, além de que a mesma ofereça informações sobre os diferentes transtornos e sintomatologias, diretos e deveres da pessoa com transtorno, um espaço para interação entre os serviços e a família e um setor para anotações de agendamentos de reuniões ou consultas.

As solicitações relatadas pelos familiares responsáveis justificam-se pelas dificuldades encontradas na comunicação com o CAPSi e com a escola. Pode-se avaliar entretanto, nas falas observadas, que além das adversidades encontradas, os mesmos vislumbram a importância de que estes serviços auxiliem no funcionamento da família, mas que devem fortalecer-se, fornecendo escuta mais eficaz para dirimir dificuldades e dúvidas em relação ao enfrentamento do adoecimento de seu familiar e no processo de aprendizado e inclusão escolar (MUYLAERT *et al.*, 2015).

Desta forma a resolução das questões de saúde mental do infantojuvenil devem ser repensadas e fortalecidas, sendo necessário o diálogo fluido entre os serviços no território e a família (SINIBALDI, 2013). A oportunidade de articular a saúde mental ao espaço escolar deve ser incentivada e consolidada através de ações que integrem todos os sistemas de saúde e a comunidade.

De fato, a interação efetiva entre família e escola contribui de maneira positiva para o processo de real inclusão em salas de aula regulares. Entretanto, o envolvimento da família fica sujeito a diversos fatores, como: desconhecimento dos pais e professores sobre o papel da escola

no desenvolvimento do infanto-juvenil com transtorno, articulação e suporte da escola ao familiar, condição política educacional, idade e série do aluno (MATURANA, CIA, 2015).

A Participação da família é abordada muitas vezes como secundária processo de inclusão, e não como um de seus principais agentes, tendo o poder de ser facilitadora ou impeditiva para que a inclusão social e escolar ocorra (ALBUQUERQUE, AQUINO, 2018).

Assim, para a efetividade do trabalho compartilhado e interligado, os envolvidos no cuidado/ensino de crianças e adolescentes escolares com transtorno mental devem estar sensibilizados, comprometidos e munidos de ferramentas específicas que aportem as demandas e facilitem a troca de informações.

Agora em observação das sugestões para a construção da caderneta pelos profissionais de saúde, foram considerados aspectos como: organização, estrutura, layout e linguagem, conter informações sobre o plano terapêutico, vida escolar, diagnóstico e individualidades, cuidados com a família, medicações e terapêuticas utilizadas ao infantojuvenil.

Os itens da caderneta solicitados pelos profissionais de saúde justificam-se pela pluralidade dos serviços prestados no CAPS, seja este adulto ou infantojuvenil. As ações desta unidade especializada se dividem em atividades coletivas, em grupos ou individuais abrangendo todo o território.

As intervenções realizadas pelos CAPS envolvem uma equipe multiprofissional em saúde destinadas a acolher, estimular e a apoiar iniciativas e a autonomia dos pacientes e seus familiares. A prática deste serviço vai de encontro ao lema “portas abertas” fazendo o acolhimento de toda e qualquer pessoas que necessita do atendimento (PINTO, *et al.*, 2011).

A saúde mental e a intersetorialidade devem caminhar juntas, tendo o CAPS um papel fundamental de coordenar a rede de atenção em saúde mental, articulando, comunicando, regulando de forma abrangente. Este sistema multifacetado requer no entanto, estratégias e planejamento para seu bom funcionamento (ANJOS, SOUZA, 2016).

A organização, estrutura e linguagem da caderneta foi algo bastante citado pelos profissionais da saúde. A grande quantidade de documentos e protocolos de atendimento já existentes, além das diversas tarefas diárias de trabalho, requer a elaboração de uma ferramenta compacta, com linguagem simples e abrangente, que ofereça respostas rápidas e que obedeça a uma estrutura já conhecida e utilizada, como o sugerido: que se pareça com a caderneta de vacinação da criança utilizada atualmente no Brasil.

Outro ponto de discussão pelos trabalhadores da saúde mental, foi a participação da escola na perspectiva da saúde. Nesta posição, os profissionais do CAPS solicitaram que a caderneta auxilie na comunicação efetiva quanto a ocorrência das situações de violações de

direitos quanto a inclusão escolar, e na troca de informações com a escola sobre os horários e dias no serviço e medicações prescritas.

Percebe-se na fala dos profissionais de saúde bastante preocupação com o processo clínico, diagnóstico e medicamentoso, sendo pouco visualizado pontos de debate sobre o envolvimento e papel da escola no tratamento ao infanto-juvenil com transtorno mental, percebe-se uma comunicação mais efetiva, neste ponto, com a família.

Outros estudos também apontam dificuldades na consolidação do trabalho coletivo entre o CAPS e a escola (BEZERRA, DIMENSTEIN, 2008; SCHERER, PIRES, SCHWARTZ, 2009; RONCHI, AVELAR, 2010). É identificado que a principal interlocução entre estes atores é por meio do encaminhamento, no qual a escola, visa encontrar no serviço de saúde a formulação mágica para a resolução dos problemas de conduta e aprendizagem, o que por sua vez, engessa e medicaliza o processo, proporcionando uma visão reducionista da solução (BELTRAME, BOARNI, 2013).

Agora referência aos modelos de trabalho, outra solicitação dos profissionais de saúde foi a inclusão de um espaço para construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) a ser desenvolvido individualmente para criança ou adolescente acompanhado no serviço. O modelo proposto foi o mesmo já utilizado pelo CAPSi investigado.

O PTS é uma importante ferramenta para o desenvolvimento do cuidado, na medida em que serve de eixo de referência para guiar as ações dos profissionais na busca para atender à inserção social e à reabilitação psicossocial da pessoa em sofrimento psíquico (KANTORIKI, *et al.*, 2010)

O marco legal define o PTS como o conjunto de objetivos e ações voltados para a recuperação do usuário, desde a admissão até a alta. Configura-se, assim, como um instrumento de gestão que deve contemplar o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares adequados às características do indivíduo e seu contexto social, compatibilizando a proposta de cuidado com a necessidade de cada usuário e de sua família (BRASIL, 1994).

Em todos os públicos, seja este como os professores ou com os profissionais da saúde investigados, foi notória a preocupação com o envolvimento da família e comunidade no desempenho do cuidado/ensino do infantojuvenil com transtorno mental. De fato, já é entendido que a instituição família tem um papel fundamental nesta jornada. Mas o que por vezes não refletimos, é sobre as condições psicológicas destes cuidadores.

Diante do diagnóstico de transtorno mental da criança ou do adolescente, a família sente-se na maioria das vezes impotente, fragilizada e culpada, podendo negar a existência do transtorno por medo de represálias sociais. Portanto vivenciar a prática assistencial com

famílias de pessoas com transtorno mental é trabalhar também com o seu sofrimento, com as suas frustrações e com o binômio negação/aceitação do transtorno mental, mobilizando sentimentos e percepções em quem está envolvido (BAPTISTA, *et al.*, 2012).

Neste sentido o papel do CAPS deve estar embasado em fornecer subsídios para a elaboração de estratégias a serem trabalhadas no âmbito familiar com vista a diminuição dos sentimentos negativos, sensação de sobrecarga (KANTORKI, *et al.*, 2010). Para tanto, os profissionais da saúde vislumbram por meio de suas falas, que a caderneta proposta traga em seu conteúdo, o espaço do cuidador, para que nele, o familiar possa externar seus sentimentos, vontades e angústias, tornando- se assim, um canal de apoio, comunicação e acolhimento das demandas retraídas.

Outra condição adicionada na ferramenta que garante a individualidade dos envolvidos é o campo: Meu Diário, com o intuito de trazer particularidades da vida social da criança ou do adolescente em acompanhamento.

A ênfase na inclusão da visão do sujeito como participante do seu próprio plano de cuidados, centra-se no projeto de ressignificação e ressocialização do transtorno mental. O olhar direcionado à pessoa, sua cultura e vida cotidiana, torna o humano como o objeto central e não mais a doença. (BEZERRA, *et al.*, 2020)

Como finalização da análise dos grupos focais, obteve- se então os elementos fundamentais a serem contidos na caderneta de comunicação em saúde mental infantojuvenil, os quais, obedeceram as rogativas estatisticamente significativas, propostas pelos três grupos estudados, respeitando cada particularidade encontrada. Desta forma, seguimos as demais etapas metodológicas referentes a estruturação, formatação, designer e posterior validação deste instrumento.

A utilização do referencial para elaboração de tecnologias escritas para comunicação em saúde (MOREIRA, NOBREGA, SILVA, 2013), mostrou- se eficaz no auxílio da confecção dos domínios da caderneta e na organização do material. Por ser um método criado por enfermeiras, o mesmo ofereceu ferramentas ideais diante o contexto do cuidado e da educação em saúde a que se preza esta pesquisa.

É importante destacar, que as autoras do referencial utilizado indicam a execução de avaliações do material elaborado contando com a participação do público alvo destinatário da mensagem. Esse procedimento assegura o conhecimento da qualidade do material quanto à compreensão, aceitação da mensagem, adequação cultural, ao estilo, à apresentação, eficácia apontando para possíveis necessidades de reajustes e modificações (MOREIRA, NOBREGA, SILVA, 2013)

8.2 ANÁLISE DE CAMPO

Pelas observações da equipe do estudo, foi fundamental que o pesquisador principal possuísse experiência clínica em saúde mental, já que durante a realização dos grupos focais com a família e com os professores, apesar de todo apoio das coordenações dos serviços, foram observadas resistências na participação ou percebida a perda do foco em discussão por consequência de um visível desconforto em refletir sobre a temática. Não foi identificadas essas condições no grupo dos profissionais de saúde.

O próprio nome “caderneta” gerou de início uma repercussão negativa entre os professores, já que é o mesmo nome atribuído ao documento para planejamento das aulas utilizado pelas instituições escolares. Tal fato, gerou desestímulo dos professores na participação na pesquisa, pelo reconhecimento de que fazer parte deste estudo, atribuiria um novo trabalho.

Foi notória a visibilidade de professores exaustos, física e psicologicamente, além da apresentação de alguns outros incômodos ao falar sobre o tema, já que dois, dos professores incluídos, possuíam filhos com transtorno mental, o que gerou choros e desconfortos durante o discurso. Foi realizado então, uma conversa informal com o grupo, para entender profundamente a situação gerada, na tentativa de garimpar soluções para minimizar os danos evidenciados.

Como contraproposta foi oferecido a oferta de grupos de apoio, promovidos pela pesquisadora responsável, especialista em saúde mental. Foi realizado dois grupos com os professores em momentos agendados previamente pela direção da escola. Estes encontros tiveram como enfoque a conversa terapêutica grupal e técnicas de relaxamento.

Já com a família, foi proposta, e posteriormente criada uma nova modalidade de atendimento no CAPSi participante, com o enfoque na saúde mental do cuidador. Este grupo terapêutico passou a acontecer semanalmente e tornou-se opção permanente na grade de atividades do serviço. O mesmo é realizado no período em que o familiar aguarda a criança ou o adolescente que está em tratamento. A pesquisadora responsável participou do planejamento e implantação do mesmo.

8.3 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DA CADERNETA

Durante a validação do conteúdo, um dos pontos discutidos foram a composição e a qualificação dos juízes. Existem controvérsias na literatura e recomendações distintas que vão

da indicação de cinco a dez juízes participando desse processo (LYN *et al.*, 1986; PASQUALI, 2003), outros autores sugerem de seis a vinte sujeitos (CAMPO, CEBALLO, HERAZO, 2010). Nessa decisão, deve-se levar em conta as características do instrumento a ser validado, a formação, a qualificação e a disponibilidade dos profissionais necessários (CORIOLANO, QUEIROGA, MORENO, 2014).

