



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE
DOUTORADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

VERÔNICA BORGES KAPPEL

**O OLHAR DOS FAMILIARES/CUIDADORES SOBRE A COMUNICAÇÃO
ESTABELECIDADA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA SAÚDE MENTAL**

UBERABA
2018

VERÔNICA BORGES KAPPEL

**O OLHAR DOS FAMILIARES/CUIDADORES SOBRE A COMUNICAÇÃO
ESTABELECIDADA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA SAÚDE MENTAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* - Doutorado em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Atenção à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Helena Hemiko Iwamoto

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde das populações

Eixo temático: Saúde da criança e do adolescente

**UBERABA (MG)
2018**

Dados Internacionais de Catalogação – CIP BRASIL
Catalogação na fonte

Kappel, Verônica Borges

K17o O olhar dos familiares/cuidadores sobre a comunicação estabelecida com profissionais de saúde na saúde mental / Verônica Borges Kappel.
-- 2018
131f.: fig.:tab.

Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2018.

Orientadora: Profa. Dra. Helena Hemiko Iwamoto

1. Enfermagem. 2. Saúde Mental. 3. Serviços de Saúde Mental. I. Iwamoto, Helena Hemiko. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

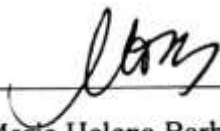
CDU 610.73

VERÔNICA BORGES KAPPEL

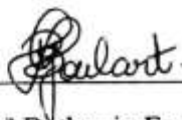
**O OLHAR DOS FAMILIARES/CUIDADORES SOBRE A COMUNICAÇÃO
ESTABELECIDADA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA SAÚDE MENTAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* - Doutorado em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Atenção à Saúde.

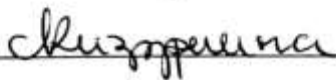
Aprovada em 26 de fevereiro de 2018.



Prof.^a Dr.^a Maria Helena Barbosa – Representante da orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro



Prof.^a Dr.^a Bethania Ferreira Goulart
Universidade Federal do Triângulo Mineiro



Prof.^a Dr.^a Andrea Ruzzi Pereira
Universidade Federal do Triângulo Mineiro



Prof.^a Dr.^a Anamaria Silva Neves
Universidade Federal de Uberlândia



Prof.^a Dr.^a Lucieli Dias Pedreschi Chaves
Universidade de São Paulo

*Dedico este trabalho a Deus, fonte de luz, amparo, coragem e resiliência.
Aos meus pais, Marcos e Marcia, pelo constante incentivo, base perene e
orientações de diversas ordens.*

*Aos meus irmãos, Lucas e Henrique, pelo espelho e exemplo que sempre foram e
serão em minha vida.*

*Ao meu marido, Rafael, por me acompanhar em toda esta desafiadora trajetória,
pela alegria de “criançar”, pela compreensão nos momentos de ausência, pelo
companheirismo e amor.*

*Aos meus lindos, inteligentes e únicos afilhados, Luísa e Enzo, tão pequenos e
significativamente enormes espiritualmente, por serem também meus educadores,
pelas vivências de simplificar e lutar pela vida.*

*Ao Hércules e ao Heitor, duas vidas ligadas à minha, mas atualmente presentes em
outra dimensão, por me ensinarem o amor incondicional, a perseverança e a
gratidão.*

*Às minhas queridas vovós, Nini e Irene, por todos os momentos de tolerância às
visitas rápidas, assim como aqueles em que rezavam para que tudo desse certo.
Aos meus amigos e familiares que, mesmo não tendo seus nomes citados, cada um
à sua maneira, afetosamente torceram e se alegraram com as conquistas que
ocorrem em minha vida.*

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Bethania Ferreira Goulart, pelo exemplo de competência, equilíbrio, dedicação, incentivo e parceria, sobretudo pelas contribuições técnicas, metodológicas e também pessoais realizadas durante a orientação desta tese.

À Profa. Dra. Maria Helena Barbosa, pela infinita compreensão, confiança depositada e pelas colaborações pessoais realizadas durante a orientação desta tese.

À Profa. Dra. Andrea Ruzzi Pereira, pelo acolhimento, tranquilidade, suporte e pelas importantes sugestões oferecidas.

À Profa. Dra. Daniela Tavares Gontijo, por ser a precursora do meu despertar no que diz respeito ao desejo constante de aprimoramento acadêmico e profissional. A você, minha eterna gratidão.

À Profa. Dra. Helena Hemiko Iwamoto, pelo suporte oferecido durante o curso, assim como pelo apoio em outros trabalhos.

À Silvinha, terapeuta ocupacional, amiga, meia irmã, testemunha de uma união, exemplo de competência e relacionamento humano, agradeço por ser meu braço esquerdo no trabalho cotidiano e nas experiências diárias de vida.

Aos docentes do Curso de Pós-Graduação Doutorado em Atenção à Saúde, pelo aprendizado e momentos de partilha.

Aos colegas de pós-graduação, pelos momentos de socialização e retroalimentação dos saberes.

A todos os funcionários do Curso de Pós-Graduação Doutorado em Atenção à Saúde, especialmente a Daniele Cristina e Fábio Renato, e aos funcionários da limpeza e portaria.

Aos participantes deste estudo, bem como a todos os atores envolvidos nesta pesquisa, muito obrigada pela confiança, colaboração e disponibilidade.

Muito obrigada a todos!

“Se você falar com um homem numa linguagem que ele compreende, isso entra na cabeça dele. Se você falar com ele em sua própria linguagem, você atinge seu coração”

Nelson Mandela

RESUMO

KAPPEL, Verônica Borges. **O olhar dos familiares/cuidadores sobre a comunicação estabelecida com profissionais de saúde na saúde mental.** 2018. 131f. Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2018.

A comunicação é considerada um elemento essencial para o estabelecimento de relações interpessoais e é caracterizada pelo conteúdo que deseja ser transmitido, pelos sentimentos envolvidos na relação, assim como pela presença de um emissor e de um receptor de informações. No processo do cuidado, a comunicação torna-se ainda mais importante, porque é responsável pela troca de informações entre profissionais de saúde e usuários, pela compreensão mútua dos fatores que interferem no estado de saúde de uma pessoa, e, conseqüentemente, pelo vínculo, acolhimento e pela adesão ao tratamento. A comunicação existente entre profissionais e familiares também possibilita tornar consciente o processo de cuidado e proporcionar transformações nas relações que são estabelecidas. Neste estudo, objetivou-se analisar as percepções dos familiares/cuidadores de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSI) em relação à comunicação com os profissionais de saúde. Os objetivos específicos foram: investigar o significado de comunicação para os familiares/cuidadores de usuários atendidos em um CAPSI; identificar as características presentes na comunicação profissional de saúde-familiar/cuidador, na visão dos familiares/cuidadores de usuários atendidos em um CAPSI; investigar os fatores que facilitam e dificultam o processo de comunicação profissional de saúde-familiar/cuidador; descrever as estratégias de comunicação utilizadas por familiares/cuidadores no relacionamento com o profissional de saúde; assim como as estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde que são percebidas pelos familiares/cuidadores. Os dados foram coletados por meio de grupos focais com os familiares/cuidadores de usuários deste serviço, por meio de encontros e foram analisados na perspectiva da análise de conteúdo temática. Os resultados evidenciaram três categorias: **pressupostos da comunicação, relação profissional-família/cuidador e sugestões para potencializar a comunicação.** Os dados sugerem que os pressupostos estão relacionados ao significado e às características da comunicação; a relação profissional-família/cuidador diz respeito aos aspectos que facilitam e

dificultam a comunicação; as sugestões para potencializar a comunicação são direcionadas às intervenções focadas na família/cuidadores e na dinâmica e organização do serviço. Chamou atenção a perspectiva unidirecional e fragmentada da comunicação, ainda existente, o predomínio da percepção da comunicação verbal, a identificação da necessidade de reuniões e orientações aos familiares, a sugestão de participação mais ativa da gestão, de realização de atividades conjuntas entre profissionais/familiares-cuidadores/pacientes e de melhor comunicação entre os profissionais da instituição. A partir dos resultados, acredita-se que os aspectos relativos ao papel da gestão e à formação profissional bem como a capacitação de usuários e profissionais precisam favorecer a comunicação, estando a centralidade do cuidado nas relações que são estabelecidas e sustentadas pela comunicação. Este estudo sugere a necessidade de pesquisas que também investiguem a percepção dos profissionais de saúde, inclusive da gestão, bem como das crianças e dos adolescentes com transtornos mentais com relação à comunicação que é estabelecida entre familiares/cuidadores e profissionais. Além disso, enfatiza a importância de estudos de cunho etnográfico, pesquisa-ação, assim como o uso da observação participante como estratégia na investigação da comunicação. O presente estudo possibilitou o aprofundamento do conhecimento a respeito da relação profissional-família/cuidador, na perspectiva da comunicação.

Palavras-chave: Saúde Mental. Comunicação. Serviços de Saúde Mental. Cuidadores. Relações Profissional-Família.

ABSTRACT

KAPPEL, Verônica Borges. **The point of view of family / caregivers on communication established with health professionals in mental health.** 2018. 131f. Thesis (Doctorate in Health Care) – Triângulo Mineiro Federal University, Uberaba (MG), 2018.

Communication is considered an essential element for the establishment of interpersonal relationships and is characterized by the content that wishes to be transmitted, by the feelings involved in the relationship, as well as by the presence of a sender and receiver of information. In the process of care, communication becomes even more important because it is responsible for the exchange of information between health professionals and users, for mutual understanding of the factors that interfere with a person's state of health, and consequently, and adherence to treatment. The communication between professionals and family members also makes it possible to make the process of care conscious and to provide transformations in the relationships that are established. This study aimed to analyze the perceptions of family members / caregivers of a Center for Psychosocial Child and Adolescent Care in relation to communication with health professionals. The specific objectives were: to investigate the meaning of communication for the family members/caregivers of users who were served in a CAPSI; identify the characteristics present in the professional communication of family-health / caregiver, in the view of family members / caregivers of users served in a CAPSI; to investigate the factors that facilitate and hinder the professional communication process of family-health / caregivers; describe the communication strategies used by family members/ caregivers in the relationship with the health professional; as well as the communication strategies used by health professionals perceived by family members / caregivers. Data was collected through focus groups with the family / caregivers of users of this service, through meetings and were analyzed from the perspective of thematic content analysis. The results showed three categories: **communication assumptions, professional-family / caregiver relationship, and suggestions for enhancing communication.** The data suggest that the assumptions are related to the meaning and characteristics of communication; the professional-family / caregiver relationship refers to the aspects that facilitate and hinder communication; the suggestions to enhance communication are directed to interventions focused on the

family / caregivers and on the dynamics and organization of the service. It called attention to the unidirectional and fragmented perspective of communication, still existing, the predominance of perception of verbal communication, the identification of the need for meetings and orientations to the family, the suggestion of more active participation of the management, of accomplishment of joint activities between professionals / relatives - caregivers / patients and better communication among the institution's professionals. Based on the results, it is believed that the aspects related to the role of management and professional training as well as the training of users and professionals need to favor communication, with the centrality of care in relationships that are established and sustained by communication. This study suggests the need for research that also investigates the perception of health professionals, including management, as well as children and adolescents with mental disorders in relation to communication that is established between family members / caregivers and professionals. In addition, it emphasizes the importance of ethnographic studies, action research, as well as the use of participant observation as a strategy in the investigation of communication. This study made it possible to deepen the knowledge about the professional-family / caregiver relationship, from a communication perspective.

Keywords: Mental Health. Communication. Mental Health Services. Caregivers. Professional-Family Relationships.

RESUMEN

KAPPEL, Verônica Borges. **La mirada de los familiares / cuidadores sobre la comunicación establecida con profesionales de salud en la salud mental.** 2018. 131f. Tesis (Doctorado en Atención a la Salud) – Universidad Federal del Triangulo Mineiro, Uberaba (MG), 2018.

La comunicación se considera un elemento esencial para el establecimiento de relaciones interpersonales y se caracteriza por el contenido que desea transmitir, por los sentimientos involucrados en la relación, así como por la presencia de un emisor y de un receptor de informaciones. En el proceso del cuidado, la comunicación se vuelve aún más importante, porque es responsable por el intercambio de informaciones entre profesionales de salud y usuarios, por la comprensión mutua de los factores que interfieren en el estado de salud de una persona, y consecuentemente por el vínculo, la acogida y la adhesión al tratamiento. La comunicación existente entre profesionales y familiares también posibilita hacer consciente el proceso de cuidado y proporcionar transformaciones en las relaciones que se establecen. En este estudio, se objetivó analizar las percepciones de los familiares / cuidadores de usuarios de un Centro de Atención Psicosocial Infantojuvenil en relación a la comunicación con los profesionales de salud. Los objetivos específicos fueron: investigar el significado de comunicación para los familiares / cuidadores de usuarios atendidos en un CAPSI; identificar las características presentes en la comunicación profesional de salud-familiar / cuidador, en la visión de los familiares / cuidadores de usuarios atendidos en un CAPSI; investigar los factores que facilitan y dificultan el proceso de comunicación profesional de salud-familiar / cuidador; describir las estrategias de comunicación utilizadas por familiares / cuidadores en la relación con el profesional de la salud; así como las estrategias de comunicación utilizadas por profesionales de la salud que son percibidas por los familiares / cuidadores. Los datos fueron recolectados a través de grupos focales con los familiares / cuidadores de usuarios de este servicio, por medio de encuentros y fueron analizados en la perspectiva del análisis de contenido temático. Los resultados evidenciaron tres categorías: **presupuestos de la comunicación, relación profesional-familiar / cuidador y sugerencias para potenciar la comunicación.** Los datos sugieren que los supuestos están relacionados con el significado y las características de la comunicación; la relación

profesional-familiar / cuidador se refiere a los aspectos que facilitan y dificultan la comunicación; las sugerencias para potenciar la comunicación se dirigen a las intervenciones enfocadas en la familia / cuidadores y en la dinámica y organización del servicio. La atención a la perspectiva unidireccional y fragmentada de la comunicación, aún existente, el predominio de la percepción de la comunicación verbal, la identificación de la necesidad de reuniones y orientaciones a los familiares, la sugerencia de participación más activa de la gestión, de realización de actividades conjuntas entre profesionales / familiares -cuidadores / pacientes y de mejor comunicación entre los profesionales de la institución. A partir de los resultados, se cree que los aspectos relativos al papel de la gestión y a la formación profesional así como la capacitación de usuarios y profesionales necesitan favorecer la comunicación, estando la centralidad del cuidado en las relaciones que son establecidas y sostenidas por la comunicación. Este estudio sugiere la necesidad de investigaciones que también investiguen la percepción de los profesionales de la salud, inclusive de la gestión, así como de los niños y adolescentes con trastornos mentales con relación a la comunicación que se establece entre familiares / cuidadores y profesionales. Además de eso, enfatiza la importancia de estudios de cuño etnográfico, investigación-acción, así como el uso de la observación participante como estrategia en la investigación de la comunicación. Este estudio permitió la profundización del conocimiento acerca de la relación profesional-familia/cuidador, en la perspectiva de la comunicación.

Palabras clave: Salud Mental. Comunicación. Servicios de Salud Mental. Cuidadores. Relaciones Profesionales-Familia.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo de determinantes sociais em saúde.....	20
Figura 2	Elementos da comunicação.....	35
Figura 3	Fluxograma dos familiares/cuidadores participantes do estudo....	52
Figura 4	Cartaz representativo do G1 sobre a comunicação entre profissionais de saúde e familiares/cuidadores do CAPSI.....	68
Figura 5	Cartaz representativo do G2 sobre a comunicação entre profissionais de saúde e familiares/cuidadores do CAPSI. Perfil dos estudantes do nono ano do ensino fundamental.....	69
Figura 6	Cartaz representativo do G3 sobre a comunicação entre profissionais de saúde e familiares/cuidadores do CAPSI.....	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CCF	Cuidado Centrado na Família
CNDSS	Comissão Nacional Sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CSDH	Comissão Sobre os Determinantes da Saúde
CEP- UFTM	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
G1	Grupo 1
G2	Grupo 2
G3	Grupo 3
G4	Grupo 4
HC-UFTM	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
IMAD	Instituto Municipal Antidrogas
NEPVIAS -UFTM	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Vulnerabilidade e Saúde na Infância e Adolescência da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PTS	Plano Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TICs	Tecnologias de Informação e Comunicação
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
WHA	WhatsApp

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	16
2	INTRODUÇÃO.....	19
3	UMA APROXIMAÇÃO COM O REFERENCIAL TEÓRICO DE COMUNICAÇÃO.....	32
4	JUSTIFICATIVA.....	37
5	OBJETIVOS.....	39
5.1	OBJETIVO GERAL.....	39
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	39
6	PERCURSO METODOLÓGICO.....	40
6.1	TIPO DE ESTUDO.....	40
6.2	LOCAL DE ESTUDO.....	40
6.3	CENÁRIO DE INVESTIGAÇÃO.....	41
6.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	42
6.4.1	Critérios de inclusão.....	42
6.4.2	Critérios de exclusão.....	42
6.5	PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	43
6.6	PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DE DADOS.....	48
6.7	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	50
7	RESULTADOS.....	51
7.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	51
7.2	PRESSUPOSTOS DA COMUNICAÇÃO.....	54
7.3	RELAÇÃO PROFISSIONAL-FAMÍLIA/CUIDADOR.....	57
7.4	SUGESTÕES PARA POTENCIALIZAR A COMUNICAÇÃO.....	64
8	DISCUSSÃO.....	71
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
	REFERÊNCIAS.....	105
	APÊNDICES.....	120
	APÊNDICE A - Roteiro de grupo focal para familiares/cuidadores.....	120
	APÊNDICE B - Declaração de Consentimento.....	124
	APÊNDICE C - Aprovação da Secretaria Municipal de Saúde.....	125
	APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	126
	ANEXOS.....	128
	ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP.....	128

1 APRESENTAÇÃO

Sabe-se que a comunicação é um fenômeno complexo que pode ser compreendido a partir de diferentes perspectivas sociais, históricas e culturais. A comunicação se caracteriza como um importante aspecto das relações interpessoais, influenciando sobremaneira as relações estabelecidas nos contextos de cuidado em saúde, especialmente na saúde pública.

A saúde pública exerceu influência em minha formação profissional desde a graduação, em Terapia Ocupacional na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), na qual estive envolvida em projetos de extensão universitária e de pesquisa voltados para ações de educação em saúde, promoção da saúde, prevenção de doenças, ações direcionadas às especialidades, assim como à reabilitação e cura.

O interesse profissional pelo público infantojuvenil iniciou-se com o desenvolvimento de estágios curriculares em escolas, creches, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), Instituto Municipal Antidrogas (IMAD), Casa da Acolhida Marista, ambulatório de Pediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), adulto e infantojuvenil.

Ainda na graduação, a estima por crianças e adolescentes, associado à necessidade de compreensão sobre a prática do terapeuta ocupacional, incentivou-me a realizar o trabalho de conclusão de curso intitulado, "Caracterização da atuação do terapeuta ocupacional na rede de atenção aos adolescentes em conflito com a lei". Outra evidência foi minha inserção como membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Vulnerabilidade e Saúde na Infância e Adolescência da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (NEPVIAS/UFTM).

Este envolvimento com o NEPVIAS/UFTM, com trabalhos, projetos de pesquisa, grupos de estudos e, especialmente, em projeto de iniciação científica, oportunizou estudar de forma mais aprofundada a infância e a adolescência, assim como fenômenos ditos "sociais", como a violência e a comunicação. A inserção no Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde da UFTM, nível mestrado, culminou com o desenvolvimento da dissertação intitulada: "O significado da violência escolar na perspectiva de diferentes atores de uma comunidade escolar do município de Uberaba-MG". Ainda no mestrado fui surpreendida com uma disciplina

intitulada “comunicação interpessoal”, na qual eram trabalhadas questões relativas à comunicação nos ambientes de cuidado em saúde.

Tive a oportunidade de ingressar no mercado de trabalho logo após a graduação, por meio da aprovação em concurso público junto à Prefeitura Municipal de Uberaba. Trabalhei em um CAPS por aproximadamente dois anos, onde tive a oportunidade de construir uma prática como terapeuta ocupacional com adultos com transtornos mentais graves. Posteriormente, interessada em atuar na área de infância e adolescência, requisitei transferência para o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSI), a fim de me aproximar da clientela, que posteriormente se tornou foco do presente estudo.

Atualmente atuo como terapeuta ocupacional neste CAPSI construindo um trabalho que tem se modificado continuamente. Este serviço, inicialmente, possuía uma concepção fixa sobre o cuidado com ações semelhantes, embora houvesse o desejo da equipe que desfechos diferentes resultassem do trabalho. Nesse sentido, em vários momentos, a equipe se reconhecia desmotivada e sem saber o que fazer. O desejo de melhorar a qualidade do serviço sempre esteve presente e foi materializado por meio da iniciativa de todos em buscar auxílio por meio de uma supervisão.

Iniciou-se, nos primeiros meses do ano de 2016, a supervisão mensal, feita por uma psicóloga, externa ao serviço, com toda a equipe clínica. Nestas supervisões foram tratadas questões relacionadas a casos clínicos, aos aspectos emocionais da equipe enquanto grupo/coletividade, ao “ser” criança/adolescente, a reflexões sobre a identidade da instituição, papéis desempenhados por ela e lacunas existentes no serviço e nos profissionais que o compõem. Nesse sentido, a comunicação foi um aspecto muito discutido e ponderado.

Nessa mesma época, já tinha ingressado no Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde da UFTM, nível doutorado, com o intuito inicial de dar prosseguimento à temática trabalhada no mestrado. Imersa em questões discutidas mensalmente nas supervisões, comecei a observar, de forma mais distante, como a equipe de fato se relacionava entre si e, especialmente, como se comunicava com as famílias/cuidadores dos usuários atendidos no CAPSI. Observei que os profissionais tinham queixas com relação às famílias, e as mesmas, por sua vez, também se questionavam da maneira como eram tratadas.

Diante disso, resolvi modificar o meu projeto de pesquisa inicial e focá-lo nas necessidades práticas e empíricas vivenciadas no cotidiano do trabalho. A comunicação, por ser um constructo relacionado diretamente aos domínios da terapia ocupacional, habilidades de desempenho- sociais e de comunicação, por ser notoriamente complexa do ponto de vista de sua efetividade e por ter sido identificada como uma das importantes questões que afetam o CAPSI em questão, foi o tema escolhido para a realização do estudo sobre a comunicação existente entre os profissionais de saúde e os familiares/cuidadores do CAPSI.

Refletir sobre o cuidado prestado às crianças e aos adolescentes com transtornos mentais é indissociável da comunicação que os profissionais de saúde estabelecem com seus responsáveis e com os próprios usuários. A família torna-se o elo entre as condições de saúde da criança/adolescente e o tratamento realizado no CAPSI. Acredito que meu contato prévio com os adultos adoecidos psicologicamente no CAPS ensejou meu interesse por também compreender de que forma estas famílias/cuidadores estão se articulando com o serviço.