A escolha dos juízes participantes deste estudo foi embasada não apenas em recomendações de autores, mas também em parâmetros estatísticos, o que garantiu um número mínimo confiável de 22 pessoas em cada teste (LOPES; SILVA, 2016). Prezou-se também por uma visão qualitativa na inclusão dos juízes, justificada pela inserção de peritos em proporção equivalente, nas áreas da saúde e da educação, sendo a maioria dos profissionais incluídos, doutores na sua área de atuação, com mais de seis anos de experiência na área estudada, o que demonstra um elevado grau de conhecimento no problema em estudo.

As técnicas de seleção e coleta de dados utilizadas na validação de conteúdo da caderneta e do questionário proporcionaram a participação de juízes de todas as partes do Brasil, o que viabiliza o uso destes produtos em qualquer região do país, já que foi avaliado por juízes em condições culturais variadas, visto a diversidade cultural existente no país. Estas razões de seleção corroboram com os ideais de outros autores, que sugerem a formação de um comitê multidisciplinar e plural que tenham familiaridade na área do instrumento a ser validado (BERK, 1990; GRAT, 1997).

O Índice de Validade do Conteúdo é muito utilizado, pois permite analisar cada domínio, cada componente, cada item e o instrumento como um todo. Esta avaliação permitiu atribuir concordâncias, acima de 80%, para todos os itens da caderneta. Todas as questões foram consideradas claras e relevantes para o contexto analisado, segundo o protocolo utilizado. (POLIT, BECK, 2011).

Apesar da caderneta não ser considerada um instrumento de medição, e sim uma tecnologia de apoio, seguir um processo dinâmico de testagem e avaliação conferiu maior credibilidade científica e segurança na sua utilização prática. Validar um conteúdo refere-se então à análise minuciosa de um instrumento, com objetivo de verificar se os itens propostos constituem uma amostra representativa do assunto abordado. (BUSS; *et al.*, 2014; JORGE, 2011).

Outras pesquisas que validaram materiais impressos, também utilizaram o IVC para validar o conteúdo, passando por possíveis ajustes, até que se alcançasse a versão final validada, o que demonstra a importância de se realizar essa etapa para elaboração de uma tecnologia com

qualidade. (OLIVEIRA, LOPES, FERNANDES, 2014; COLUCI, ALEXANDRE, MILANI, 2015).

Consequentemente, a caderneta foi considerada segura para seu uso segundo a avaliação dos juízes. O item com menor concordância e maior significância (valor de “p”) (Item=14) foi readequado. Contudo, ilustrações foram adicionadas ao material, de acordo também, com a análise qualitativa dos comentários e sugestões feitos pelos especialistas. Foram implementadas figuras que agregassem informação e suavizassem a visualização do texto, principalmente nas áreas atribuídas a família.

É notório, diante os comentários de satisfação e agradecimento pela construção desta caderneta, visto nas falas dos Juízes: 8, 15 e 5, que dificuldades na comunicação entre os CAPSi, escolas e familiares não é uma problemática local, sendo identificada em todas as partes do país. Problemáticas na comunicação entre as instâncias estudadas, também são evidenciadas em outros estudos em outras partes do Brasil (DELFINI, 2012; TSZESNIOSKI, 2015; LOPES, 2017).

A dificuldade das equipes de se organizarem coletivamente para responder as necessidades da comunidade denota um dos pontos críticos da integração interdisciplinar em saúde mental. Esse ponto refere-se muitas vezes a falhas na comunicação e na existência de concepções de integralidade imprecisas e/ou equivocadas entre os envolvidos. Tal fato possibilita perceber o quanto as equipes necessitam de tecnologias de auxílio, que busquem compartilhar saberes e práticas, com o intuito de fortalecimento o atendimento de maneira integral. (BERNARDI, KANAN, 2015)

Respondendo pela Enfermagem, integrante da equipe multidisciplinar em saúde mental, o uso da comunicação torna-se importante e imprescindível para a oferta do cuidado, pois permite construir vínculos e um espaço de discussão criativo e crítico entre os profissionais e usuários, atendendo, assim, a necessidade de ambos (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

As ações do Enfermeiro na área de saúde mental devem ser baseadas no acolhimento, trabalhos em grupo, visitas domiciliares e orientações ao portador de transtorno mental e da sua família. A impossibilidade do agir individual do enfermeiro, na promoção de cuidados na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) promove a necessidade de uma comunicação efetiva, interprofissional e interpessoal. (SOARES, SILVEIRA, REINALDO, SANTOS 2010).

Deste modo, tanto para a equipe de Enfermagem, quanto para os demais atores envolvidos no cuidado e ensino do infantojuvenil com transtorno mental, é fundamental o entendimento de falhas na comunicação com a RAPS, justificando a reflexão e propostas de melhoria deste processo, visando a otimização do trabalho e tratamento.

Esta interconexão através da comunicação, por meio dos processos de trabalho em saúde, foi proposta pela OMS desde 2008, posta como elemento indispensável ao desenvolvimento da promoção e da atenção à saúde mental por todos os serviços universais de saúde. (LISBOA, 2008)

Durante a validação do questionário de verificação da comunicação, os mesmos juízes participantes da validação da caderneta, avaliaram também os itens desta ferramenta. Após a análise destes dados, foram observados possíveis vies de resposta, visto que a maior parte dos peritos não consideraram o julgamento do instrumento quanto sua clareza, relevância e pertinência, o qual era o objetivo desta fase. Portanto, foi entendido que as questões foram respondidas pelos juízes, na visão da população alvo, mas, deveriam ser avaliadas segundo seu conteúdo e grau de mensuração do mesmo.

Esta condição implicou em uma nova coleta de dados, sendo desta vez, o questionário enviado individualmente para os mesmos peritos, sem constar agora, a caderneta em anexo. Desta forma, obtivemos um melhor entendimento pelos juízes nos julgamentos.

Desta vez, a nova validação de conteúdo do questionário comprovou a eficácia do dispositivo para a mensuração dos níveis de comunicação entre o CAPSi, família e escola no cuidado/ensino do infantojuvenil com transtorno mental. Não houve perda significativa no número de juízes para esta nova avaliação, o que tornou esta nova testagem efetiva.

Antes da nova validação, os itens do questionário foram rediscutidos pela equipe de pesquisa. Também foram verificados a pertinência dos comentários registrados durante a primeira validação, sendo ampliado o ampliado em número de itens, além de sofrerem algumas modificações linguísticas.

Entendemos deste modo, que mesmo seguindo todo o rigor metodológico, na tentativa de minimizar possíveis vieses, como também enviar modelos de carta convite, termos de consentimento contendo objetivos e dados da fase da pesquisa e disposição direta do pesquisador na retirada de dúvidas do participante, limitações e erros de resposta podem ocorrer, especialmente na pesquisa a distância por meio de formulários eletrônicos. Portanto, é fundamental a revisão crítica dos dados e a abertura para início a uma nova coleta e novos testes psicométricos posteriores.

Os domínios do questionário referem-se a configuração lógica para as análises da: satisfação da comunicação (11 itens), dificuldades na comunicação (4 itens), segurança na transmissão de informações (1 item) e importância da comunicação (1 item). Os itens são respondidos por meio de uma escala Likert de zero a cinco pontos (discordo totalmente,

discordo parcialmente, não concordo, nem discordo, concordo parcialmente, concordo totalmente).

8.4 VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA DA CADERNETA DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

A opção por validar a aparência da caderneta em um CAPSi diferente do serviço que participou da construção da tecnologia por meio do grupo focal, vislumbrou a não ocorrência de viés de memória dos envolvidos, atribuindo preferência a participação de outros componentes com condições idênticas. Por ser pertencentes da mesma Região Metropolitana, estes serviços possuem características semelhantes, fato que viabilizou a aplicação desta fase da pesquisa sem ônus.

Nesta fase participaram da avaliação, um recorte de juízes pertencentes ao público alvo que utilizará futuramente a caderneta em sua prática (profissionais da saúde mental, professores e familiares). A homogeneidade da amostra favoreceu o entendimento dos pontos fortes e fracos da tecnologia apresentada.

A condição sociodemográfica relacionada ao gênero chama atenção para a inserção do feminino no contexto do cuidado/ensino a crianças e adolescentes com transtorno mental, visto que todos os juízes constituintes da amostra eram mulheres e todos os familiares foram compostos pela figura materna.

Mesmo que não seja o objetivo central deste estudo, analisar a influência matriarcal neste cuidado/ensino da criança com transtorno mental transpassa a história da psiquiatria infantil. Culturalmente, o cuidado está muito ligado com a figura da mãe, no caso de uma criança com necessidades especiais esse cuidado torna-se duplo, pois além do papel social de mãe, a mulher em alguns casos acaba assumindo a responsabilidade de proteção e cuidado do filho (ROSA, 2018).

Na análise da aparência, a qual objetivou a verificação da organização, linguagem, apresentação e usabilidade da caderneta todos os componentes testados obtiveram concordância pelos juízes na validação de aparência. Essa condição é muito relevante, pois a avaliação por representantes do público que as utilizará, reflete ajustes na tecnologia, antes da sua implantação.

Neste contexto, apesar de ser considerada válida em aparência e em conteúdo, ainda que houveram ajustes consistentes nas ilustrações da capa, na diminuição de itens e na suavização

de termos de acordo com sugestões dos juízes e significância estatística indicadas pelo teste binomial.

O item referente as ilustrações da capa, apresentou significância relevante e menor I-CVI entre os termos. Apesar terem sido utilizados serviços de um designer para sua confecção da identidade gráfica inicial, não foram incluídos profissionais deste ramo na amostra para avaliação das ilustrações durante a validação. Para a construção das modificações e inserção de novas figuras, foi contratado também os serviços de um ilustrador, além do profissional de designer.

Observa-se de tal forma que nenhuma modificação na capa foi solicitada durante a validação de conteúdo, essa condição pode ser justificada pela forma que foi realizada a coleta de dados, já que na validação de aparência o público teve a possibilidade de foliar a caderneta e ter a proximidade direta com a tecnologia, o que não aconteceu na validação de conteúdo, já que o contato foi apenas virtual.

Novos testes gráficos foram realizados e discutidos com grupo de pesquisa de modo a obter uma capa que trouxesse maior entendimento pelo público-alvo, do significado desta tecnologia correspondendo ao seu universo real de forma lúdica e atrativa ao uso.

Portanto as ilustrações devem possibilitar uma comunicação objetiva. Além disso, o layout deve alcançar alto nível de atenção, para que desperte o interesse pela leitura do material proposto. Desta forma, o uso de validade de conteúdo e de aparência por juízes tem sido útil na avaliação de tecnologias, sendo esse processo relevante para aperfeiçoamento e reformulação de informações, substituição de termos e ilustrações (OLIVEIRA, LOPES, FERNANDES, 2014).

A avaliação dos juízes, principalmente dos profissionais da saúde mental, durante a validação de aparência, trouxe reflexões a respeito da quantidade de informações por página, especialmente na seção que continham os diagnósticos sobre os transtornos na caderneta. Foram sugeridas modificações neste entorno, tanto por comentários adicionados, quanto pela significância estatística estabelecida.

Mesmo com o ideal de garantir o maior número de informações, promovendo a intercomunicação sobre o transtorno e suas sintomatologias, além de obedecer todas as prerrogativas sugeridas durante a construção da caderneta pelo público-alvo, na validação de aparência, tornou-se compreendido que uma tecnologia em saúde no formato de caderneta possui limitações, quanto a sua extensão, de termos contidos e em algumas informações de saúde.

A objetividade deste dispositivo é promover a comunicação e transmitir informações de modo mais equânime entre os envolvidos. De fato, a maior seção da caderneta envolviam aspectos relacionados a doença e seus sintomas, com a análise realizada durante esta validação, pode-se reduzir 20 itens destas características.

Entende-se que os serviços de saúde mental de base comunitária visam proporcionar atenção à população viabilizando o acompanhamento clínico, sendo as sintomatologias pontos importantes ao tratamento, mas, seu principal objetivo é a reinserção social dos usuários por meio do trabalho, lazer, promoção dos direitos civis, viabilização da promoção dos laços familiares, contrapondo-se aos modelos puramente biomédicos e a caracterização da loucura. (BRASIL, 2004).