Pertinente destacar que, na saúde mental, especialmente a infantojuvenil pesquisas relacionadas à comunicação entre profissionais de saúde e familiares/cuidadores são incipientes. Espera-se que as discussões aqui apresentadas possibilitem uma maior compreensão da comunicação existente entre os familiares/cuidadores de usuários de um CAPSI e os profissionais de saúde da instituição, na percepção dos responsáveis pelas crianças/adolescentes. Além disso, pretende-se, a partir da explicitação de aspectos relacionados à complexidade do fenômeno, bem como das estratégias adotadas e sugeridas, contribuir para a construção de um cenário que possa auxiliar na elaboração de intervenções de vários atores, profissionais, familiares/cuidadores, sujeitos e gestão, a fim de promover uma assistência mais adequada, humanizada e qualificada.

Aspira-se, também, pela divulgação de dados que sirvam de subsídios para capacitações de profissionais e usuários dos serviços, reformulação e/ou elaboração de políticas públicas e ações intersetoriais que garantam o comprometimento com a comunicação mais clara e eficaz nos diversos espaços onde os sujeitos encontram-se inseridos, especialmente aqueles necessitados de suporte psíquico.

Esta tese será apresentada por meio da introdução da temática, referencial teórico, justificativa, objetivos, percurso metodológico, apresentação dos resultados, discussão, considerações finais, referências, apêndices e anexos.

2 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal e a Lei Orgânica de Saúde compreendem a saúde como direito de todos e dever do Estado, elegendo como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a segurança, a educação, o meio ambiente e acesso aos bens e serviços sociais (PEREIRA, 2007).

De forma geral, entende-se que a saúde está relacionada às questões sociais, históricas, econômicas, políticas e culturais de um povo, estando também associada a valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas (CARVALHO, 2013). Nesta direção, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste somente da ausência de uma doença ou enfermidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946).

As diferenças na situação de saúde entre indivíduos ou entre grupos da população estão relacionadas aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) (COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2010). O conceito de DSS circunscreve as ideias de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde.

Para a Comissão Nacional Sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). A OMS destaca que os DSS são as condições nas quais os indivíduos nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, e que os dissensos que podem se manifestar nas mesmas geram desigualdades de saúde (GONTIJO, 2010).

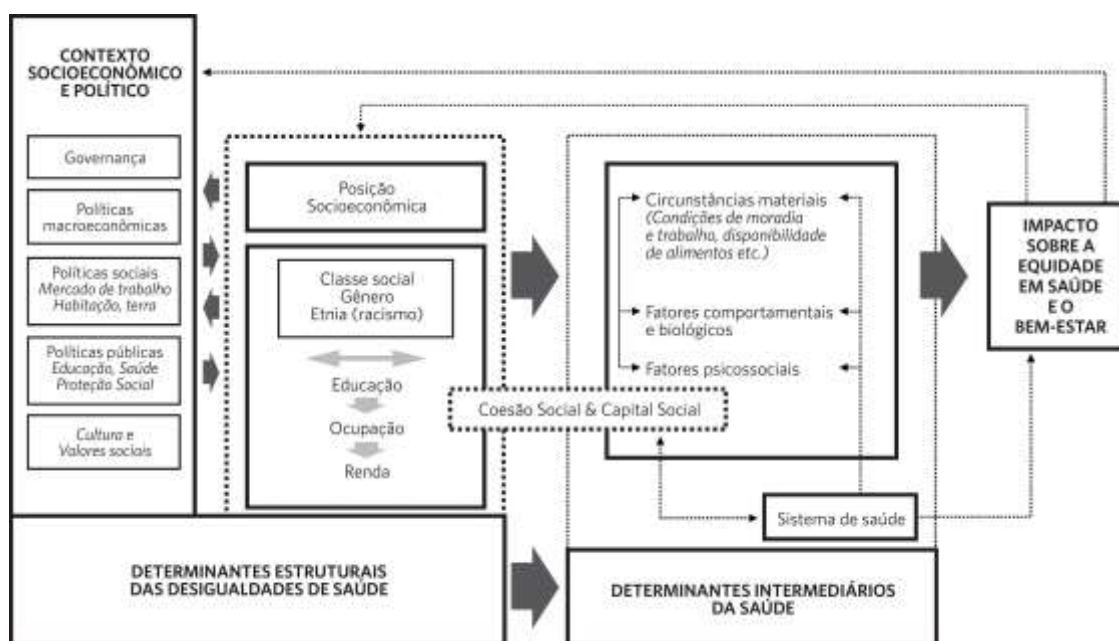
Neste estudo, DSS serão considerados como as características sociais que estão presentes no decorrer da vida dos sujeitos e populações e que interferem em suas condições de saúde. A OMS propõe um modelo conceitual para a análise dos DSS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010a) caracterizado por uma estrutura direcionada para a ação, que possibilita a identificação dos determinantes sociais de equidade e iniquidade em saúde, demonstra a relação entre eles e a magnitude de uns em relação aos outros. Sendo assim, é sustentado pelas relações de poder e pelo modelo social da produção da doença. Para a World Health Organization

(2010a), as iniquidades em saúde estão associadas à desigual distribuição de poder, prestígio e recursos entre as camadas sociais.

Assim, os sujeitos posicionam-se de maneira diferenciada na sociedade, o que implica em maior ou menor grau de exposição a situações de potencial impacto negativo à sua saúde, a intensidades diferentes de vulnerabilidade no tocante à sua condição de saúde e à possibilidade de acesso aos recursos materiais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010b).

Nesse sentido, a Comissão Sobre os Determinantes da Saúde (CSDH) estrutura o modelo de DSS a partir de três componentes: o contexto sócio-econômico-político; os determinantes estruturais e os aspectos socioeconômicos; e os determinantes intermediários, como apresentado na figura 1 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010b).

Figura 1 - Modelo de determinantes sociais em saúde



Fonte: World Health Organization (2010b).

O contexto sociopolítico diz respeito aos aspectos de uma determinada sociedade, de natureza estrutural, cultural e funcional, que vai além do nível individual, como o mercado de trabalho e as políticas públicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010a).

Os determinantes estruturais são aqueles que reforçam a estrutura social do sujeito/grupo, no que diz respeito ao prestígio, poder e acesso a recursos. Estes

fatores, como renda, educação e gênero aliados ao contexto sociopolítico, caracterizam os determinantes sociais das iniquidades em saúde (CARVALHO, 2013).

Os determinantes intermediários relacionam-se aos aspectos individuais, as circunstâncias materiais ligadas ao ambiente físico, como a qualidade da habitação; as circunstâncias socioambientais ou psicossociais, como as condições de vida estressantes; aspectos comportamentais, como as comunicações estabelecidas; biológicos, a exemplo dos fatores genéticos, com a estrutura do sistema de saúde (GONTIJO; MEDEIROS, 2010).

Outro aspecto abordado pela CSDH é o entendimento acerca de coesão social e capital social, denominações analisadas com base nas relações informais e na rede de suporte dos indivíduos, que proporcionam discussões de como as pessoas interagem com as instituições e a maneira como isso afeta a qualidade de vida das mesmas (GONTIJO; MEDEIROS, 2010).

Os determinantes sociais, apontados pela literatura, que possibilitam maiores riscos à condição de saúde de um indivíduo/grupo incluem saneamento, distribuição de renda, transporte, habitação, alimentação, lazer, emprego, autoestima, drogadição, educação, paz, estresse, renda, primeiros anos de vida, ambiente de trabalho, recursos sustentáveis, justiça social/equidade, ecossistema saudável, segurança, inclusão social, rede de suporte social e modelos de atenção à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

Portanto, eleger a abordagem dos determinantes sociais significa compreender o valor que a saúde tem para a população e afirmar que ela depende de ações que, frequentemente, não possuem relação com o setor saúde. A abordagem dos determinantes sociais reconhece o fato de que as iniquidades em saúde não podem ser sanadas sem que as iniquidades sociais também o sejam (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011; CARVALHO, 2013).

Um dos modelos de atenção à saúde é a atenção especializada, sendo também constituída pela saúde mental, enfoque deste estudo. A atenção à saúde mental da população, um dos determinantes sociais acima citado, tem sido uma importante preocupação da OMS, sendo compreendida como um estado de bem-estar no qual o indivíduo identifica suas capacidades, possui competência para lidar com o estresse normal da vida, poder trabalhar de forma produtiva, tendo potencial

para contribuir positivamente com sua comunidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

Sabe-se que a saúde mental, de forma geral e, comparativamente à saúde física, não possui a mesma visibilidade e atenção financeira, ficando, muitas vezes, negligenciada. Segundo estimativas da OMS, aproximadamente 450 milhões de pessoas sofrem com transtornos mentais ou de comportamento, mas apenas uma pequena minoria recebe o tratamento adequado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Esse número representa 13% do montante mundial de patologias, embora os investimentos nessa área correspondam a menos de 1% dos gastos em saúde pública (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; MELO et al., 2015).

Na China, na cidade de Xian, foi realizado um estudo com 2447 indivíduos de 16 anos de idade ou mais, que evidenciou a prevalência de transtornos mentais de 21%. Contudo, as taxas de uso dos serviços de saúde mental foram de 2,45% a 4,67% entre os indivíduos que relataram transtorno mental. Portanto, a alta taxa de prevalência de transtornos mentais é divergente da baixa taxa de serviços de saúde mental disponibilizados e utilizados pelos usuários com transtornos mentais (LIU et al., 2018).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2001), os transtornos mentais acometem mais de 25% da população em algum momento na vida. A prevalência dos transtornos psiquiátricos na infância/adolescência, no mundo, encontra-se entre 10 e 15%. No Brasil, pesquisas realizadas com mais de 3.000 crianças e adolescentes indicaram uma prevalência de 13% com algum diagnóstico de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4 (DSM-IV) (PETRESCO et al., 2014).

Atualmente, o Brasil possui 60,5 milhões de crianças e adolescentes entre 0 e 19 anos, sendo que mais de um terço deles se concentra no Sudeste (BRASIL, 2016). Dados apontam que, no Brasil, a cada 100.000 habitantes, 176,03 são tratados em ambulatórios de saúde mental, sendo 10% menores de 18 anos; 30,99 pessoas ocupam leitos psiquiátricos em hospitais gerais, correspondendo 5% a menores de 18 anos; 88,92 indivíduos são internados em hospitais psiquiátricos, destes, 5% são menores que 18 anos; 354,85 pessoas fazem tratamento nos CAPS, equivalendo a 9% de crianças ou adolescentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Segundo estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU), as crianças e adolescentes representam, respectivamente, cerca de 30% a 14,2% da população mundial (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012). Nessas populações, são encontradas altas taxas de prevalência de transtornos mentais. Em revisão de literatura internacional, a mediana global da taxa de prevalência de transtornos mentais nessa população foi de 12%, o que significa dizer que 12% da população de crianças e adolescentes possuem algum transtorno mental com prejuízo funcional (FATORI; GRAEFF-MARTINS, 2016).

Os transtornos mentais infantojuvenis mais encontrados, de 2000 a 2013, na literatura científica mundial englobam depressão, transtornos de ansiedade, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), transtorno por uso de substâncias e transtorno de conduta. Entre esses, os valores de prevalência variaram entre os estudos: depressão – 0,6% e 30%; transtornos de ansiedade – 3,3% e 32,3%; TDAH – 0,9% e 19%, transtorno por uso de substâncias – 1,7% e 32,1%; e transtorno de conduta – 1,8% e 29,2% (THIENGO; CAVALCANTE; LOVISI, 2014).

Convergente com os achados da pesquisa acima citada, outro estudo apontou que a prevalência mundial de transtornos mentais em crianças e adolescentes, em vários países, foi de 6,5% para qualquer transtorno de ansiedade; 2,6% para qualquer transtorno depressivo; 3,4% para o TDAH; e 5,7% para qualquer desordem disruptiva (POLANCZYK et al., 2015).