Diante estas reflexões, reafirma-se que os diagnósticos psiquiátricos, especialmente instituídos na infância, podem oferecer acesso ao tratamento, mas também, podem ser fontes de estigma e preconceito. Portanto não possuem neutralidade, não apenas designam um estado, mas interagem com o sujeito nomeado e com seu entorno, podendo produzir efeitos na sua identidade social (SANTOS, ZAMBENEDETTI, 2019).

A homogeneização das características sintomatológicas apresentadas, na qual atribui um diagnóstico igual a diferentes indivíduos, com estruturas sociais e psíquicas diferentes, desconsideram os aspectos da singularidade (BARONI, 2010). Por meio de ajustar tais ressalvas, além da diminuição das características diagnósticas na caderneta, também foram acrescentados mais espaços para descrição qualitativa dos sinais individuais, podendo ser ajustado desta forma, para cada pessoa e cada tratamento, não possuindo o engessamento das anotações em formato de *checklist*.

Outras modificações menores foram realizadas como a uniformização da fonte e diminuição de frases, com o intuito de promover a facilitação da visualização e da linguagem e maior organização do material. Quanto ao item 15, associado ao julgamento das dificuldades na implantação da tecnologia nos serviços, apesar de ter apresentado significância estatística, o mesmo não promoveu outras alterações na caderneta, das previamente citadas, já que são necessários outros estudos posteriores para testar a usabilidade e efeitos da implantação deste instrumento.

9 CONCLUSÃO

Os grupos focais realizados apresentaram um potencial favorável na idealização do pensar coletivo na tentativa de minimizar os problemas da comunicação intersetorial encontrados, por meio da construção de uma nova tecnologia. Esta metodologia de investigação, proporcionou facilitar a expressão verbal dos participantes através de um processo de interação, que favoreceu a expressão de emoções, ao mesmo tempo, que foi possível observar as controvérsias, conflitos e individualidades ao longo dos debates.

A posição epistemológica de conhecer e fazer parte do discurso permitiu ancorar a técnica de grupo focal, o software para análise dos segmentos de texto e a análise do conteúdo, dos três diferentes grupamentos sociais (escola, CAPSi e família), em um único significado. A análise obtida promoveu a construção do conteúdo da caderneta de comunicação em saúde mental infantojuvenil.

As divisões dos grupos focais, tornou a amostra homogênea, proporcionando maior articulação entre os atores diminuindo possíveis conflitos e vieses, além de ter facilitado a análise dos discursos.

A análise do conteúdo de todas as classes determinadas pelo software Iramutec, mesmo não sendo utilizadas para a construção da caderneta, foi útil para o entendimento aprofundado sobre a comunicação entre os serviços e a família, como também foi relevante para a construção do questionário para verificação do nível de comunicação, o qual será utilizado posteriormente por outros estudos, para verificação de efeito da caderneta aqui elaborada.

As respostas encontradas nos inquéritos a cada grupo, proporcionou a reflexão das dificuldades na comunicação e de possíveis soluções destas problemáticas por meio de um instrumento em formato de caderneta. As sugestões foram elencadas por professores, profissionais da saúde mental trabalhadores de um CAPSi e familiares responsáveis por crianças e adolescentes com transtorno mental.

As evidências promovidas pelos professores associam-se aos desafios pedagógicos encontrados na inclusão escolar do infantojuvenil com transtorno mental. O desconhecimento pelo professor, de particularidades e individualidades do aluno, como: desenvolvimento pregresso, vínculos e relações sociais, parâmetros da vida cotidiana, tipo de transtorno e condições gerais de saúde, física e mental, geram dúvidas de como o professor deve elaborar estratégias efetivas para o aprendizado.

Informações não compartilhadas pela família ou pelo serviço de saúde especializada sobre questões do desenvolvimento da criança e do adolescentes com transtorno mental atingem

o funcionamento pedagógico de modo negativo, que podem desestimular o professor na tomada de decisões desfavoráveis ao aluno. Em conjunto a essa prerrogativa foram criados na caderneta, espaços para a difusão de conteúdos referentes a individualidades e potencialidades de cada envolvido.

De outro lado os professores alegaram pouco conhecimento sobre os tipos de transtorno, por muitas vezes, buscando informações superficiais e em meios não científicos. Esclareceram em suas falas a falta de capacitação permanente sobre o tema, o que proporcionou a inclusão na caderneta e itens informativos sobre as principais sintomatologias e transtornos mais frequentes e espaços para sugestões de atividades pelos profissionais da saúde.

Em observação aos relatos da família, podemos concluir que este grupo reflete que existem dificuldades na comunicação entre os serviços: escola e CAPSi, mas que mesmo com os empecilhos destacados, associam a relevância destas instituições para melhorias no quadro psicológico e social da criança ou adolescente envolvido.

A família já entende sua contribuição no tratamento comunitário em saúde mental, mas ainda enfrentam barreiras relacionadas na troca de informações, pouco conhecimento sobre as sintomatologias clínicas, sobre os direitos e deveres do portador, como também o preconceito. Entretanto, os mesmos acreditam no potencial da caderneta sugerida para que a mesma, possa construir um elo entre as atividades educacionais e de saúde e dirimir os problemas atualmente encontrados por meio da melhoria da comunicação.

Já o olhar do profissional de saúde na elaboração da caderneta permitiu a observação não apenas clínica, mas vislumbrou a importância de marcadores individuais referentes não apenas ao cuidado da criança ou do adolescente, mas também nas reflexões do transtorno na sobrecarga física e emocional da família e principalmente do cuidador responsável. Quanto ao envolvimento escolar, este é considerado pelo profissional de saúde um espaço de interação necessário na construção do plano terapêutico, mas é notório falhas na articulação entre os mesmos.

Dentre os benefícios diretos desta fase do estudo, conseguimos por meio da análise dos discursos e do referencial teórico para a construção de materiais em saúde para a comunicação escrita, obter os conteúdos da caderneta de comunicação em saúde mental Infantojuvenil. Já como benefícios indiretos, o conhecimento adquirido pelas falas dos públicos- alvo, também auxiliou na confecção do questionário para a verificação do efeito da caderneta elaborada, podendo ser utilizado para a testagem desta tecnologia em estudos posteriores. Outro benefício indireto foi a realização dos grupos terapêuticos e de relaxamento para os professores e

familiares, que serviram também para a minimização dos danos já previstos de ocorrer nesta pesquisa.

Nas fases comprometidas para a verificação da validade de conteúdo da caderneta e do questionário, conclui-se que a instituição da coleta de dados ser online, possibilitou a participação de juízes de todo o Brasil, oferecendo avaliações plurais aos instrumentos, adaptando- os culturalmente para uso em todo país.

Os testes realizados foram compatíveis em oferecer maior credibilidade científica a caderneta e sugerir modificações plausíveis para o melhoramento da tecnologia, assim como ao questionário de comunicação. A utilização do IVC, do teste binomial e das análises das sugestões dos juízes possibilitou uma ampla análise dos dados, propondo reflexões factíveis para a resolução das fragilidades dos instrumentos.

Conota-se diante as respostas dos juízes de amplas especialidades, participantes da validação de conteúdo, que os problemas relacionados as falhas na comunicação entre o CAPSi, escola e família, não é apenas constituinte de uma situação local das áreas estudadas, e sim, é anseio de todas as regiões do Brasil.

Para o enfermeiro atuante na saúde mental, assim para com os outros profissionais integrantes da equipe interdisciplinar, a comunicação efetiva representa uma das principais ferramentas de trabalho, indispensável à assistência, exigindo destes, tecnologias de apoio para atuação em casos que requerem extrema habilidade, como no tratamento de crianças e adolescentes.

Desta forma, a comunicação e os instrumentos para sua efetivação fazem parte do processo de trabalho do enfermeiro. Portanto, desde as etapas de construção da caderneta, referenciais da comunicação escrita em enfermagem foram utilizados no processo o que contribuiu para que a tecnologia fosse elaborada de acordo com as bases nos fundamentos da educação em saúde e do cuidado comunitário.

Vislumbra-se que o questionário de verificação da comunicação, também validado neste estudo, será primordial na elaboração de pesquisas posteriores para verificação do efeito da caderneta de comunicação em saúde mental infantojuvenil, garantindo estatisticamente, a mensuração dos níveis de comunicação antes e depois da implantação da caderneta nos serviços.

A realização da validação de aparência nos permitiu concluir que a avaliação, por representantes do público-alvo, quanto a organização, linguagem, apresentação e usabilidade da caderneta, consideraram válidos todos os itens de composição segundo análise do I-CVI,

para o teste binomial, três itens foram significantes, promovendo modificações para melhoria da tecnologia.

Apenas nesta etapa de validação de aparência podemos inferir uma limitação do estudo, relacionada a não inclusão de profissionais de designer e ilustração para a participação no comitê de juízes. Mas, mesmo sem estas categorias para análise, os grupos participantes jugaram estes quesitos de modo satisfatório. Visando otimizar a solução para os problemas encontrados na quantidade e qualidade das ilustrações, os serviços de um profissional ilustrador foi adicionado para provimento das modificações necessárias.

As respostas advindas dos juízes nesta fase, relacionada a quantidade de informações por página, principalmente na seção das características diagnósticas e sintomatologias, trouxeram reflexões quanto as restrições existentes em um dispositivo de comunicação escrita do tipo caderneta, ainda mais, em se tratando da transmissão de informações de saúde mental de crianças e adolescentes.

A inclusão da seção referente aos sintomas e características do transtorno não devem tentar atribuir estruturas formativas e homogêneas, enquadrando o indivíduo em parâmetros, mas sim, possuir um caráter itinerante, singular e também qualitativo, respeitando as particularidades sociais, psíquicas e de personalidade. Portanto, esta parte da caderneta não deve ser utilizada para padronização da doença, e não deve assumir um papel estático.

As questões relativas quanto ao julgamento das dificuldades na implantação da caderneta devem ser melhor estudadas em pesquisas posteriores, quando este processo for aplicado e avaliado, sendo verificado o efeito da inclusão desta tecnologia nos serviços e vida familiar. Para tanto, indica-se que outra limitação deste estudo foi o fato de tratar-se restritamente de uma avaliação de validade, sendo necessárias pesquisas posteriores para verificar a efetividade instrumentos aqui apresentados. No entanto, pode-se considerar que estes são instrumentos válidos para o apoio a comunicação em saúde mental infantojuvenil e para a mensuração dos níveis desta comunicação.

Finalmente, a caderneta de comunicação em saúde mental possui 49 páginas e 10 tópicos abordados referentes a educação e cuidado do infantojuvenil com transtorno mental. Consideramos que o material impresso possui limitações, mas também suas potencialidades como a de reforçar as informações e discussões orais, e servir como guia de orientações para casos de dúvidas, auxiliar nas tomadas de decisões e facilitando a comunicação interdisciplinar nestas instâncias.

Nesta perspectiva, a tecnologia construída e validada neste estudo, possui caráter inovador na enfermagem na psiquiatria e na saúde mental, podendo constituir-se instrumento

potencial de mudança de atitudes quanto à comunicação no cuidado e ensino do infantojuvenil com transtorno mental.

Os benefícios diretos da conclusão desta tese foi a elaboração de uma nova tecnologia válida para troca de informações entre a saúde mental, sistema educacional e família. Como também a possibilidade da promoção de melhorias no processo de comunicação entre o CAPSi, escolas e famílias responsáveis por crianças e adolescentes com transtorno mental, promovendo maior articulação e interdisciplinaridade na prestação dos serviços.