No Brasil, o estudo epidemiológico da saúde mental do escolar brasileiro levantou dados representativos de quatro cidades de quatro regiões brasileiras, apontando a prevalência de 13,1% de crianças e adolescentes, de 6 a 16 anos, com transtornos mentais (PAULA et al., 2015). Outra pesquisa realizada com escolares, em 57 escolas de São Paulo e Porto Alegre, indicou taxa de prevalência, entre crianças de 6 a 12 anos, de 19,9% (SALUM et al., 2015). Pesquisa realizada utilizando metarregressão, com 41 estudos de 27 países de todas as regiões do mundo, evidenciou que a prevalência mundial de transtornos mentais foi de 13,4% (POLANCZYK et al., 2015).

Por meio de estudos epidemiológicos, é possível afirmar que os transtornos mentais na infância e adolescência não constituem um fenômeno raro no Brasil. Entre 12,7% e 19,9% de crianças e adolescentes no país apresentam algum

transtorno mental, segundo critérios do DSM-IV (FATORI; GRAEFF-MARTINS, 2016).

Em levantamento exploratório da produção bibliográfica brasileira concernente ao tema da saúde mental infantojuvenil, a maioria dos estudos encontrados aborda especificamente aspectos clínicos, sendo em menor número os que trabalham o tema da saúde mental infantojuvenil numa perspectiva mais ampla (CARVALHO et al., 2014).

Oportuno destacar que o cuidado em saúde mental passou por transformações significativas a partir da Reforma Psiquiátrica, que redirecionou o modelo de atenção asilar para o psicossocial, caracterizado por compreender o processo saúde-doença a partir da determinação psíquica e sociocultural, considerando os conflitos e dissensos constitutivos dos sujeitos. Além disso, a atenção psicossocial entende que a realidade pode ser transformada, tendo como princípios ações éticas e terapêuticas que possibilitem a cidadania, a dignidade e o poder de contratualidade social aos sujeitos (MACHINESKI; SCHNEIDER; CAMATTA, 2013).

Neste sentido, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) assegura como direitos e proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, mediante suas necessidades; ser tratada com humanidade, respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde; ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; ter garantia de sigilo nas informações prestadas; ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

A PNSM no Sistema Único de Saúde (SUS) e sua recente adaptação por meio da construção das Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) revelam no campo da atenção às crianças e aos adolescentes uma necessidade até então negligenciada para estes sujeitos (BRASIL, 2005; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2013a). As novas possibilidades neste campo objetivam direcionar, de maneira diferenciada, a vivência de sofrimento psíquico em sua relação com a sociedade por meio da criação de diferentes mecanismos de cuidados (MACHINESKI; SCHNEIDER; CAMATTA, 2013).

Os CAPS podem ser considerados mecanismos para o atendimento em saúde mental, os quais são regulamentados pela Portaria 336/2002. Esses centros são territoriais, ambulatoriais e oferecem atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, com o apoio de uma equipe multiprofissional articulada, cujo objetivo é possibilitar a reabilitação psicossocial dos usuários (BRASIL, 2002). Nos CAPSs, os fluxos de comunicação entre sujeitos, familiares e equipe de saúde devem estar em constante mobilidade (MACHINESKI; SCHNEIDER; CAMATTA, 2013).

Nesse panorama, incluem-se os CAPSI destinados especialmente para as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico intenso (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011a). Estes serviços se constituem em dispositivos de desinstitucionalização, caracterizando-se pela reinserção do sujeito em sofrimento psíquico na sociedade, prevendo a integralidade da assistência ao doente mental.

Os CAPSI são direcionados para a atenção psicossocial de crianças e adolescentes com transtornos mentais, caracterizando-se por ser de atenção diária, possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território, realizar atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes, supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, no âmbito do seu território (BRASIL, 2005).

De maneira geral, este serviço deve incluir atendimentos individuais, em grupos, em oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimentos familiares, atividades comunitárias enfocando a integração do sujeito com a escola, família e comunidade, desenvolvimento de ações intersetoriais, especialmente com as áreas da assistência social, educação e justiça (BRASIL, 2002).

A equipe técnica mínima para atuação no CAPSI é composta por um médico psiquiatra ou neurologista; um enfermeiro; quatro profissionais de nível superior entre as categorias profissionais de psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e cinco profissionais de nível médio, como técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O CAPSI, assim como os demais centros de atenção psicossocial, constitui a atenção psicossocial especializada, pertencente à RAPS. A rede, como um todo, é composta também pela atenção básica em saúde, atenção de urgência e

emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011a).

A referida rede visa, entre outros objetivos, promover cuidados em saúde especialmente de grupos mais vulneráveis (como crianças e adolescentes); promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade; promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde; produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (BRASIL, 2011a).

Ainda que o movimento da Reforma Psiquiátrica, aliado a outros marcos importantes para a defesa dos direitos de crianças e adolescentes, entre esses a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990a), tenha enfatizado a importância do cuidado com estes sujeitos, observa-se que as ações direcionadas a estes grupos revelam-se tímidas, quando comparadas às estratégias de cuidado destinadas a adultos em condições semelhantes de transtornos mentais (TAÑO, 2014).

As ações propostas pelo Ministério da Saúde por meio da Política Nacional de Humanização (PNH) vêm sendo enfatizadas como uma estratégia para maximizar a assistência em saúde (BRASIL, 2013b). Esta política incentiva que as práticas em saúde sejam desenvolvidas com maior valorização dos diferentes atores envolvidos no processo de produção de cuidados e, para isso, prioriza a autonomia, o protagonismo, a corresponsabilização, a escuta, o vínculo e o afeto na prática dos profissionais de saúde (DESLANDES; MITRE, 2009).

Mesmo com políticas norteadoras de ações direcionadas aos sujeitos envolvidos no processo de cuidar, no que se refere à saúde mental infantojuvenil, percebe-se que as estratégias voltadas para este público ainda são incipientes e muito recentes. Embora os serviços de assistência à saúde mental infantojuvenil tenham como premissa o atendimento à população mais gravemente comprometida, especialmente os CAPSI, estudos recentes têm indicado importantes dificuldades e barreiras para o acesso e permanência destes sujeitos no cotidiano dos locais de atendimento (TAÑO, 2014; TAÑO; MATSUKURA, 2015).

Faz-se necessário considerar que a criação de políticas e ações, de forma geral, não pode ser entendida como processos lineares promotores de mudanças apenas por sua implementação. Elas devem ser utilizadas como precursoras de aprendizado para novas experiências. A humanização do cuidado e, mais especificamente, a comunicação interpessoal efetiva não são inatas do ser humano e somente se fortalecerão se forem vivenciadas cotidianamente, alimentadas pelo mecanismo de reprodução entre os profissionais, pela via da formação acadêmica ou pelo exemplo na prática (OTANI, 2013).

O cuidado revela-se como atenção, cautela, preocupação, zelo, encargo, responsabilidade (FERREIRA, 2014). Cuidado também pode ser entendido como oposto de descuido e descaso, caracterizando-se por uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro. O cuidado em saúde deve ser refletido com a ética, com os valores de responsabilidade e de integridade, considerando a responsabilidade do profissional de saúde ao cuidar e a fragilidade do sujeito na situação de necessidade deste cuidado. É preciso sentir, vivenciar a situação para agir com clareza, respeitando os princípios de beneficência, de autonomia e de justiça (PUGGINA; SILVA, 2009).

O conceito de cuidado inclui considerar, reconhecer e compreender as necessidades do outro, selecionar meios e buscar estratégias para as intervenções. O trabalho concreto do cuidado torna imperativo possuir responsabilidade para desenvolver a atividade, exige empatia e juízo crítico para compreender as reações do outro (PHILLIPS, 2007).

Cabe refletir que os serviços de saúde são construídos por quem o produz e por quem o recebe, ou seja, a produção é única, dinâmica e se dá no próprio ato. Além disso, a produção do cuidado em saúde é pautada por uma intensa relação interpessoal, dependente do estabelecimento de vínculo entre os envolvidos para a eficácia do ato, ou seja, o profissional da saúde deve manter uma relação humanizada com os usuários (RODRIGUES; LIMA; RONCALLI, 2008; OTANI, 2013).

Sabe-se que o cuidado tangencia dimensões biológicas e corporais e adentra ao campo da presença do outro, bem como de suas expectativas e necessidades (AYRES, 2004). Assim, revela-se a necessidade de que os profissionais envolvidos no cuidado busquem maior conhecimento e participação nas discussões para que

possam, a partir de suas ações, refletir sobre elementos essenciais como o trabalho em equipe, o gerenciamento, a ética do cuidado e a comunicação.

Nessa perspectiva, oportuno destacar que a comunicação, no latim, *communicatione*, é sinônimo de ação, ou seja, participar, tornar comum. Para a Sociologia, comunicação significa o processo pelo qual sentimentos e ideais são direcionados de sujeito para sujeito, tornando possível a interação social (CIPRO NETO, 2009).

A comunicação interpessoal pressupõe um processo de interação, em que há tentativas de entender o outro e ser entendido por ele. É no campo de troca, circunscrito em determinado contexto, que os sujeitos se percebem, partilham o significado de ideias, pensamentos e propósitos, modificando ou não seus significados (HADDAD et al., 2011).

Faz-se necessário considerar que cada pessoa, pertencente a este processo de interação, possui sua subjetividade, valores, crenças, experiências, cultura e interesses que funcionam como peneiras e direcionam a mensagem. A comunicação, processo essencial nas relações humanas, apresenta-se de forma verbal e não verbal. A primeira refere-se às palavras expressas por meio da fala ou da escrita e a não verbal refere-se à transmissão de mensagens na interação face a face e na ausência de palavras (PROCHET; SILVA, 2010).

Toda comunicação é constituída de duas partes, sendo o conteúdo, ou seja, a informação que se quer transmitir e o sentimento de quem transmite a mensagem. No relacionamento interpessoal, para que a comunicação seja efetiva, é preciso estar atento e controlar voluntariamente a comunicação não verbal (BARBOSA et al., 2016).

Por meio da comunicação efetiva e terapêutica, especialmente na saúde mental infantojuvenil, os profissionais de saúde possibilitam aos sujeitos e às suas famílias a compreensão e o enfrentamento dos problemas, assim como a percepção do seu papel como sujeito ativo no processo de cuidado. Neste contexto, espera-se do profissional de saúde sensibilidade, afetividade, ética e escuta qualificada (MEDEIROS; BATISTA, 2016). A escuta com receptividade possibilita a identificação dos problemas por parte do profissional, proporciona melhor adequação das intervenções e, conseqüentemente, melhor assistência ao sujeito (ORMONDE JÚNIOR; LIMA, 2014; ARAÚJO; SILVA, 2012).

A análise da literatura científica no campo da saúde aponta uma produção ainda incipiente sobre a comunicação nos CAPSI, sendo que os estudos sobre comunicação encontrados se direcionam, de maneira limitada, para a percepção de usuários do sistema de saúde, especialmente daqueles que utilizam os CAPSI (CARVALHO et al., 2014).

Na esfera relacionada à saúde mental, especialmente aos CAPSI, foram encontrados estudos relacionados ao trabalho e estrutura nos serviços de saúde mental (ANJOS FILHO; SOUZA, 2017; BARBATO; CIVENTI; D'AVANZO, 2017; KANTORSKI; JARDIM; QUEVEDO, 2013; OLIVEIRA, 2013), limites e alcances de um CAPSI (FERNANDES; MATSUKURA, 2016), a visão dos atendimentos na percepção de familiares de usuários de um CAPSI (TÁVORA et al., 2010), o cuidado prestado em CAPSI (TAÑO, 2014; QUEIROZ; FERREIRA; SILVA, 2013), a busca familiar pelo tratamento de seus filhos em um CAPSI (MONTEIRO et al., 2012; TAVARES, 2012), entre outros.