Como benefícios indiretos a caderneta poderá auxiliar na promoção de melhorias no cuidado/ensino ao público infantojuvenil com transtorno mental, envolvimento da família e da escola no tratamento, matriciamento dos professores através da troca de informações com os profissionais de saúde, diminuição de encaminhamentos desnecessários ao CASPi pela escola, além da elaboração de estratégias de educação em saúde de forma interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

- ABERCROMBIE, N.; HILL, S; TRUNER, B. **The penguin dictionary of sociology**. England (UK): Penguin Books; 2000.
- ABREU, T.F.K.; AMENDOLA, F. TROVO, M. M. "Relational technologies as instruments of care in the Family Health Strategy." **Revista Brasileira de Enfermagem** 70.5 (2017): 981-987. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672017000500981&script=sci_abstract&tlng=pt.
- ALEXANDRE, N.M.C; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência e Saúde Coletiva**, 16 (7): 30613068,2011.Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006
- AMARANTE, P.; TORRES, E.H.G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, 25(58):26-34. 2001.Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/A_CONSTITUI%C3%87%C3%83O_DE_NOVAS_PR%C3%81TICAS_NO_CAMPO_DA_ATEN%C3%87%C3%83O_PSICOSSOCIAL.pdf
- AMSTALDEN, A.L.F; HOFFMANN, M.C.C.L; MONTEIRO, T.P.M. A política de saúde mental infanto-juvenil: Seus percursos e desafios. In O. Y. Tanaka, Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo, SP: **Hucitec**. 2010.
- ANDRADE, S.S.D.C. "Tecnologias em saúde e uso de preservativos entre mulheres: Comunicações persuasivas à luz da Teoria da Ação Racional." (2018).Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/14254>
- ARAÚJO, M.M.T;SILVA M.J.P. Communication with dying patients: perception of ICU nurses in Brazil. **J Clin Nurs**. 2006 Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118794484/abstract>
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface** 2004; 8(14):73-92. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1414-32832004000100005&script=sci_abstract&tlng=pt
- BAGGIO, M.A.; ALACOQUE L.E.; GRACE, T.M.D.S. "Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa." **Texto & Contexto-Enfermagem** 19.2 (2010): 378-385. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072010000200021&script=sci_abstract&tlng=pt.
- BAGNATO, M. H. S. Licenciatura em enfermagem: para quê?. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 1994 Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/253808>
- BALINT, K. E.;BILANDZIC, H.. "Health Communication through Media Narratives: Factors, Processes and Effects—Introduction." **International Journal of Communication** 11 (2017): 7.Disponível em : <https://ijoc.org/index.php/ijoc/article/view/8383>
- BANTA, H. D; JONSSON, E. History of HTA: Introduction. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009; 25(Suppl 1):1-6. Disponível em : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19500432/>.

BAPTISTA, B.O. et al. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2012 mar;33(1):147-56,2012.Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100020.

BARBOSA, L.D.M.M. **Desenvolvimento de tecnologias sociais na área da saúde da mulher: intervenções em nível comunitário com gestantes**, (Tese de Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura)—Universidade de Brasília, Brasília, 2016.Disponível em : <https://repositorio.unb.br/handle/10482/20472>.

BESSA, J.B.; WAIDMAN, M.A.P. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jan-Mar; 22(1): 61-70, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_08.pdf

BRASIL, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br> Acesso em: 20 de março de 2017.

BRASIL, Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (**IDEB**). Disponível em: <http://ideb.inep.gov.br/> Acesso em: 20 de março de 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: Tecendo redes para garantir direitos. Brasília, DF 2014.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal, v. 8, 1990. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1990.

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, Página 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar]. **Rev. Saúde Pública**, n.4, v.36, p.533-5, 2002. Disponível em : <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4/11775.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS**. Brasília; 2009. 112p

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Consolidação da área de avaliação de tecnologias em saúde no Brasil. **Rev Saúde Pública**. 2010; 44(2):381-3.Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n2/22.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos projetos locais. 2007. Disponível em: <http://www.scribd.com/doc/25269911/Ministerio-Da-Saude-Ministerio-Da-Educacao>.

BRASIL. Resolução nº 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>, 2012.

BROOKE, J. ; et al. **SUS a quick and dirty usability scale**. 1996. 2014.

BUSS, T.M.; et al. Processo de trabalho dos enfermeiros de um hospital da Espanha: ênfase nas tecnologias de cuidado. **Cogitare Enfermagem**, 19(1) 2014. Disponível em : <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35972>.

CAMARAGIBE. Disponível em: <http://www.camaragibe.pe.gov.br/> Acesso: 12 de março de 2017.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.** 2013. Disponível em : http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2013000200016.

CAMPOS, F. E.; ALBUQUERQUE, E.M. As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde: notas introdutórias para uma discussão. **Econ Contemp.** 1999; 3(2):97-123. Disponível em: http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/especificidades_contemporaneas_saude.pdf

CAMPOS-ARIAS, A.; CEBALLO, C.; HERAZO, E. Prevalence of pattern of risky behaviors for reproductive and sexual health among middle-and high-school students. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 18(2), 170-174., 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000200005

COELHO, M. T. V.; SEQUEIRA, C. Comunicação terapêutica em enfermagem: Como a caracterizam os enfermeiros. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 11, p. 31-38, 2014. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000200005

COLUCI, M.Z.O.; ALEXANDRE, N.M.C.; MILANI, D. Construction of measurement instruments in the area of health. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(3), 925-936, 2015. Disponível em : https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300925.

COOK, T.D.; CAMPBELL, L. D.T.; DAY, A. Quasi-experimentation: Design & analysis issues for field settings (Vol. 351). Boston: Houghton Mifflin, 1979. Disponível em : <https://www.scholars.northwestern.edu/en/publications/quasi-experimentation-design-and-analysis-issues-for-field-setting>.

CORIOLO-MARINUS M.W.D.L.; et al. Communication in health practices: integrative literature review. **Saúde e Sociedade**, 23(4), 1356-1369, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902014000401356

COUTO, M.C.V.; DELGADO, P.G.G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, 27(1), 17-40, 2015. Disponível em : https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-56652015000100017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

CUPANI, A. A tecnologia como problema filosófico: três enfoques. **Scientiae Zudia**. 2004 Dez; 2(4):493- 518. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ss/v2n4/a02v2n4.pdf>

DE MELO, J. M. Marxismo e comunicação: contribuições para revitalizar o pensamento crítico brasileiro. **Comunicação & Educação**, v. 16, n. 2, p. 13-24, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/comueduc/article/view/44882>.

DELFINI PSS. **Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil e estratégia de saúde da família: Articulação das ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes** (Dissertação de mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, SP, Brasil), 2010. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/de16122010161656/publico/mestrado_Patricia_Delfini.pdf

DEWES, J.O. **Amostragem em Bola de Neve e Respondent- Driven Sampling: uma descrição dos métodos** .(Monografia Do de Bacharel em Estatística na UFRGS) ,2013. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/93246>

DIAS, F. W. S. "A criança e o adolescente no campo da saúde mental: que lugar.", 2009.

DOAK, C.C; DOAK, L.G; ROOT, J.H. Teaching patients with low literacy skills. 2. ed. Philadelphia: **JB Lippincott**. 1996. Disponível em: <https://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/resources/teaching-patients-with-low-literacy-skills/>.

DONATO, E. A. **Saúde mental na atenção básica de saúde: avaliação da experiência de Camaragibe-PE**. (Dissertação de mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz) Recife, 2010. Disponível em : <https://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010donato-ea.pdf>

DONATO, E.A; PALMEIRA, A. R; SILVA, M.G. **Saúde Mental na Atenção Básica de Saúde: avaliação de ações do Programa Integrado de Saúde Mental na Comunidade – município de Camaragibe / PE**. Pôster (Especialização em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003.

ESPANHA. Cuidadores y familiares de las personas con problemas mentales. En: Salud Mental en Europa. Políticas y prácticas. Líneas futuras en Salud Mental; p. 417-40. Disponível em: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropapdf>.

FARIA, F. H. P. et al. Percepções de profissionais de saúde da família e de educação sobre a Promoção da Saúde no ambiente escolar. **Revista de APS**, v. 16, n. 2, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15170>

FÁTIMA, M.M; NÓBREGA, M.M.L; SILVA, M.I.T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 56(2), 184-188, 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672003000200015&script=sci_abstract&tlng=pt.

FERNANDES, A.D.S. A; MATSUKURA, T.S. Adolescentes inseridos em um CAPSi: alcances e limites deste dispositivo na saúde mental infantojuvenil. **Temas em Psicologia**, 24(3), 977-990, 2016. Disponível em : http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2016000300011

FIGUEIREDO MFS, RODRIGUES-NETO JF, LEITE MTS. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde:[revisão]. **Rev bras enferm**, 117-121, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a19.pdf>

FILHO, N. C.A. D.; SOUZA, A.M.P.D. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia,

Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 21, 63-76. 2016 Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141432832017000100063&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

FONSECA, F. F; et al. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Rev. Paul. Pediatr.**, 31(2), 258-64, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010305822013000200019&script=sci_abstract&tlng=pt.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994

FREITAS, Fernanda Valéria de; REZENDE FILHO, Luiz Augusto. Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, p. 243-256, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011000100019&script=sci_abstract&tlng=pt.

GOMES, C. M.; HORTA, N. C. . Promoção de saúde do adolescente em âmbito escolar. **Revista de APS**, v. 13, n. 4, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14606>

GUEDES, L. A. **Análise dos psicofármacos prescritos para crianças e adolescentes diagnosticados com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade atendidas pelo Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil de Ouro Preto – MG**. 91 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2014. Disponível em: https://www.repositorio.ufop.br/bitstream/123456789/3600/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O_An%c3%a1lisePsicof%c3%a1rmacosPrescritos.pdf.

GUIMARAES, R. et al . Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 3, p. 881-886, Mar. 2019 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000300881&lng=en&nrm=iso.

GUZZO, R.S.L; MEZZALIRA, A.S.D.C; MOREIRA, A.P.G. Psicólogo na rede pública de educação: embates dentro e fora da própria profissão. **Psicologia Escolar e Educacional**, 16(2),329-338,2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pee/v16n2/a16v16n2.pdf>

HORI, A.A; NASCIMENTO, A.D.F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 19(8), 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232014000803561&script=sci_abstract&tlng=pt

IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/> Acesso em: 12 de março. 2017.

JASPER, M. A. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. **J. Adv Nurs**, v. 20, n 4, p. 769-79, 1994. Disponível em : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7822615/>

JORGE, M.S.B. et al. Promoção da Saúde Mental-Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16, 3051-3060, (2011). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800005

KARDEC, Allan. O evangelho segundo o espiritismo. Brasil, IDE, 2019.

KEMMER, L.F, SILVA, M.J.P. Nurses visibility according to the perceptions of the communication professionals. **Rev Latino-am Enferm**. 2007; 15(2):191-8. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/6290890_Nurses'_visibility_according_to_the_perceptions_of_the_communication_professionals.

KIM, W. S.; LYN, E. O. Excess market value, the multinational corporation, and Tobin's q-ratio. **Journal of International Business Studies**, v. 17, n. 1, p. 119-125, 1986. Disponível em: <https://ideas.repec.org/a/pal/jintbs/v17y1986i1p119-125.html>.

KRONHARDT, C. A. C. A escola como campo de articulação entre as políticas públicas de educação, saúde e assistência social na perspectiva inclusiva: efeitos no aluno com deficiência. 2009.

KÜNSCH, D. A. Aquém, em e além do conceito: comunicação, epistemologia e compreensão. **Revista FAMECOS: mídia, cultura e tecnologia**, n. 39, p. 63-69, 2009. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistafamecos/article/view/5843>

LIMA, A.P.D. **Práticas entre saúde mental e atenção básica: coletivos como dispositivos de resistência na intercessão apoio-formação** .(Dissertação de Mestrado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul) Porto Alegre, 2015. Disponível em : <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-5018>.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAÚJO, T. L. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. *Int. J. Nurs. Knowl.*, v. 23, n. 3, p. 134-139, oct. 2012.

MACHADO, M. M. T; LEITÃO, G.C. M.; HOLANDA, F.U.X. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 723-728, 2005. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2814/281421849017.pdf>

MADUREIRA, L; MARQUES, C.G. Gestão da comunicação em saúde nas redes sociais Health communications management in social media. 2017. Disponível em: <https://seer.ufal.br/index.php/cir/article/view/4097>

MARCONDES F. C. Comunicologia ou Mediologia? A fundação de um campo científico da comunicação. Pia Sociedade de São Paulo-**Editora Paulus**, 2019.