Observou-se que são mais comumente encontradas pesquisas relacionadas à comunicação nas situações de doenças oncológicas (RENNÓ; CAMPOS, 2014), relacionadas à morte e ao morrer (ARAÚJO; SILVA, 2012), a situações de hospitalização (REIS; GABARRA; MORÉ, 2016; MONTENEGRO, 2014) e focadas na relação estabelecida entre paciente e o profissional de enfermagem (HADDAD et al., 2011; ORMONDE JÚNIOR; LIMA, 2014; LIMA et al., 2012; BRAGA; SILVA, 2010).

Sob a percepção da saúde pública, algumas importantes ações podem contribuir para a minimização da carga de transtornos mentais, como a garantia de acesso aos serviços apropriados, acompanhamento da saúde mental de populações vulneráveis, como de crianças e adolescentes, desenvolvimento de tratamentos eficazes, monitoramento e avaliação dos sistemas de saúde mental. A comunicação, intrinsecamente relacionada ao processo do cuidado e ao tratamento eficaz, caracteriza-se como parte importante dos serviços de saúde, bem como é integrante das relações interpessoais neles existentes, influenciando as formas e a qualidade do cuidado prestado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Além da relevância da pesquisa no que diz respeito à redução da carga de transtornos mentais, verificam-se, na ciência, limitações na atenção à saúde mental infantojuvenil, não só em países em desenvolvimento, mas também em países desenvolvidos (THIENGO; CAVALCANTE; LOVISI, 2014). Torna-se um desafio para

a saúde mental, nos dias atuais, a construção de uma política voltada para crianças e adolescentes que considere suas peculiaridades e necessidades e que siga os princípios estabelecidos pelo SUS e pelo ECA (BRASIL, 1990a; BRASIL, 2005).

A literatura aponta a família como a primeira fonte de apoio para as crianças, sendo também responsável pelos cuidados e estímulos necessários ao crescimento e desenvolvimento infantojuvenil. A relação estabelecida com os pais contribui para o desenvolvimento de capacidades, habilidades e formas de interação dos filhos, o que possibilita que eles construam relações competentes com os outros. A família executa o papel de mediadora entre a criança e a sociedade, o que contribui para a sua socialização, elemento essencial para o desenvolvimento cognitivo infantil. Além disso, serve como um modelo para aprendizado de padrões comportamentais e sociais de crianças e adolescentes (CARVALHO et al., 2014).

Dada a importância da família para os planos de cuidados no âmbito da saúde mental, cada vez mais formas de atuação conjunta e voltadas aos familiares são discutidas. Após a Reforma Psiquiátrica, o cuidado próximo ao âmbito familiar é valorizado por ter um impacto positivo na reabilitação psicossocial. Além disso, o sofrimento psíquico refere-se não somente à criança ou adolescente que se desequilibra, mas a todos que se relacionam com este sujeito (COVELO; BADARÓ-MOREIRA, 2015).

O incentivo ao empoderamento de familiares e sujeitos doentes mentais é relevante para a construção de avanços na desinstitucionalização em saúde mental necessitando, para isso, que eles aprendam a lidar com suas dificuldades cotidianas (DIMENSTEIN et al., 2010). Os familiares não estão habituados a falar sobre a dimensão subjetiva, relacionada a sentimentos, preocupações e percepção da experiência de conviver com o sofrimento psíquico, contudo, nos dias de hoje, faz-se necessária a participação deles no cuidado (SANTIN; KLAFKE, 2011; CARDOSO; GALERA; VIEIRA, 2012).

A família é um sistema importante e de grande influência para a criança e o adolescente com transtornos mentais. Ela é o foco central da construção, da transformação e do dinamismo, constituindo uma importante instituição formadora e capacitadora desses sujeitos. O contexto no qual essa família se insere influencia nas relações, nas mudanças no seu ciclo de vida, sendo importante considerar o impacto provocado por condições socioeconômicas e culturais (MONTEIRO et al., 2012).

A criança, por estar no processo de construção de subjetividades, necessita de apoio emocional, social e psicológico, sendo a família a responsável direta por esse suporte. Já o adolescente, por estar em uma fase de transição entre a vida infantil e a vida adulta, encontra-se em um momento em que muitas escolhas serão feitas, gerando variadas transformações, inclusive de humor e de vinculação a determinados grupos sociais.

No que se refere ao sofrimento psíquico em crianças e adolescentes, a família deve ser o principal foco dessa procura por acontecimentos, sentimentos e melhorias, pois essa condição de adoecimento mental está interligada intimamente com o contexto familiar em que eles estão inseridos. O adoecimento psíquico do membro mais jovem da família interfere na dinâmica familiar, fazendo com que todas as pessoas se adaptem ou modifiquem seus comportamentos e hábitos, dificultando a relação e intensificando, a todos, uma carga emocional (MONTEIRO et al., 2012).

A família não é concebida nem preparada para cuidar de um sujeito com transtornos mentais, levando-a, conseqüentemente, a buscar ajuda em serviços de saúde, especialmente nos CAPSI. Diante disso, é fundamental o debate sobre a qualidade da assistência prestada, sobretudo em relação ao emprego de tecnologias, saberes e recursos que podem ser disponibilizados, num contexto singular de cuidado (AYRES, 2004).

Diante das diferentes percepções dos problemas e dos cuidados de saúde por parte dos profissionais de saúde e das pessoas-alvo do cuidado (HELMAN, 2003) e corroborando o fato de que os sujeitos não têm condições de avaliar o conhecimento teórico e técnico dos profissionais, contudo são capazes de avaliar as características que influenciam no seu processo comunicativo (BALINT, 2007), defende-se a ideia de que o processo de comunicação entre profissionais de saúde e familiares/cuidadores possui impacto relevante na vida dos sujeitos.

Frente à importância e à complexidade do processo comunicativo no cuidado em saúde mental, tem-se por finalidade estimular a reflexão crítica sobre a comunicação entre os profissionais de saúde e os familiares/cuidadores, na perspectiva dos responsáveis pelos usuários atendidos em um CAPSI, podendo este estudo contribuir para a formação de um novo olhar para o sujeito/família que recebe o cuidado e, conseqüentemente, melhorar essa importante dimensão do cuidado em saúde.

3 UMA APROXIMAÇÃO COM O REFERENCIAL TEÓRICO DE COMUNICAÇÃO

Como referencial teórico para esta tese, foram utilizados conceitos de comunicação na perspectiva de Silva (2015). Entende-se que esta autora traz uma abordagem mais aprofundada e detalhada que a utilizada neste estudo. Entretanto, empregaram-se elementos fundamentais para subsidiar e analisar os resultados referentes à comunicação entre os profissionais de saúde e os familiares/cuidadores de usuários do CAPSI.

A comunicação é importante para o crescimento humano, é parte integrante de experiências anteriores e também daquelas adquiridas no cotidiano. Melhores entendimentos sobre conceitos, habilidades e princípios a serem aprimorados no processo comunicativo são oportunizados por uma visão, primária e inicial, de que homens, mulheres e jovens são seres relacionais e inscritos em variados contextos (BRAGA; SILVA, 2007). O ser humano utiliza-se da comunicação para fornecer informações, para persuadir, de forma a gerar transformação de comportamento, dentro de uma troca de experiências, para ensinar e discutir os mais variados assuntos (MOURÃO et al., 2009).

Nos processos comunicativos, torna-se necessário o conhecimento do contexto histórico-social e cultural dos sujeitos envolvidos, cujo uso adequado da linguagem por parte do profissional possibilita a compreensão das dificuldades que poderão emergir (DIAS; VIEIRA, 2008). Uma das exigências para uma assistência de qualidade e segura é que o sistema possua um canal de comunicação eficaz, permitindo às equipes transmitir e receber informações de forma clara e correta (SILVA et al., 2007).

Pode-se afirmar que o sujeito participa simultaneamente de duas dimensões existenciais decorrentes de dois modos de se relacionar com o mundo, uma verbal, que lhe confere um repertório psicolinguístico, proporcionando uma exteriorização do ser social e outra não verbal que lhe confirma um estatuto psicobiológico, proporcionando uma exteriorização do ser psicológico (SILVA, 2015).

A comunicação verbal é realizada por meio de palavras expressas tanto na linguagem escrita como na falada, devendo ser clara, a fim de que o outro compreenda a mensagem transmitida. Para que esta clareza seja atingida, o emissor deve utilizar técnicas de comunicação, como: verbalizar interesse ao que está sendo proferido pelo sujeito, permanecer em silêncio quando ele se expressa,

não interromper os enunciados produzidos pela pessoa, ouvir reflexivamente, bem como clarificar e validar as mensagens que recebe (SILVA, 2015).

As três técnicas para tornar a comunicação mais eficaz são a expressão, a clarificação e a validação. A primeira refere-se à transmissão específica da informação, como permanecer em silêncio e procurar ouvir o que o outro tem a dizer; verbalizar aceitação, demonstrando que está prestando atenção ao que o outro diz; repetir as últimas palavras ditas pela pessoa; ouvir reflexivamente, incentivando o outro a continuar falando; verbalizar interesse por meio da utilização de expressões que estimulem a pessoa a falar (SILVA, 2015; HADDAD et al., 2011).

A clarificação diz respeito a elucidar ideias, compreender o que está acontecendo naquele momento, ou seja, entender uma ideia, gesto ou comportamento. É possível utilizar esta estratégia estimulando comparações, devolvendo perguntas feitas e questionando o significado de expressões incomuns (SILVA, 2015; STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

A validação reafirma a mensagem que o outro desejou transmitir, ou seja, certifica-se de que a compreensão está fidedigna à desejada. A validação pode ser feita por meio da repetição do que foi dito, da sumarização do conteúdo da mensagem e da solicitação ao receptor do conteúdo discutido (SILVA, 2015; STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

As técnicas de comunicação verbal representam um recurso para a interação face a face e permitem criar uma rede de conexão que torna a comunicação efetiva, possibilitando a compreensão entre as pessoas. É consenso que a comunicação é um importante instrumento de intervenção na área da saúde (BRAGA; SILVA, 2007).

A comunicação não verbal ocorre quando há interação com outro sem a utilização de palavras, possuindo significados para o emissor e para o receptor. É realizada por meio de expressões faciais, de gestos, da disposição dos objetos em um ambiente e das posturas corporais. A comunicação não verbal tem por finalidades básicas complementar a comunicação verbal, substituí-la, contradizê-la ou demonstrar sentimentos (SILVA, 2015).

Os sinais não verbais são caracterizados pela paralinguagem, cinésica, proxêmica, tacêsica, ou seja, são elementos relacionados à expressão de sons, movimentos corporais, distância mantida entre os sujeitos e a expressão tátil, respectivamente (SILVA, 2015; PUGGINA et al., 2015).

A paralinguagem consiste em qualquer som produzido pelo aparelho fonador que não esteja relacionado ao sistema sonoro da língua usada. É representada pelo timbre de voz, intensidade, entonação, grunhidos, ruídos vocais de hesitação, tosses provocadas por tensão, suspiro, dentre outros (SILVA, 2015).

A cinésica engloba os movimentos corporais, desde os gestos manuais, movimento dos membros, meneios de cabeça, até as expressões mais sutis, como as faciais. Os arranjos faciais demonstram estados afetivos, como alegria, raiva, nojo, surpresa e interesse. A movimentação das pálpebras, a abertura ou fechamento da boca, o sorriso, o “olhar brilhante”, a testa enrugada por meio da junção das sobrancelhas, a mandíbula cerrada, a dilatação ou contração da pupila são exemplos de sinais faciais (SILVA, 2015).