MARINHO, S.; MARIÑO, M.V. Comunicação e sociedade: epistemologia e metodologias em comunicação [33, 2018]. Disponível em: <https://journals.openedition.org/cs/276>.

MARTURANO, E. M. et al. Identificação de problemas de saúde mental associados à queixa escolar segundo o DAWBA. **Psico**, v. 42, n. 2, p. 152-158, 2011. Disponível em : <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/8487>

MATSUKURA, T. S; TAÑO, B. L. Os centros de atenção psicossocial infantojuvenis: características organizacionais e oferta de cuidados. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, 25(3), 208-216, 2014. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/63805>

MCDALD, D. Evaluating health interventions in the 21st century: old and new challenges. *Health Policy*. 2003; 63(2):117-20. Disponível em : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12543524/>

MERHY, E. e et al .PET-Saúde: micropolítica, formação e o trabalho em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 19. 721-730. 10.1590/1807-57622014.1001. Cestari, Virna Ribeiro Feitosa, et al. "Tecnologias do cuidado utilizadas pela enfermagem na assistência ao paciente politraumatizado: uma revisão integrativa." **Cogitare Enfermagem** 20.4 (2015).Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/281768875_PETSaude_micropolitica_formacao_e_o_trabalho_em_saude

MERHY, E. et al.. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído na rede. Rio de Janeiro, 2016.Disponível em: <file:///C:/Users/thayn/Downloads/Avaliacao%20compartilhada%20do%20cuidado%20em%20saude%20vol1.pdf>

MORAES, J.F.B.D. **Apoio matricial entre a rede de atenção psicossocial e a rede de ensino: avaliação de uma experiência em construção.** (Dissertação de Mestrado- UFSC) 2014.Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/130933>.

MURARO, R. M. **Os avanços tecnológicos e o futuro da humanidade: querendo ser Deus?** Petrópolis (RJ): Vozes; 2009.

MUYLAERT, C.J. ; et al. Narratives about the backgrounds of professionals providing child hood and adolescent mental health care services. **Trabalho, Educação e Saúde**, 13,4559,2015.Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000400045.

OLIVEIRA, L.V; CIRILO, L.S; COSTA G.M.C. "O cuidar do portador de transtorno mental: significado para a família." **Revista Baiana de Saúde Pública** 37.1, 2013. Disponível em: <http://www.rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/364/364>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 - Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. **Porto Alegre: Artmed**, 1993.

ORIÁ, M.O.B.; MORAES, L. M. P.; VICTOR, J. F.. A Comunicação Como Instrumento Do Enfermeiro Para O Cuidado Emocional Do Cliente Hospitalizado. **Revista Eletrônica De Enfermagem**, 6(2). Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/808>.

OSTI, A. Representações de alunos e professores sobre ensino e aprendizagem. 2010. 191 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, SP. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/251652>.

PASQUALI L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev Psiquiatr Clín**; 25(5): 206-23, 1998. Disponível em : <http://mpet.ifam.edu.br/wp-content/uploads/2017/12/Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas.pdf>.

PASQUALI, L. "Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção." **Instrumentação Psicológica: fundamentos e práticas**: 165-198, 2010. Disponível em : https://aprender.ead.unb.br/pluginfile.php/106489/mod_resource/content/1/pasquali.PDF.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. (Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas- Universidade Estadual de Campinas) 1998. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832000000100016&script=sci_arttext

PINTO, D. M; et al. (2011). Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto & Contexto-Enfermagem**, 20(3), 493-502. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000300010&script=sci_abstract&tlng=pt

POLIT, D.F; BECK, C.T. Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem. 7a ed. Porto Alegre (RS): **Artmed**;. 669 p, 2011.

PONTES, A. C.; LEITÃO, I. M. T. A.; RAMOS, I.C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 61, n. 3, p. 312-318, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>.

REIS, A.O.A. **Os Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenis no estado de São Paulo**. 236 p. (Tese de Livre-docência) -Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

RODRIGUES, A .S; et al. Integralidade e o Fenômeno das Drogas: Um Desafio para Enfermeira (O) S. **Revista Baiana de Enfermagem** ,2013. Disponível em : <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5696>

RUÃO, T. et al. Fontes e Assessorias em Saúde: duas faces da mesma moeda? Braga: Universidade do Minho: **Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade**, 2012.

SANT'ANA, M. M. et al. O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. **Texto & contexto enferm**, 20(1), 50-58, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072011000100006&script=sci_abstract&tlng=pt.

SASSO, G.T.M.D. **A concepção do enfermeiro na produção tecnológica informatizada para o ensino/aprendizagem em reanimação cardíaco-respiratória** [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2001. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/79732>

SASSO, G.T.M.D; MARTINS, C R. Tecnologia: Definições E Reflexões Para A Prática Em Saúde E Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. 2008 Jan-Mar; 17(1):11-2. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/01.pdf>

SCHALL, V. T.; MODENA, C.M. "As novas tecnologias de informação e comunicação em educação em saúde." **Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América**

Latina. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ (2005): 245-55. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/16159>

SELLTIZ, C. et al. **Research methods in social relations**, 1976.

SILVA, A. L. A, et al. Comunicação e enfermagem em saúde mental: reflexões teóricas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 8(5), 65-70., 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n5/12369.pdf>

SILVA, D.M D.L.; CARREIRO, F.D.A.; MELLO, R. "Tecnologias educacionais na assistência de enfermagem em educação em saúde: revisão integrativa." **Rev. enferm. UFPE** (2017):1044-1051. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/14254>

SILVA, R.C.S; COSTA, A.T.; JESUS, M.P. O grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa em educação: aspectos éticos e epistemológicos. **Encontro Internacional de Formação de Professores e Fórum Permanente de Inovação Educacional**, 2016. Disponível em : <https://eventos.set.edu.br/enfope/article/view/2395>

SINIBALDI B. Saúde mental infantil e atenção primária: relações possíveis. **Revista de Psicologia da UNESP**, 12(2), 61-72, 2013. Disponível em : http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S198490442013000200005&script=sci_abstract.

SOUZA, MPR. **A atuação do psicólogo na rede pública de educação: concepções, práticas e desafios** (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo), 2010. Disponível em : <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/47/tde-25022013-103516/pt-br.php>.

SOUZA, T.S.M.D. **Interdisciplinaridade e intersetorialidade na articulação de direitos sociais no sistema nacional de atendimento socioeducativo–SINASE**, (Dissertação de mestrado, PUC – GOIÁS) 2016. Disponível em: <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/3488>

TEIXEIRA, R.R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.1, n.1, p.7-40, 1997. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831997000200002

TELES, L.M.R; et al. Construção e validação de manual educativo para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 48(6), 977-984, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-0977.pdf

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES S.D.C.; CHIESA, A. M. "Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema." **Texto & Contexto Enfermagem** 16.2 (2007): 233-238. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072007000200004&script=sci_abstract&tlng=pt.

VASCONCELLOS SILVA, P.R.; RIVERA, F.J.U.; CASTIEL, L.D. Comunicação instrumental, diretiva e afetiva em impressos hospitalares. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.6, p.1667-79, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a11v19n6.pdf>.

VASCONCELOS, M.G.F; et al. Projeto terapêutico em Saúde Mental. **Interface** (Botucatu), 20(57),31323,2016. Disponível em :<https://www.redalyc.org/pdf/1801/180144606004.pdf>.

WRIGHT, K. B., SPARKS, L.; O'HAIR, H. D. **Health Communication in the 21st Century.** John Wiley and Sons Lda. , 2012.

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA CONDUÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO- UFPE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE- CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOCTORADO ACADÊMICO

- 1- O que você entende por comunicação?
- 2- Quais as dificuldades na comunicação entre o CAPSi, família e a escola?
- 3- O que você considera que poderia solucionar essas dificuldades na comunicação?
- 4- Como você considera que a comunicação entre o CAPSi, família e a escola pode auxiliar no tratamento/ensino do infante-juvenil?
- 5- Já aconteceu alguma capacitação/palestra/reunião sobre o processo de comunicação entre o CAPSi, família e escola? Como foi? Quem ministrou? Quanto tempo faz? Quanto tempo durou?
- 6- Se nunca aconteceram capacitações/palestra/reuniões, sobre a comunicação entre o CAPSi, família e escola, você acredita que seja um tema importante para auxiliar no tratamento/ensino do infante-juvenil??
- 7- O que você gostaria de saber sobre o tema?
- 8- O que uma caderneta de apoio a comunicação entre a família, CAPSi e escola precisa conter?

**APÊNDICE B– CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS PARTICIPANTES DO
GRUPO FOCAL**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO**

Título da pesquisa: Tecnologia de apoio à comunicação: avaliação do efeito nos serviços de saúde mental infantojuvenil, família e escola.

Pesquisador: Thassia Thame de Moura Silva

Contato: (81) 9 96816992

Data: / /

1. Idade: _____

2. Sexo: M() F()

3. Religião: (1)- Católico (2)- Protestante (3)- Espírita (4)- Outras (5)- Sem religião

4. Estado Civil: (1)- Casado (2)- Solteiro (3)- Viúvo (4)- União estável (5)- Outros

5. Filhos: (1) Sim: (Quantos) _____ (2) Não

6*. Formação: _____

7*. Ano de formação: _____

8*. Tempo de trabalho nesta instituição (em anos): _____

9*. Tempo de trabalho total nesta formação atual (em anos): _____

10*. Formação complementar:

() Capacitação Área: _____

() Especialização Área: _____

() Mestrado Área: _____

() Doutorado Área: _____

11. Outro vínculo empregatício: 1- Sim () 2- Não ()

12. Função que exerce neste outro vínculo: _____

13. Carga horária semanal (neste vínculo): _____

14. Turno de trabalho (neste vínculo): _____

APÊNDICE C - CARTA CONVITE AOS JUÍZES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO



CARTA CONVITE

Sou aluna do curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, juntamente com a Orientadora Prof^a. Dr^a. Ana Márcia Tenório Cavalcanti, convidamos o(a) Senhor(a) a participar do estudo: Efeito de tecnologia no apoio a comunicação interdisciplinar entre os serviços de saúde mental infantojuvenil, família e escola.

Diante da complexidade da rede de cuidados para infanto-juvenil em sofrimento mental, torna-se reconhecido que as instâncias relacionadas à família, escola e serviços de saúde devem estar integradas de forma interdisciplinar, possibilitando uma melhor compreensão das especificidades, dificuldades e conquistas. Para isso, estes setores devem estar preparados e munidos de instrumentos que facilitem este processo de comunicação entre si.

Deste modo, este estudo objetiva construir, validar e verificar o efeito da utilização de uma caderneta que auxilie o processo de comunicação entre o serviço de saúde mental, família e escola. Esta ferramenta deverá auxiliar estes dispositivos na troca de informações e orientações segundo o projeto terapêutico, a dinâmica familiar e o plano pedagógico da criança e do adolescente em tratamento no CAPSi.

Diante do reconhecimento de sua experiência profissional e a fim de se alcançar a validade do conteúdo (primeira fase deste estudo) convido (a) a colaborar com esta pesquisa, como juiz especialista, respondendo a um instrumento de julgamento específico sobre o conteúdo apresentado na caderneta.

Para o julgamento dos conteúdos abordados na caderneta, solicito sua contribuição para leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; visualização do material no endereço de acesso ao seu formato virtual (formato exclusivo para validação); e preenchimento do questionário de caracterização dos juízes especialistas. Após a avaliação da versão inicial, as considerações fornecidas pelo grupo de juízes serão ponderadas e, com base nisso, feitos os ajustes necessários à caderneta até que se atinja o índice de concordância

esperado sobre a adequação de seu conteúdo. Finalizada esta etapa de validação, a caderneta será posteriormente impressa na forma de brochura para ser submetida a avaliação pelo público alvo do estudo. Após as considerações levantadas, caso necessário, o material será novamente ajustado, para então ser reproduzido em sua versão final.

Desde já apresentamos votos de elevada estima e agradecemos a sua disponibilidade em compartilhar a experiência e conhecimento para a emissão de parecer sobre o material educativo. Para o atendimento aos prazos de execução da pesquisa, solicitamos que a avaliação seja feita no prazo máximo de dez dias.

Estamos à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Thassia Thame de Moura Silva
Doutoranda em Enfermagem- UFPE
E- mail: thassia66@gmail.com

Ana Márcia Tenório Cavalcanti
Orientadora, docente do PPGEnfermagem/UFPE.
E- mail: anapopita@hotmail.com

APÊNDICE D- INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE VERIFICAÇÃO DA COMUNICAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL, FAMÍLIA E ESCOLA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO



A partir de agora o senhor avaliará as questões referentes a um questionário elaborado com o objetivo realizar um diagnóstico da comunicação entre o Centro de Apoio Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), família e escola visando analisar o efeito da inclusão da caderneta analisada acima. O mesmo questionário servirá para definir o nível de comunicação antes e depois da intervenção com a caderneta.

Assinale as alternativas abaixo de acordo com seu aceite diante a validade de conteúdo de acordo com a numeração dos critérios como: (1) Inadequado, (2) Parcialmente adequado, (3) Adequado (4) Totalmente adequado

Itens do questionário	CRITÉRIOS			JUSTIFICATIVA SUGESTÕES OU OUTRAS CONSIDERAÇÕES
	Relevância	Clareza	Precisão	
1- Considera importante ter uma boa comunicação entre a escola, família e CAPSi para melhorias no cuidado e no ensino da criança ou do adolescente com transtorno mental?	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
2- Está satisfeito com a comunicação entre a escola e o CAPSi?	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
3- Está satisfeito com a comunicação entre a família e o CAPSi?	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
4- Está satisfeito com a comunicação entre a escola e a família?	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
5- Está satisfeito com a comunicação entre a família a escola e o CAPSi?	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
6- Está satisfeito com os meios usados para comunicação ente a família a escola e o CAPSi?	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
7- Apresenta dificuldades em se comunicar com a família?	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
8- Apresenta dificuldades em se comunicar com a escola?	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	

9- Apresenta dificuldades em se comunicar com o CAPSi?	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
10- Apresenta dificuldades em receber ou transmitir a mesma informação para a escola, família e CAPSi ao mesmo tempo?	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
11- Tem segurança em receber ou transmitir informações para a escola, família e o CAPSi?	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
12- Está satisfeito com a comunicação oral (presencial ou por ligação telefônica) na troca de informações com a família?	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
13- Está satisfeito com a comunicação oral (presencial ou por ligação telefônica) na troca de informações com a escola?	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
14- Está satisfeito com a comunicação oral (presencial ou por ligação telefônica) na troca de informações com o CAPSi?	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
15- Está satisfeito com a comunicação escrita (caderneta, materiais impressos, mensagens telefônicas, avisos no caderno) na troca de informações com a família?	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
16- Está satisfeito com a comunicação escrita (caderneta, materiais impressos, mensagens telefônicas, avisos no caderno) na troca de informações com a escola?	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
17- Está satisfeito com a comunicação escrita (caderneta, materiais impressos, mensagens telefônicas, avisos no caderno) na troca de informações com o CAPSi?	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	

APÊNDICE F- QUESTIONÁRIO VALIDADO PARA A VERIFICAÇÃO DA COMUNICAÇÃO ENTRE O SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL, FAMÍLIA E ESCOLA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO



Este instrumento tem como objetivo realizar um diagnóstico da comunicação entre os serviços de saúde mental Infantojuvenil, família e escola

Há 17 perguntas neste questionário.

1- Considera importante ter uma boa comunicação entre a escola, família e CAPSi para melhorias no cuidado e no ensino da criança ou do adolescente com transtorno mental?				
Sempre 5	Muitas vezes 4	Às vezes 3	Raramente 2	Nunca 1
2- Está satisfeito com a comunicação entre a escola e o CAPSi?				
Sempre 5	Muitas vezes 4	Às vezes 3	Raramente 2	Nunca 1
3- Está satisfeito com a comunicação entre a família e o CAPSi?				
Sempre 5	Muitas vezes 4	Às vezes 3	Raramente 2	Nunca 1
4- Está satisfeito com a comunicação entre a escola e a família?				
Sempre 5	Muitas vezes 4	Às vezes 3	Raramente 2	Nunca 1
5- Está satisfeito com a comunicação entre a família a escola e o CAPSi?				
Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca

5	4	3	2	1
6- Está satisfeito com os meios usados para comunicação ente a família a escola e o CAPSi?				
Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
5	4	3	2	1
7- Apresenta dificuldades em se comunicar com a família?				
Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
5	4	3	2	1
8- Apresenta dificuldades em se comunicar com a escola?				
Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
5	4	3	2	1
9- Apresenta dificuldades em se comunicar com o CAPSi?				
Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
5	4	3	2	1
10- Apresenta dificuldades em receber ou transmitir a mesma informação para a escola, família e CAPSi ao mesmo tempo?				
Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
5	4	3	2	1
11- Tem segurança em receber ou transmitir informações para a escola, família e o CAPSi?				
Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
5	4	3	2	1
12- Está satisfeito com a comunicação oral (presencial ou por ligação telefônica) na troca de informações com a família?				

Sempre 5	Muitas vezes 4	Às vezes 3	Raramente 2	Nunca 1
13- Está satisfeito com a comunicação oral (presencial ou por ligação telefônica) na troca de informações com a escola?				
Sempre 5	Muitas vezes 4	Às vezes 3	Raramente 2	Nunca 1
14- Está satisfeito com a comunicação oral (presencial ou por ligação telefônica) na troca de informações com o CAPSi?				
Sempre 5	Muitas vezes 4	Às vezes 3	Raramente 2	Nunca 1
15- Está satisfeito com a comunicação escrita (caderneta, materiais impressos, mensagens telefônicas, avisos no caderno) na troca de informações com a família?				
Sempre 5	Muitas vezes 4	Às vezes 3	Raramente 2	Nunca 1
16- Está satisfeito com a comunicação escrita (caderneta, materiais impressos, mensagens telefônicas, avisos no caderno) na troca de informações com a escola?				
Sempre 5	Muitas vezes 4	Às vezes 3	Raramente 2	Nunca 1
17- Está satisfeito com a comunicação escrita (caderneta, materiais impressos, mensagens telefônicas, avisos no caderno) na troca de informações com o CAPSi?				
Sempre 5	Muitas vezes 4	Às vezes 3	Raramente 2	Nunca 1

ANEXO A- INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS PARA REVISÃO INTEGRATIVA*

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO



CÓDIGO DO ESTUDO = ____

A. Identificação	
Título do artigo	
Título do periódico	
Autores:	Nome _____ Local de trabalho _____ Graduação _____
País	
Idioma	
Ano de publicação	
B. Instituição sede do estudo.	
Hospital	
Universidade	
Centro de pesquisa	
Instituição única	
Pesquisa multicêntrica	
Outras instituições	
Não identifica o local	
C. Tipo de publicação.	
Publicação de enfermagem	
Publicação médica	
Publicação de outra área da saúde. Qual?	
D. Características metodológicas do estudo	
1. Tipo de publicação	1.1 Pesquisa ☐ Abordagem quantitativa ☐ Delineamento experimental ☐ Delineamento quase-experimental ☐ Delineamento não-experimental ☐ Abordagem qualitativa 1.2 Não pesquisa ☐ Revisão de literatura ☐ Relato de experiência ☐ Outras _____
2. Objetivo ou questão de investigação:	

3. Amostra	3.1 Seleção () Randômica () Conveniência () Outra _____ 3.2 Tamanho (n) () Inicial _____ () Final _____ 3.3 Características Idade _____ Sexo: M () F () Raça _____ Diagnóstico _____ Tipo de cirurgia _____ 3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos _____
4. Tratamento dos dados:	
5. Intervenções realizadas	5.1 Variável independente _____ 5.2 Variável dependente _____ 5.3 Grupo controle: sim () não () 5.4 Instrumento de medida: sim () não () 5.5 Duração do estudo _____ 5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção _____
6. Resultados	
7. Análise	7.1 Tratamento estatístico _____ 7.2 Nível de significância _____
8. Implicações	8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados _____ 8.2 Quais são as recomendações dos autores _____
9. Nível de evidência:	
E. Avaliação do rigor metodológico	
Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados)	
Identificação de limitações ou vieses	

*Validado por Ursi, 2005.

ANEXO B- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO RIGOR METODOLÓGICO DAS PESQUISAS SELECIONADAS NA REVISÃO INTEGRATIVA*

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO



Código do estudo = ____

Questões	Considerações	
1) Objetivo está claro e justificado?	☐ explicita objetivo ☐ explicita relevância do estudo Comentários:	☐ Sim ☐ Não
2) Há adequação do desenho metodológico?	☐ há coerência entre os objetivos e o desenho metodológico Comentários:	☐ Sim ☐ Não
3) Os procedimentos teórico-metodológicos são apresentados e discutidos?	☐ há justificativa da escolha do referencial, método ☐ explicita procedimentos metodológicos Comentários	☐ Sim ☐ Não
4) A amostra do estudo foi selecionada adequadamente?	☐ explicita critérios de seleção (inclusão e exclusão) da amostra de estudo Comentários:	☐ Sim ☐ Não
5) A coleta de dados esta detalhada?	☐ explicita a forma de coleta de dados (entrevista, grupo focal,...) ☐ explicita o uso de instrumento para coleta (questionário, roteiro,...) Comentários:	☐ Sim ☐ Não

6) A relação entre pesquisador e pesquisados foi considerada?	☐ o pesquisador examina criticamente a sua atuação como pesquisador, reconhecendo potencial de viés (na seleção da amostra, na formulação das perguntas) ☐ descreve ajustes e suas implicações no desenho da pesquisa ☐ comentários:	☐ Sim ☐ Não
7) Os aspectos éticos de uma pesquisa foram respeitados?	☐ há menção de aprovação por comitê de ética ☐ há menção de termo de consentimento autorizado Comentários:	☐ Sim ☐ Não
8) A análise de dados é rigorosa e fundamentada? Especifica os testes estatísticos?	☐ explicita o processo de análise ☐ explicita como as categorias de análise foram identificadas ☐ os resultados refletem os achados Comentários	☐ Sim ☐ Não
9) Resultados são apresentados e discutidos com propriedade?	☐ explicita os resultados ☐ dialoga seus resultados com os de outros pesquisadores ☐ os resultados são analisados a luz da questão do estudo Comentários:	☐ Sim ☐ Não
10) Qual o valor da pesquisa?	☐ explicita a contribuição e limitações da pesquisa (para a pratica, construção do conhecimento, ...) ☐ indica novas questões de pesquisa Comentários:	☐ Sim ☐ Não

*Adaptado de Critical Appraisal Skills Programme (CASP) – Programa de habilidades em leitura crítica.© Milton Keynes Care Trust 2002. All rights reserved.