A postura do corpo pode indicar acolhida e aproximação ou desafio e rejeição. A acolhida e a aproximação se manifestam quando se direciona o corpo a alguém, com os ombros, os membros superiores e inferiores descruzados, ou seja, o corpo está pronto à comunicação com o outro. Isso pode se dar em diferentes níveis. Desafio e rejeição são expressos pela postura antagônica à de acolhimento (HADDAD et al., 2011).

A proxêmica é o uso que o sujeito faz do espaço, como a distância mantida entre os participantes de uma interação. A utilização do espaço é determinada culturalmente, e a percepção da distância e da proximidade é resultado dos sistemas sensoriais, isto é, visual, auditivo, olfativo e tato. A proxêmica estuda o espaço, por meio de características fixas, como paredes; características semifixas, como a disposição dos mobiliários e obstáculos; e o espaço informal caracterizado como o território pessoal, ao redor do corpo do sujeito (PROCHET; SILVA, 2008).

Cabe salientar a distinção entre espaço pessoal e territorialidade. O primeiro refere-se a uma espécie de redoma invisível, onde a proximidade pode ou não ser tolerada e que se adapta de acordo com o tipo de relação pessoal que se estabelece; territorialidade é a área variável que o sujeito reivindica como sua e que lhe fornece sensação de segurança, privacidade e mantém sua identidade pessoal (SCHIMIDT; SILVA, 2012).

A tacêsica está relacionada à comunicação tátil e refere-se à pressão exercida, local onde se toca, duração do contato, velocidade de aproximação, intensidade e frequência do toque, sensação provocada, idade e sexo dos comunicadores (PUGGINA et al., 2015).

Na área da saúde, o toque pode ser instrumental, expressivo e terapêutico (SCHIMIDTI; SILVA, 2013). O toque instrumental constitui o contato físico necessário para o desempenho de uma tarefa específica, como mensurar a glicemia. O toque expressivo ou afetivo é o contato espontâneo com a finalidade de demonstrar empatia e proximidade em relação ao sujeito. O toque terapêutico designa o uso das mãos como técnica terapêutica, como em uma cirurgia (SILVA, 2015; HADDAD et al., 2011).

Na saúde mental, o campo para as atuações de ordem técnica ou mecânica é módicó, o que qualifica o processo de relação intersubjetiva e, conseqüentemente, o processo de comunicação como uma ferramenta de intervenção por excelência. Assim, toda a tecnologia nesta área é construída a partir do processo de interação. Na área da saúde mental, evidencia-se que todos os pontos do esquema ilustrativo dos elementos da comunicação são vulneráveis, conforme figura 2 (SILVA et al., 2000).

Figura 2 - Elementos da comunicação



Fonte: Silva et al. (2000).

Sabe-se que, tratando-se da esfera psíquica, o conteúdo a ser transmitido é denso e de origem subjetiva, o que torna a representação dos códigos discrepante e diversa, especialmente na vigência de uma crise. Observa-se, aqui, a relevância do entendimento do processo de comunicação para a determinação de um corpo de conhecimentos e ações, uma vez que priorizado o código do profissional como típico, todo o conteúdo subjetivo apresentado pelo sujeito será atípico (SILVA et al., 2000).

Para alcançar uma comunicação efetiva, os profissionais de saúde precisam melhor compreender os fatores de interferência na percepção dos sinais verbais e não verbais, como a motivação que impulsiona o querer se comunicar; as emoções e sentimentos que se vivencia no momento e no contexto; o conhecimento dos sinais da comunicação; o grau de intimidade e de aproximação do emissor; o tempo de estímulo apresentado, bem como as limitações físicas, emocionais e psicológicas presentes. Cabe, então, ao profissional, ficar atento para esses aspectos e propor o estabelecimento de uma comunicação terapêutica adequada ao sujeito que se encontra sob sua responsabilidade (PROCHET; SILVA, 2008).

4 JUSTIFICATIVA

É imperioso que a comunicação, na perspectiva da relação de cuidado na saúde mental, seja tratada de forma criteriosa, uma vez que sujeitos necessitados de ajuda devido a transtornos mentais graves possuem, em grande parte das vezes, comprometimentos relacionados à clareza das informações, à coerência com a realidade, a pensamentos rígidos e desorganizados, à confusão mental, e a alterações da percepção, do comportamento, do humor e dos sentimentos. Além destes aspectos, limitações sociais e dinâmicas familiares diversas podem contribuir para o agravamento e comprometimento de todo o núcleo familiar.

Na esfera infantojuvenil, a comunicação torna-se ainda mais delicada, uma vez que crianças e adolescentes possuem funcionamentos cerebral e comportamental diferentes dos adultos e que, devido a condições de doenças, tornam-se ainda mais incertos e instáveis. Na família, principal fonte de aprendizado e relacionamento interpessoal, a comunicação é mais intensamente direcionada àqueles que proveem o cuidado à criança/adolescente – seus responsáveis.

Nesse contexto, esta pesquisa destaca a necessidade de compreensão do processo de comunicação existente entre profissionais de saúde e familiares de usuários que são atendidos em um CAPSI. Além da conseqüente influência da comunicação no processo de compreensão, adesão ao tratamento e cuidado absorvido pelos familiares/cuidadores, infere-se que as pessoas possam se comunicar melhor em outros cenários, difundindo estes aspectos inclusive na condução de suas vidas cotidianas e rotina familiar.

Perceber a comunicação existente entre profissionais e familiares/cuidadores também possibilita tornar consciente o processo de cuidado e proporcionar transformações nas relações que são estabelecidas, de modo que os usuários e seus familiares, que também são utentes, façam uso mais efetivo e qualitativo dos serviços de saúde pública, ou seja, que os sujeitos que utilizam os serviços possam também ser protagonistas de mudanças positivas e possam exercer aspectos previstos no SUS, como o controle social.

Além desses aspectos evidenciados, são identificadas limitações no que se refere à produção científica direcionada à temática. Embora a produção a respeito de comunicação tenha destaque na área de enfermagem, os estudos são realizados, com maior notoriedade, em ambientes intra-hospitalares, condições

oncológicas, no processo de morte e morrer, além de serem direcionados, mais comumente, à relação paciente-profissional.

Outro importante elemento a ser acrescentado é a limitação de estudos referentes à comunicação entre profissionais, sejam eles de saúde ou não, com os familiares/cuidadores de sujeitos adoecidos ou em processo de sofrimento psíquico, sendo mais frequentes estudos ligados à satisfação do familiar com o serviço de saúde mental, assim como a coerência dos serviços prestados pelos CAPS e centros de convivência com regulamentações previstas nas políticas públicas vigentes. Pesquisas que direcionam suas investigações para crianças e adolescentes com transtornos mentais e para seus familiares/cuidadores são ainda mais incipientes, quando comparadas àquelas feitas com adultos com transtornos mentais.

Considerando esses aspectos, o presente estudo poderá contribuir para o aprofundamento das discussões sobre comunicação entre profissionais de saúde e familiares/cuidadores de usuários de um CAPSI e para a elaboração de possíveis estratégias de transformação da comunicação por parte dos profissionais da saúde, assim como de usuários e familiares. Diante do exposto, questiona-se: como ocorre a comunicação entre os profissionais de saúde e os familiares/cuidadores dos sujeitos atendidos no CAPSI?

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as percepções dos familiares/cuidadores de usuários de um CAPSI, em relação à comunicação com os profissionais de saúde.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Investigar o significado de comunicação para os familiares/cuidadores de usuários atendidos em um CAPSI;
- b) Identificar as características presentes na comunicação profissional de saúde-familiar/cuidador, na visão dos familiares/cuidadores de usuários atendidos em um CAPSI;
- c) Investigar os fatores que facilitam e dificultam o processo de comunicação profissional de saúde-familiar/cuidador;
- d) Descrever as estratégias de comunicação utilizadas por familiares/cuidadores no relacionamento com o profissional de saúde; assim como as estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde que são percebidas pelos familiares/cuidadores.

6 PERCURSO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo caracteriza-se por ser uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória se refere à investigação de questões específicas para as quais não foram desenvolvidas teorias ou que ainda necessitam ser estudadas devido à restrita compreensão acerca das questões (MINAYO; GOMES, 2016). Nesse sentido, a abordagem qualitativa deve ser utilizada quando o tema do estudo envolve o universo da produção dos sujeitos, os significados das relações humanas a partir de diferentes pontos de vistas e suas representações (STAKE, 2011).

Em conformidade com o objetivo deste estudo, Barbour (2009) refere que a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, dos valores, das aspirações, das crenças e das atitudes. Esse conjunto de aspectos é entendido como constituinte da realidade social, pois o ser humano se diferencia não só pelo agir, mas por refletir sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

Este estudo caracteriza-se, também, como uma pesquisa de campo, que na pesquisa qualitativa, se refere à magnitude, em termos empíricos, do recorte teórico relacionado ao objeto da investigação (STAKE, 2011).

6.2 LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo foi realizado em um CAPSI localizado em uma cidade do interior de Minas Gerais. O Estado de Minas Gerais possui aproximadamente 21.119.536 habitantes, residentes em 853 municípios (BRASIL, 2017). Segundo o Ministério da Saúde, o número de CAPSI tem se expandido nacionalmente, já que, em 2006, contava com 75, e, em 2014, o número passou para 201 (BRASIL, 2015).

Atualmente, em Minas Gerais, existem 248 CAPS, sendo 19 CAPSI, localizados nos municípios de Viçosa, Uberlândia, Uberaba, Sete Lagoas, São Vicente de Minas Gerais, Santo Antônio do Monte, Santo Antônio do Amparo, Santa Margarida, Salinas, Ribeirão das Neves, Mutum, Monte Carmelo, Manhumirim, Lagoa Santa, Lagoa da Prata, João Pinheiro, Jequitinhonha, Itaobim, Itabirito,

Inhapim, Ibitaré, Grão Mogol, Extrema, Contagem, Cássia, Carangola, Betim, Arcos e Almenara (BRASIL, 2015).

O município onde se localiza este CAPSI situa-se na microrregião do Triângulo Mineiro, no Estado de Minas Gerais, equidistante, num raio de 500 Km dos principais centros consumidores do Brasil, sendo Belo Horizonte, São Paulo, Goiânia e Brasília. Ocupa uma área física total de 4.529 Km², sendo que 256 Km² são ocupados pelo perímetro urbano e possui aproximadamente 300.000 habitantes (BRASIL, 2016).

A rede de saúde do município, acima referido, é dividida em três distritos sanitários (I, II, III), cada qual responsável por microrregiões de abrangência. O CAPSI, enfoque deste estudo, localiza-se no distrito sanitário II. A rede de saúde mental do município conta, na Atenção Primária à Saúde (APS), com atendimentos psicológicos prestados por profissionais nas UBS.

Na atenção secundária, existem dois ambulatórios com médicos psiquiatras, um psicólogo em uma unidade regional de saúde, dois CAPS II, sendo um municipal e outro filantrópico, um CAPS álcool e outras drogas (CAPS-AD) III e um CAPSI.

A atenção terciária conta com leitos hospitalares reservados para pessoas com transtornos mentais e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, em dois hospitais do município, além de um hospital psiquiátrico. Importante salientar que não existem, legalmente, leitos hospitalares reservados e discriminados para crianças e adolescentes. Compõem ainda a rede de saúde mental do município três serviços residenciais terapêuticos municipais e dois filantrópicos.

6.3 CENÁRIO DE INVESTIGAÇÃO

Considerando esse cenário municipal, a presente pesquisa foi realizada no único CAPSI presente no município acima descrito. Este CAPSI, de acordo com os dados fornecidos pela instituição, atende crianças e adolescentes de três a 18 anos com diagnósticos de transtornos mentais severos e persistentes. A instituição, no período da coleta de dados, era composta por 13 profissionais de nível superior: dois médicos psiquiatras, um enfermeiro, duas terapeutas ocupacionais, quatro psicólogos, um farmacêutico, um fonoaudiólogo, um fisioterapeuta e um assistente

social; além de cinco profissionais de nível médio: um técnico de enfermagem, um técnico de farmácia e três assistentes administrativos.