Resultado: Nível A: ()

Nível B: ()

ANEXO C- REFERENCIAL PARA ELABORAÇÃO DE TECNOLOGIAS ESCRITAS PARA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO



LINGUAGEM
a) A credibilidade da mensagem - Comunicar uma mensagem de credibilidade que está relacionada com o autor e a fonte da mensagem, devendo ambos ser confiáveis e apropriados ao contexto sócio- econômico e cultural.
b) A apresentação da mensagem ☐ Apresentar ao leitor 3 a 4 idéias principais por documento ou por secção. ☐ Desenvolver uma idéia por vez, desenvolvendo-a completamente, para, depois, passar para uma seguinte, já que idas e vindas entre tópicos podem confundir o leitor. ☐ Evitar listas longas, uma vez que os leitores, principalmente aqueles com pouca habilidade, geralmente esquecem itens de listas muito longas, sendo, por isso necessário à limitação a quatro ou cinco itens. ☐ Declarar objetivamente a ação que é esperada do leitor. ☐ Apresentar os conceitos e ações numa ordem lógica. ☐ Clarificar ideias e conceitos abstratos com exemplos. ☐ Incluir apenas as informações necessárias, para o leitor compreender e seguir a mensagem. ☐ Destacar a ação positiva, dizendo ao leitor o que ele deve fazer e não o que ele não deve fazer. ☐ Dizer aos leitores os benefícios que eles terão com a leitura do material.
c) A estrutura da frase e seleção das palavras

- ☐ Usar, sempre que possível, palavras curtas.
- ☐ Construir sentenças com 8 a 10 palavras e parágrafos com 3 a 5 sentenças.
- ☐ Escrever como se estivesse conversando, pois o estilo conversacional é mais natural e mais fácil de ser lido e entendido.
- ☐ Usar a voz ativa.
- ☐ Limitar o uso de jargão, termos técnicos e científicos. Se forem indispensáveis, explique-os em linguagem que o leitor possa entender.
- ☐ Usar palavras com definições simples e familiares.
- ☐ Usar analogias familiares ao público alvo.
- ☐ Evitar abreviaturas, acrônimos e siglas.

d) Não discriminação das diferenças culturais e raciais

- ☐ Identificar um grupo de pessoas pela raça ou etnia, através do termo adotado pelo mesmo.
- ☐ Elaborar mensagens adequadas a cada grupo ou subgrupo cultural ou étnico.

Continua

e) Incluindo interação

- ☐ Fazer perguntas curtas e deixar espaço para o leitor escrever as respostas.
- ☐ Pedir ao leitor para fazer escolhas, circulando ou marcando a opção correta, entre várias apresentadas (com texto ou imagem).
- ☐ Deixar espaço em branco no fim do material destinado a anotações de dúvidas, questionamentos e pontos importantes.

ILUSTRAÇÕES

a) Seleção da ilustração

- ☐ Limitar o número de ilustrações para não sobrecarregar o material.
- ☐ Selecionar ilustrações que ajudem a explicar ou enfatizar pontos e ideias importantes do texto.

- ☐ Evitar ilustrações abstratas e que tenham apenas função decorativa no texto.
- ☐ Evitar desenhos e figuras estilizadas.
- ☐ Ilustrar a ação ou o comportamento esperado ao invés do que deve ser evitado.
- ☐ Atentar para o fato de que as fotografias funcionam melhor para representar eventos da vida real, mostrar pessoas e comunicar emoções.
- ☐ Utilizar desenhos de linhas simples, que funcionam melhor para ilustrar um procedimento.
- ☐ Não usar caricatura para ilustrar partes do corpo ou itens relacionados com a saúde.
- ☐ Usar ilustrações apropriadas ao leitor, evitando ilustrar material dirigido ao público adulto/idoso com motivos infanto-juvenis e vice-versa.
- ☐ Quando usar ilustrações de órgãos internos do corpo ou de pequenos objetos, utilizar imagens realistas e colocá-las no contexto real.
- ☐ Apresentar os pequenos objetos em ilustrações maiores para que os detalhes sejam visualizados, mas apresentar uma escala para compará-los com alguma coisa familiar à clientela.
- ☐ Usar fotos e ilustrações de boa qualidade e alta definição.
- ☐ Usar, com cautela, caricaturas. Elas são boas para comunicar humor, mas podem não ser entendidas por alguns leitores.

b) Ilustrações sensíveis e relevantes culturalmente

- ☐ Usar imagens e símbolos familiares ao público alvo, que permitam as pessoas se identificar com a mensagem.
- ☐ Usar, com cautela, símbolos e sinais pictográficos. Símbolos "universais" como *sinaleira*, *X* e *setas*, por exemplo, podem não ser entendidos pelo público alvo.
- ☐ Considerar, nas ilustrações apresentadas, as características raciais e étnicas do público alvo.
- ☐ Mostrar pessoas dos mais variados grupos, idades e etnias, se o material for para um público diverso.

Continua

c) Disposição das ilustrações

- ☐ Dispor as ilustrações de modo fácil, para o leitor segui-las e entendê-las.
- ☐ Apresentar uma mensagem por ilustração.
- ☐ Ilustrar apenas os pontos mais importantes a fim de evitar material muito denso
- ☐ Colocar as ilustrações próximas aos textos aos quais elas se referem.
- ☐ Usar legendas que incluam a mensagem chave.
- ☐ Numerar as imagens, quando forem apresentadas em sequência.
- ☐ Usar setas ou círculos para destacar informações-chave na ilustração

LAYOUT E DESIGN

a) Fontes, cores e sombreamentos

- ☐ Usar fonte 12, no mínimo. Se o material destina-se ao público adulto, usar, no mínimo, 14.
- ☐ Usar fontes para os títulos, dois pontos maiores que as do texto.
- ☐ Evitar textos apenas com fontes estilizadas e maiúsculas, pois dificultam a leitura.
- ☐ Usar *itálico*, negrito e sublinhado apenas para os títulos ou para destaques.
- ☐ Usar as cores com sensibilidade e cautela, para não supercolorir, deixando o material visualmente “poluído”.
- ☐ Impressão preta sobre fundo claro é mais fácil de se ler.
- ☐ Impressão fosca (papel e tinta) melhora a legibilidade pela redução do brilho.

b) Capa de efeito atrativo

- ☐ Fazer uma capa com imagens, cores e texto atrativos.
- ☐ Mostrar a mensagem principal e o público alvo, na capa permitindo que o leitor capte a mensagem principal apenas por sua visualização.

c) Organização da mensagem para facilitar a ação desejada e a lembrança

- ☐ Sinalizar adequadamente os tópicos e subtópicos, usando recursos, como títulos, subtítulos, negritos e marcadores.
- ☐ Colocar, no início da frase ou da proposição, as palavras ou ideias-chave.
- ☐ Apresentar uma ideia completa numa página ou nos dois lados da folha, pois, se o leitor tem que virar a página, no meio da mensagem, ele pode esquecer sua primeira parte.
- ☐ Colocar a informação mais importante no início e no fim do documento.
- ☐ Organizar as ideias no texto, na mesma sequência em que o público-alvo irá usá-las.
- ☐ Colocar a informação-chave numa caixa de texto, para facilitar a localização da informação na página.

Continuação

d) Espaço em branco, margens e marcadores

- ☐ Deixar no mínimo, 2,5 cm de espaço em branco nas margens da página e entre as colunas.
- ☐ Limitar a quantidade de texto e imagens na página.
- ☐ Usar títulos e subtítulos, deixando mais espaço acima que abaixo deles, para dar uma ligação mais forte.

Fonte: Moreira, Nóbrega e Silva, 2003.

ANEXO D - FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL PARA JUÍZES (DOCENTES NÍVEL SUPERIOR)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO



1- IDENTIFICAÇÃO

Juíz nº -----

Nome: _____

Local de trabalho: _____

Área de atuação: _____

Ocupação atual: 1() Assistência 2() Ensino 3() Pesquisa 4() Consultoria

Tempo da ocupação em anos: _____

QUALIFICAÇÃO

Formação/Graduação: _____ ano:

Especialização: _____ ano:

Mestrado em: _____ ano:

Doutorado em: _____ ano:

Outros: _____

Requisitos para seleção de docentes para a participação do estudo de validação de conteúdo da caderneta de comunicação entre os CAPSi, família e escola.

Requisito	Características	Assinale (X)
Possui habilidade/conhecimento adquirido (s) pela experiência	- Ter experiência profissional assistencial junto ao público de crianças e adolescentes com transtorno mental e seus cuidadores por um período mínimo de 5 anos;	
	- ter experiência docente na área de interesse*;	
	- Ter experiência na realização de atividades individuais e coletivas de	

	promoção à saúde da criança ou adolescente com transtorno mental.	
Possui Habilidade/ conhecimento especializado (s) que tornam o profissional uma autoridade no assunto	- Ter sido palestrante convidado em evento científico nacional ou internacional na área de interesse*;	
	- Ter orientado trabalhos acadêmicos de Pós- Graduação Stricto Sensu (Mestrado ou Doutorado) com temáticas relativas á área de interesse*;	
	- Possuir título de doutor, com tese em temática relativa à área de interesse*.	
Possui habilidade especial em determinado tipo de estudo	- Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área de interesse*;	
	- Ter autoria em artigo científico com temática relativa à área de interesse*, em periódico classificado pela CAPES;	
	- Participação em banca avaliadora de trabalho acadêmico de pós- graduação Stricto Sensu (Mestrado ou Doutorado) com temática relativa à área de interesse*.	
Possuir aprovação em teste específico para titulação de especialistas	- Ser especialista titulado por instituições reconhecidas pelo MEC e/ou órgãos internacionais.	

Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade	- Ter recebido de instituição científica conhecida homenagem/menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de interesse*;	
	- Possuir trabalho premiado em evento científico nacional ou internacional, cujo conteúdo seja referente à área de interesse*.	

* Áreas de interesse: Comunicação em saúde, Saúde Mental, Saúde da criança, Saúde do adolescente, Psiquiatria, Educação inclusiva, Educação Básica. Fonte: adaptado de Jasper, 1994.

**ANEXO E - FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL PARA JUÍZES
(PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO E PROFISSIONAIS DE
SAÚDE MENTAL)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO



IDENTIFICAÇÃO

Juiz nº -----

Nome: _____

Local de trabalho: _____

Área de atuação: _____

Ocupação atual: 1 () Assistência 2 () Ensino 3 () Pesquisa 4 () Consultoria

Tempo da ocupação em anos: _____

QUALIFICAÇÃO

Formação/Graduação: _____ ano:

Especialização: _____ ano:

Mestrado em: _____ ano:

Doutorado em: _____ ano:

Outros: _____

Requisitos para seleção de profissionais de saúde mental e professores do ensino fundamental e médio para a participação do estudo de validação de conteúdo da caderneta de comunicação entre o CAPSi, família e escola.

Requisitos	Características	Assinale (X)
Possui habilidade/conhecimento adquirido (s) pela experiência	- Ter experiência profissional junto ao público de crianças, adolescentes com transtorno mental e seus cuidadores por um período mínimo de 5 anos;	
	- Ter experiência na realização de atividades individuais e coletivas de promoção à saúde ou ensino a criança ou adolescentes com transtorno mental.	

Possui Habilidade/ conhecimento especializado (s) que tornam o profissional uma autoridade no assunto	- Ter sido palestrante convidado em evento científico nacional ou internacional na área de interesse*; - Ter orientado trabalho acadêmico de	
	graduação com temáticas relativas à área de interesse*. - Participação em mesa- redondas de eventos científicos na área de interesse*.	
Possui habilidade especial em determinado tipo de estudo	- Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área de interesse*;	
	- Ter autoria em resumos científicos com temáticas relativas à área de interesse*;	
	- Participação em banca avaliadora de trabalho acadêmico de graduação com temática relativa à área de interesse*.	
Possuir aprovação em teste específico para titulação de especialistas	- Ser especialista titulado por instituições reconhecidas pelo MEC e/ou órgãos internacionais*.	
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade	- Ter recebido de instituição científica conhecida homenagem/menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de interesse*;	
	- Possuir trabalho premiado em evento científico nacional ou internacional, cujo conteúdo seja referente à área de interesse*.	

* Áreas de interesse: Comunicação em saúde, Saúde Mental, Saúde da criança, Saúde do adolescente, Psiquiatria, Educação inclusiva, Educação Básica. Fonte: adaptado de Jasper, 1994.

ANEXO F- INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO POR JUÍZES***

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DOUTORADO ACADÊMICO



Leia minuciosamente a caderneta. Em seguida analise o material educativo utilizando esse formulário para marcar com um X os números que estão após cada afirmação. Dê sua opinião de acordo com a opção que melhor represente o ponto de vista sobre cada critério abaixo:

Critérios**	Valores**
Inadequado	1
Parcialmente adequado	2
Adequado	3
Totalmente adequado	4

Para as opções 1 (inadequado) e 2 (parcialmente adequado), descreva o motivo pelo qual assim considerou o item. Não existem respostas corretas ou erradas. O que importa é a sua opinião. Por isso, é muito importante que você responda a todos os itens.