As crianças e os adolescentes, para serem inseridos no serviço, poderiam ser encaminhados de outra instituição/serviço ou por demanda espontânea. Eram necessários procedimentos como triagem inicial, construção do plano terapêutico singular, participação familiar nos atendimentos multiprofissionais, além de frequência mínima de uma vez na semana ao tratamento. O serviço atendia, aproximadamente, 200 crianças e adolescentes ao mês.

6.4. PARTICIPANTES DO ESTUDO

Nesta pesquisa, foram nomeadas familiares/cuidadores aquelas pessoas que eram, à época da coleta de dados, as responsáveis pelo tratamento e acompanhamento das crianças e adolescentes no CAPSI. Assim, participaram do estudo os familiares/cuidadores dos usuários do CAPSI que estavam inseridos nesta instituição.

A fim de assegurar a confidencialidade e o anonimato dos sujeitos da pesquisa, foi atribuído um pseudônimo a cada participante, escolhido pelos próprios familiares/cuidadores anteriormente aos grupos focais.

6.4.1 Critérios de inclusão

- a) Estar devidamente registrado, nos documentos oficiais da instituição (prontuários), como um familiar responsável por um usuário do serviço;
- b) A criança ou o adolescente, sob sua responsabilidade, estar em tratamento no serviço, há, no mínimo, um ano, com frequência regular;
- c) Ser atendido por, pelo menos, duas categorias profissionais.

6.4.2 Critérios de exclusão

- a) Familiares que, após três vezes contactados, não atenderam ao telefone ou não tiveram disponibilidade, na data e horário agendados;
- b) Familiares que, após dois agendamentos confirmados, não compareceram aos grupos.

Neste estudo foi utilizada a saturação por exaustão, ou seja, interromperam-se o recrutamento de sujeitos e a coleta de dados, após serem incluídos todos os sujeitos disponíveis no contexto da pesquisa que atenderam aos critérios de inclusão (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

6.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados, nas dependências do CAPSI, por meio de grupos focais.

De acordo com Pope e Mays (2009), a entrevista tem o objetivo de construir informações pertinentes ao objeto de pesquisa e com a investigação do entrevistador. Como fonte de dados fornece informações diretamente elaboradas no diálogo com o entrevistado e tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que ele vivencia.

As entrevistas podem ser individuais, realizadas pelo pesquisador ao entrevistado, e coletivas, realizadas pelo pesquisador na função de mediador de um grupo específico que compartilha entre si as questões norteadoras do estudo. Nesta pesquisa, foram realizadas entrevistas coletivas designadas como grupos focais (TRAD, 2009).

O grupo focal é considerado um recurso para compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos. Além disso, possibilita a compreensão dos sujeitos sobre, por exemplo, fenômenos sociais como a comunicação (BARBOUR, 2009).

A noção de grupos focais está apoiada no desenvolvimento das entrevistas grupais. A diferença entre ambas as modalidades está no papel do entrevistador e no tipo de abordagem. O entrevistador grupal exerce um papel mais condutor no grupo, já que sua relação é com cada sujeito, objetivando ouvir a opinião de cada um, isto é, seu nível de análise é individual. Por outro lado, o moderador de um grupo focal assume o papel de facilitador do processo de discussão, sendo que seu enfoque está na trama de interinfluências da formação de opiniões sobre um determinado tema, ou seja, o componente de análise do grupo focal é o próprio grupo, em sua coletividade (GONDIM; 2003; BACKES et al., 2011).

O uso dos grupos focais está relacionado com os pressupostos do pesquisador, ou seja, alguns recorrem a este método de coleta como promotores da autorreflexão e da transformação social; há aqueles que os interpretam como uma técnica para a exploração de um tema pouco conhecido; e, por fim, utilizam-no como forma de adquirir informações necessárias para a tomada de decisão; todas estas características estão presentes neste estudo. Por sua capacidade de explorar questões alusivas, grupos focais têm sido muito utilizados para investigar a “não adesão” (BARBOUR, 2009).

O planejamento da pesquisa com grupos focais pressupõe a reflexão sobre o acaso como critério na composição dos grupos, a opção por grupos de conhecidos ou desconhecidos, o nível de estruturação do grupo, o tamanho do grupo, o número total de grupos, o papel do moderador e a análise dos resultados (GONDIM, 2003).

O acaso nem sempre é um critério adequado na composição de grupos focais, sendo preciso avaliar se o participante tem algo a dizer e se sente confortável para fazê-lo no grupo. A opção é feita com base nas premissas de que eles são capazes de gerar informações em um volume expressivo em curto espaço de tempo e trazem à tona o processo de formação de opinião, que se dá na dinâmica das interinfluências (GONDIM, 2003).

A opção por grupos conhecidos é delicada, uma vez que facilmente reproduzem acordos implícitos sobre o que deve ou não deve ser dito e é preciso considerar isto na análise dos resultados. O nível de estruturação do grupo, que está relacionado com a elaboração de um roteiro a ser seguido pelo moderador é um aspecto importante. A diretividade assegura o foco no tema e a flexibilidade facilita a interação do moderador com os grupos, pois cada um deles apresenta uma dinâmica diferenciada (GONDIM, 2003).

O tamanho e o tempo despendidos para a realização de um grupo focal são também aspectos a serem destacados. Um grupo é geralmente composto de quatro a 10 pessoas que não possuem relação de parentesco umas com as outras, sendo selecionadas por apresentarem certas características em comum que estão associadas ao tema que está sendo pesquisado. Sua duração típica é de uma hora e meia, contudo, estes aspectos dependerão do nível de envolvimento com o assunto, bem como com o número de participantes de pesquisa incluídos no estudo. O número total de grupos também deve ser pensado à luz dos objetivos do estudo, mas em se tratando de abordagem qualitativa, ainda que se faça uma previsão

inicial, o indicador deve ser a saturação das alternativas de resposta (GONDIM, 2003; BACKES et al., 2011).

O papel do moderador está na direção de incluir a máxima variedade de tópicos relevantes sobre o assunto e promover uma discussão produtiva. Para isso, ele precisa limitar suas intervenções e permitir que a discussão flua, só intervindo para introduzir novas questões e para facilitar o processo em curso. É tarefa do moderador colocar alguns tópicos para debate, constitutivos de um roteiro. Um roteiro adequado é aquele que permite um aprofundamento progressivo, bem como fluidez da discussão. A explicitação das regras do grupo focal nos momentos iniciais pode auxiliar na sua autonomia para prosseguir as discussões. A análise dos resultados é o último fator a ser considerado. A análise se inicia com uma codificação dos dados, isto é, a dos conteúdos que emergem na conversação empreendida no grupo (GONDIM, 2003).

É importante justificar a opção pela realização de grupos focais, já que existiram dificuldades de se estabelecer um horário comum disponível para os familiares/cuidadores dos usuários do CAPSI. O grupo focal possibilitou aos familiares um ambiente menos formal e mais confortável, uma vez que expressaram suas percepções sem o receio de represálias, responderam de forma mais livre e, assim, minimizaram as interações “cara a cara” que poderiam ser intimidantes, se fossem realizadas de forma individual. Além disso, o grupo focal pôde encorajar a participação de indivíduos que poderiam ser resistentes a falar sobre suas opiniões, devido a fatores variados (BARBOUR, 2009).

Os grupos focais realizados neste estudo foram orientados conforme roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) construído pelos pesquisadores envolvidos no estudo. Cada grupo focal foi composto por, aproximadamente, quatro pessoas, sendo que este número sofreu variação devido à maior ou menor adesão dos participantes aos encontros. O referido roteiro foi submetido ao teste-piloto, no início de abril de 2017, com uma parcela dos familiares/cuidadores da própria instituição, a fim de verificar a coerência entre os objetivos do estudo e as questões norteadoras do instrumento.

Para o teste-piloto foram convidados 28 familiares/cuidadores dos usuários, sendo que 14 pessoas confirmaram suas participações, e estiveram presentes no primeiro dia, quatro. Os participantes do estudo-piloto se referem, nesta pesquisa, ao Grupo 1 (G1), uma vez que o instrumento para a coleta de dados sofreu

alterações apenas estruturais e não de conteúdo, o que possibilitou que os próximos grupos fossem realizados em três encontros. Os grupos focais, posteriormente, foram realizados no período de abril a julho de 2017, devido à adequação do instrumento confirmada no teste-piloto. Os dados referentes ao teste-piloto ou G1 obedeceu igualmente aos critérios preestabelecidos para inclusão dos sujeitos e, por sua pertinência, foram utilizados nesta pesquisa.

Neste estudo, os familiares foram reunidos em quatro grupos distintos, G1, Grupo 2 (G2), Grupo 3 (G3) e Grupo 4 (G4), combinados devido à semelhança de tempo em que, à época, estavam inseridos no CAPSI. Todos os encontros, com todos os grupos, foram marcados pelos telefones disponíveis nos prontuários dos usuários, sendo realizadas três tentativas em cada telefone disponibilizado na documentação do usuário.

Com relação aos G1 e G2, os encontros foram marcados e não houve nenhuma necessidade de reagendamentos. No que diz respeito ao G3, na primeira tentativa de realização do grupo, estiveram presentes apenas três familiares, sendo que um se recusou a participar do estudo, após a leitura e explanação do mesmo. Dessa forma, com dois participantes não houve a realização do grupo, uma vez que se respeitou o número mínimo de quatro integrantes no grupo (GONDIM, 2003). Na segunda e na terceira tentativa de dia e horário, a maioria dos familiares não confirmou suas presenças, sendo a realização do grupo feita em outra data.

Com relação ao G4, na primeira tentativa de realização do grupo, compareceu apenas um familiar, sendo este encontro desmarcado devido ao rigor metodológico proposto (GONDIM, 2003). Na segunda tentativa, foi realizado o grupo e nas demais não foi possível o agendamento porque os familiares/cuidadores não poderiam estar presentes no mês de julho, já que era mês de férias escolares e de trabalho. Assim, o G4, em virtude do comparecimento apenas no primeiro encontro (com três sucessivos agendamentos para o segundo encontro), foi excluído da pesquisa, respeitando os critérios de exclusão já mencionados. Dessa forma, foram realizados quatro encontros com o G1, três encontros com o G2 e três encontros com o G3, conforme a disponibilidade dos participantes e da pesquisadora. Cabe salientar que o tempo máximo decorrido entre dois encontros do mesmo grupo foi de sete dias e o tempo de realização de cada grupo focal foi de aproximadamente uma hora e meia.

Cada encontro foi direcionado por temáticas relacionadas aos objetivos da presente pesquisa: **1º encontro:** Significado e características presentes na

comunicação; **2º encontro:** Fatores facilitadores, dificultadores do processo de comunicação e estratégias de comunicação utilizadas; **3º encontro:** Representação gráfica da comunicação entre profissional de saúde e familiares do CAPSI.

Para a coleta de dados definitiva, as entrevistas foram direcionadas pela própria pesquisadora, com o papel de mediadora, e duas auxiliares de pesquisa que colaboraram com anotações em diário de campo e ações relacionadas aos registros das entrevistas por meio de dois gravadores de voz digital dispostos na sala dentro do círculo formado pelos participantes.

Importante destacar que a pesquisadora, condutora do presente estudo, era funcionária efetiva da equipe de profissionais especialistas em saúde do CAPSI, local da pesquisa. Foram adotadas medidas no intuito de assegurar o anonimato e confidencialidade dos sujeitos participantes, minimizar os vieses do estudo, assim como possíveis influências nos resultados.