1- OBJETIVOS: Metas que deverão ser alcançadas com a utilização da caderneta

Itens	Critérios	Comentários
Os conteúdos são coerentes com os objetivos propostos pela caderneta	1.Inadequada() 2.Parcialmente adequada() 3.Adequada () 4.Totalmente adequada ()	
Os conteúdos são importantes para a melhoria da comunicação entre o público- alvo	1.Inadequada() 2.Parcialmente adequada() 3.Adequada () 4.Totalmente adequada ()	
Instiga mudanças positivas no processo de comunicação	1.Inadequada() 2.Parcialmente adequada()	

	3.Adequada () 4.Totalmente adequada ()	
Atende aos objetivos de promover melhorias no cuidado e ensino de crianças e adolescentes com transtorno mental	1.Inadequada() 2.Parcialmente adequada() 3.Adequada () 4.Totalmente adequada ()	
Apresenta-se apta para circulação no meio científico	1.Inadequada() 2.Parcialmente adequada() 3.Adequada () 4.Totalmente adequada ()	

2- ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO: Formas de apresentar o conteúdo

Itens	Crerários	Comentários
A caderneta é apropriada para o público- alvo	1.Inadequada() 2.Parcialmente adequada() 3.Adequada () 4.Totalmente adequada ()	
As mensagens são claras e objetivas	1.Inadequada() 2.Parcialmente adequada() 3.Adequada () 4.Totalmente adequada ()	
As informações obedecem a uma sequência lógica	1.Inadequada() 2.Parcialmente adequada() 3.Adequada () 4.Totalmente adequada ()	
A caderneta está apropriada ao nível sociocultural do público- alvo	1.Inadequada() 2.Parcialmente adequada() 3.Adequada () 4.Totalmente adequada ()	

As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia	1.Inadequada() 2.Parcialmente adequada() 3.Adequada () 4.Totalmente adequada ()	
O estilo de redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo	1.Inadequada() 2.Parcialmente adequada() 3.Adequada () 4.Totalmente adequada ()	
Os tamanhos da fonte dos títulos e dos tópicos estão adequados	1.Inadequada() 2.Parcialmente adequada() 3.Adequada () 4.Totalmente adequada ()	
As ilustrações estão expressivas e suficientes	1.Inadequada() 2.Parcialmente adequada() 3.Adequada () 4.Totalmente adequada ()	
As ilustrações estão coerentes com o texto	1.Inadequada() 2.Parcialmente adequada() 3.Adequada () 4.Totalmente adequada ()	
O tamanho do material (papel/impressão) está apropriado	1.Inadequada() 2.Parcialmente adequada() 3.Adequada () 4.Totalmente adequada ()	
O número de páginas está adequado	1.Inadequada() 2.Parcialmente adequada() 3.Adequada () 4.Totalmente adequada ()	

3- RELEVÂNCIA- Características que avaliam o grau de significação da caderneta.

Itens	Crítérios	Comentários
Os temas retratam aspectos-chave sobre a melhoria na comunicação entre o serviço de saúde mental, escola e família no cuidado/ensino do público infanto-juvenil com transtorno mental.	1.Inadequada() 2.Parcialmente adequada() 3.Adequada () 4.Totalmente adequada ()	
A caderneta permite a generalização e transferência de informações a diferentes contextos.	1.Inadequada() 2.Parcialmente adequada() 3.Adequada () 4.Totalmente adequada ()	
A caderneta propõe a construção de conhecimentos.	1.Inadequada() 2.Parcialmente adequada() 3.Adequada () 4.Totalmente adequada ()	
A caderneta aborda os assuntos necessários para o saber do público-alvo.	1.Inadequada() 2.Parcialmente adequada() 3.Adequada () 4.Totalmente adequada ()	
A caderneta está adequada para o uso por qualquer pessoa com o público-alvo.	1.Inadequada() 2.Parcialmente adequada() 3.Adequada () 4.Totalmente adequada ()	

***Instrumento de validação para juízes-especialistas adaptado de TEIXEIRA, E.; MOTA, V.M.S.S. Educação Em saúde: tecnologias educacionais em foco. São Paulo (Caetano do Sul): Difusão Editora, 2011.

** Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Rev Psiquiatr Clín; 25(5): 206-23, 1998.

ANEXO G- FORMULÁRIO DE VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA (PÚBLICO-ALVO)*

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO



Data ____/____/____

Nº

1. () Professor 2. () Profissional da saúde mental 3. () Família

2. Identificação

Idade: 1. () 18 a 29 anos 2. () 30 a 40 anos 3. () maior que 40 anos

Se professor, série que leciona nesta instituição: _____

Se profissional de saúde, qual a formação: _____

Se familiar, Qual o grau de parentesco: _____

3. Parte II- Instruções

Senhor (a) avaliador (a), por favor, leia com atenção toda a caderneta e em seguida responda esse formulário, marcando um X na opção de resposta que melhor representa sua opinião sobre alguns itens da caderneta.

4. ORGANIZAÇÃO DA CADERNETA

Assinale com um (X) as alternativas que sejam sua opinião:

4.1 A capa chama sua atenção para o uso do material?	1. Inadequada ()	2. Parcialmente adequada ()	3. Adequada ()	4. Totalmente adequada ()
Se respondeu 1 ou 2, teria alguma sugestão de melhoria?				
4.2 Fica claro do que se trata a caderneta e para que público ela foi elaborada?	1. Inadequada ()	2. Parcialmente adequada ()	3. Adequada ()	4. Totalmente adequada ()

		()		
Se respondeu 1 ou 2, teria alguma sugestão de melhoria?				
4.3 A quantidade de informações por página está adequada?	1. Inadequada ()	2. Parcialmente adequada ()	3. Adequada ()	4. Totalmente adequada ()
Se respondeu 1 ou 2, teria alguma sugestão de melhoria?				
4.4 A caderneta mostra as informações de maneira organizada e com repetição das informações importantes?	1. Inadequada ()	2. Parcialmente adequada ()	3. Adequada ()	4. Totalmente adequada ()
Se respondeu 1 ou 2, teria alguma sugestão de melhoria?				

5. LINGUAGEM

5.1 Quando você lê a caderneta logo consegue entender as informações escritas?	1. Inadequada ()	2. Parcialmente adequada ()	3. Adequada ()	4. Totalmente adequada ()
Se respondeu 1 ou 2, teria alguma sugestão de melhoria?				
5.2 A forma como foi escrita está de fácil compreensão?	1. Inadequada ()	2. Parcialmente adequada ()	3. Adequada ()	4. Totalmente adequada ()
Se respondeu 1 ou 2, teria alguma sugestão de melhoria?				
5.3 O conteúdo da caderneta é interessante?	1. Inadequada	2. Parcialmente adequada	3. Adequada	4. Totalmente adequada ()

	()	()	()	
Se respondeu 1 ou 2, teria alguma sugestão de melhoria?				

6. APRESENTAÇÃO

6.1 O tamanho da letra usada está bom? O número de páginas está suficiente?	1. Inadequada ()	2. Parcialmente adequada ()	3. Adequada ()	4. Totalmente adequada ()
Se respondeu 1 ou 2, teria alguma sugestão de melhoria?				
6.2 As figuras são adequadas?	1. Inadequada ()	2. Parcialmente adequada ()	3. Adequada ()	4. Totalmente adequada ()
Se respondeu 1 ou 2, teria alguma sugestão de melhoria?				
6.3 As figuras ajudam a compreender os textos?	1. Inadequada ()	2. Parcialmente adequada ()	3. Adequada ()	4. Totalmente adequada ()
Se respondeu 1 ou 2, teria alguma sugestão de melhoria?				
6.4 É fácil de entender o que as figuras querem dizer?	1. Inadequada ()	2. Parcialmente adequada ()	3. Adequada ()	4. Totalmente adequada ()
Se respondeu 1 ou 2, teria alguma sugestão de melhoria?				

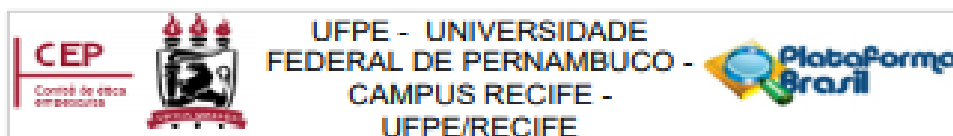
7. USABILIDADE

7.1 A caderneta é apropriada para melhorar a comunicação entre o serviço de saúde mental, escola e família no cuidado a criança e adolescente com transtorno mental?	1. Inadequada ()	2. Parcialmente adequada ()	3. Adequada ()	4. Totalmente adequada ()
Se respondeu 1 ou 2, teria alguma sugestão de melhoria?				
7.2 Sente-se estimulado em utilizar a caderneta?	1. Inadequada ()	2. Parcialment e adequada ()	3. Adequada ()	4. Totalmente adequada ()
Se respondeu 1 ou 2, teria alguma sugestão de melhoria?				
7.3 Acredita que será fácil a inclusão da caderneta na dinâmica do CAPS, escola e família?	1. Inadequada ()	2. Parcialment e adequada ()	3. Adequada ()	4. Totalmente adequada ()
Se respondeu 1 ou 2, teria alguma sugestão de melhoria?				

*Instrumento adaptado. Fonte: (DOAK, ROOT, 1996).

Caso tenha identificado algum erro ou sinta que faltou ser apresentado algum assunto que você acha importante sobre esse tema, por favor, deixe suas sugestões e comentários no espaço abaixo:

ANEXO F- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TECNOLOGIA DE APOIO À COMUNICAÇÃO: AVALIAÇÃO DO EFEITO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL, FAMÍLIA E ESCOLA

Pesquisador: Thassia Thame de Moura

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78738017.0.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Final

Detalhe:

Justificativa:

Data de Envio: 27/11/2020

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.449.494

Apresentação da Notificação:

Trata-se de relatório final de pesquisa de doutorado Thassia de Moura, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Nível doutorado, sob a orientação da Profa. Ana Marcia Tenório de Souza Cavalcanti e coorientação da Profa. Luciana Pedrosa Leal. O estudo teve como objetivo geral avaliar o efeito de uma caderneta de apoio construída e validada para comunicação entre os serviços de saúde mental infanto-juvenil, família e escola.

Objetivo da Notificação:

Apresentar relatório final do estudo "TECNOLOGIA DE APOIO À COMUNICAÇÃO: AVALIAÇÃO DO EFEITO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL, FAMÍLIA E ESCOLA".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram apresentados no projeto inicial e estão em consonância com o que foi

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde

Bairro: Cidade Universitária

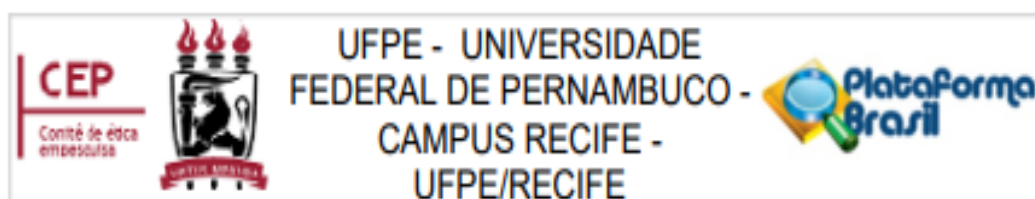
CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81) 3126-8588

E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.449.494

desenvolvido no estudo.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

O relatório segue o que foi determinado no projeto e discute os pontos principais e resultados do estudo em questão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O relatório apresentado segue o modelo do CEP/UFPE, apresentando dados gerais dos voluntários, metodologia desenvolvida e conclusões do estudo.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Notificação aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Relatório Final foi analisado e APROVADO pelo colegiado do CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Envio de Relatório Final	Relatoriofinalnovo.docx	27/11/2020 12:44:16	Thassia Thame de Moura	Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 09 de Dezembro de 2020

Assinado por:
Gisele Cristina Sena da Silva
(Coordenador(a))