Dessa forma, a coleta de dados foi realizada no período noturno, no qual inexistia funcionários da instituição trabalhando; a instituição foi aberta e fechada, pela pesquisadora, no período da pesquisa apenas para esse fim; a gerência do CAPSI autorizou e estava ciente sobre a pesquisa, orientou a equipe clínica que um estudo com os familiares/cuidadores do serviço seria realizado, mas não revelou o real objeto de pesquisa para evitar possíveis interferências nas condutas práticas dos profissionais.

Outros aspectos também chamaram atenção no sentido de minimizar vieses no estudo: a pesquisadora era servidora pública de 30 horas semanais e, portanto, não conhecia todos os familiares/cuidadores inseridos na instituição; os sujeitos participantes foram orientados no que diz respeito à total dissociação entre a pesquisa e os cuidados prestados no CAPSI aos seus filhos; as auxiliares de pesquisa registraram manifestações da pesquisadora que pudessem influenciar os familiares/cuidadores para evitar que isso se repetisse; a pesquisadora utilizou estratégias de comunicação verbal, especialmente no momento de explicar sobre o estudo, como forma de clarificar e validar as informações aos sujeitos participantes.

A coleta dos dados ocorreu em dias previamente agendados, em comum acordo entre os participantes e a pesquisadora, nas instalações do próprio CAPSI em horários não comerciais, entendidos, pelos sujeitos, como facilitadores para suas participações. Importante salientar que a escolha deste ambiente se deu devido à garantia de privacidade, conforto e acesso dos sujeitos. Diante do exposto,

percebeu-se uma importante dificuldade de comparecimento dos familiares/cuidadores ao estudo, mesmo quando os mesmos confirmavam sua presença por telefone e/ou garantiam sua participação em outro encontro.

Para iniciar a inserção no campo era apresentado, para cada participante que seria entrevistado, o crachá da pesquisadora como doutoranda do Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do estudo, com sua posterior leitura e explicações. Além disso, os participantes foram esclarecidos sobre as regras dos grupos, como: uma pessoa falar por vez; evitar discussões paralelas para que todos participassem; evitar que apenas uma pessoa dominasse a discussão; todos dizerem o que pensavam. Posteriormente às gravações, foi organizado o material e os dados foram transcritos na íntegra e analisados.

Durante a realização dos grupos focais, foi utilizado também o diário de campo. A pesquisa de campo se caracteriza por ser um caderno de notas, em que a equipe de pesquisadores, diariamente, anota suas impressões pessoais, resultados de conversas informais, manifestações dos indivíduos pesquisados, que, posteriormente, serão analisados com os demais dados encontrados (MINAYO; GOMES, 2016).

6.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Os dados das entrevistas coletivas, nos grupos focais, foram gravados em meio digital e posteriormente transcritos na íntegra. As informações colhidas por meio das técnicas descritas foram analisadas por meio da análise de conteúdo na modalidade temática (GOMES, 2008).

Bardin (2010) enfatiza que a análise de conteúdo é um agregado de técnicas de análise das mensagens, objetivando construir, por meio de processos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mesmas, questões que permitem a inferência de conhecimentos relacionados às condições de emissão-recepção (variáveis inferidas) destas comunicações.

Na perspectiva qualitativa da análise de conteúdo, ressalta-se que:

Os pesquisadores que buscam a compreensão dos significados no contexto da fala, em geral, negam e criticam a análise de frequências das falas e palavras como critérios de objetividade e cientificidade e tentam ultrapassar

o alcance meramente descritivo da mensagem, para atingir, mediante inferência, uma interpretação mais profunda (MINAYO, 2016, p. 307).

Segundo Minayo (2014), na análise temática, o conceito central é o tema. Esse comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentado por meio de uma palavra, uma frase e um resumo. O tema é um fragmento de significação que se desprende, de forma natural, de um texto analisado mediante fundamentação teórica, responsável pelo direcionamento da leitura. Trabalhar com a análise temática diz respeito à descoberta de núcleos de sentido que constituem a comunicação e cuja presença ou ausência pode ter algum sentido para o objeto em estudo (BARDIN, 2010).

A análise de conteúdo temática exige, inicialmente, uma leitura compreensiva do conjunto do material selecionado, de forma exaustiva. Por meio da leitura busque-se ter uma visão do conjunto; apreender as particularidades do conjunto do material a ser analisado; elaborar pressupostos iniciais que servirão de parâmetro para a análise e a interpretação do material; escolher formas de classificação inicial; e determinar os conceitos teóricos que orientarão a análise (MINAYO, 2014).

Na segunda etapa, realiza-se uma exploração do material, na tentativa de distribuir trechos, frases ou fragmentos de cada texto de análise pelo esquema e classificação inicial; fazer uma leitura dialogando com as partes do texto da análise, em cada classe; identificar, por meio de inferências, os núcleos de sentido apontados pelas partes dos textos em cada classe do esquema de classificação; dialogar os núcleos de sentido com os pressupostos iniciais e, se necessário, realizar outros pressupostos (MINAYO, 2014).

Posteriormente, analisam-se os diferentes núcleos de sentido presentes nas várias classes do esquema de classificação; reagrupam-se as partes do texto por temas encontrados; elabora-se uma redação por tema. Como etapa final, constrói-se uma síntese interpretativa por meio de uma redação que possa dialogar os dados encontrados na pesquisa e os objetivos do estudo com o referencial teórico encontrado na literatura (MINAYO, 2014).

A presente pesquisa realizou a análise dos dados seguindo a fundamentação descrita acima das três etapas, isto é, leitura compreensiva e flutuante, exploração do material e síntese interpretativa (MINAYO, 2014).

Neste estudo optou-se pela abordagem qualitativa, no entanto estão presentes nos instrumentos de coleta de dados variáveis relacionadas aos dados

sociodemográficos dos participantes da pesquisa que auxiliam na compreensão dos significados atribuídos por estes ao fenômeno em estudo. Assim, para estas variáveis, foi realizada análise estatística descritiva que contribui para descrição e síntese dos dados (POLIT; BECK, 2016).

6.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O trabalho foi desenvolvido de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP-UFTM) via Plataforma Brasil, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 64429317.1.0000.5154.

Inicialmente, foi enviada uma carta intitulada “declaração” para a gerente do CAPSI onde a pesquisa seria realizada, com posterior reunião para informar os objetivos e finalidades do estudo e foi solicitada autorização para a realização do mesmo (APÊNDICE B). De posse da resposta autorizando o desenvolvimento da pesquisa, o projeto foi encaminhado para o CEP-UFTM, com subsequente aprovação (ANEXO A).

Posteriormente, foi entregue uma cópia do projeto sumarizado ao setor de Educação em Saúde na Secretaria Municipal de Saúde do município onde o estudo foi realizado, obtendo-se a anuência do secretário municipal de saúde para a realização da pesquisa (APÊNDICE C).

Com os participantes da pesquisa, tanto os que compuseram o estudo-piloto, quanto os demais, foi utilizado um TCLE (APÊNDICE D) explicando individual e detalhadamente, em linguagem clara e acessível, de modo a esclarecer aos participantes os objetivos e finalidades da pesquisa.

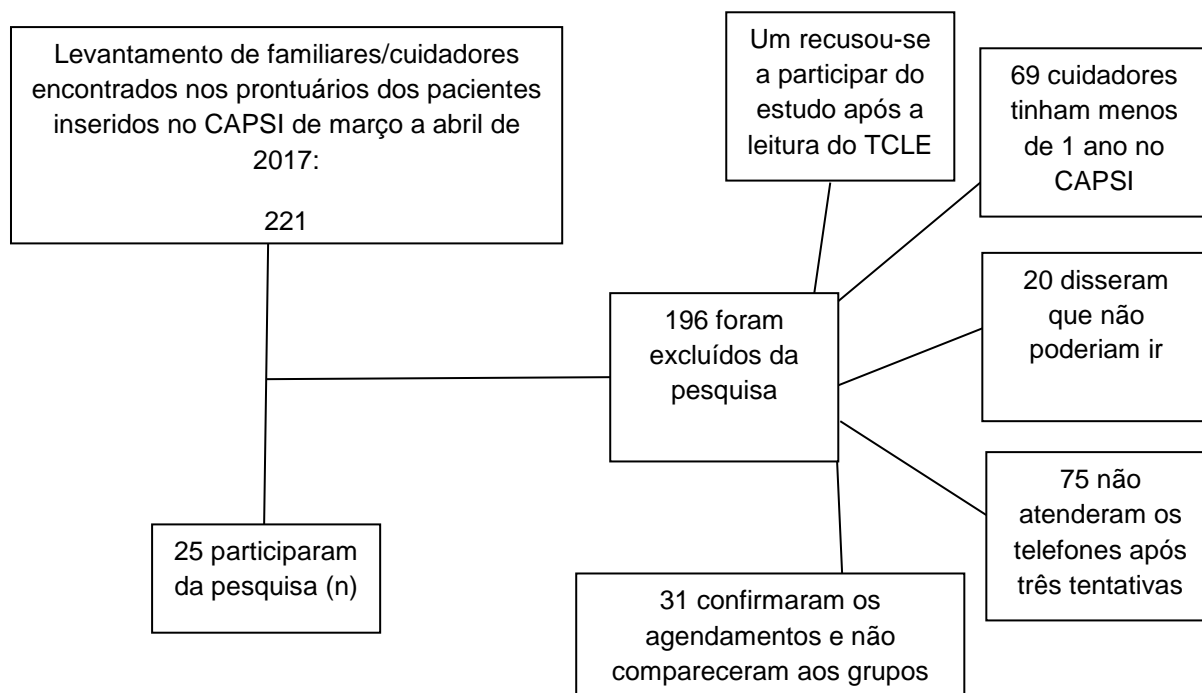
7 RESULTADOS

Inicialmente serão apresentados os resultados referentes à caracterização dos participantes do estudo e, posteriormente, serão descritas as três categorias temáticas que emergiram dos discursos: **Pressupostos da comunicação, Relação profissional-família/cuidador e Sugestões para potencializar a comunicação.**

7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Do total de 221 familiares/cuidadores identificados nos prontuários das crianças e dos adolescentes que eram atendidos na instituição, à época da coleta dos dados, houve a participação, neste estudo, de 25 responsáveis que atenderam aos critérios de inclusão, o que correspondeu a 11,3% do total. Não participaram do estudo 196 familiares/cuidadores em atendimento aos critérios de exclusão, conforme a figura 3.

Figura 3 - Fluxograma dos familiares/cuidadores participantes do estudo.



Fonte: Elaborado pela autora (2017)

A tabela 1 evidencia a caracterização dos cuidadores participantes desta pesquisa em relação à idade, ao sexo, à escolaridade e ao grau de parentesco com o paciente que, à época da coleta de dados, era atendido no CAPSI.

Tabela 1 - Caracterização dos cuidadores, responsáveis pelos pacientes, de um CAPSI, segundo idade, sexo, escolaridade e grau de parentesco com o paciente. Uberaba-MG, 2017.

VARIÁVEIS	N	%
Idade (anos)		
24 34	9	36,0
34 44	7	28,0
44 54	6	24,0
≥ 54	3	12,0
Total	25	100,0
Sexo		
Feminino	20	80,0
Masculino	5	20,0
Total		100,0
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	2	8,0
Ensino fundamental incompleto	7	28,0
Ensino médio completo	9	36,0
Ensino médio incompleto	3	12,0
Ensino superior completo	2	8,0
Não sabem	2	8,0
Total	25	100,0
Grau de parentesco com o paciente		
Mãe	16	64,0
Pai	5	20,0
Avós	3	12,0
Enfermeira institucional	1	4,0
TOTAL		100,0

Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Constatou-se o predomínio de familiares/cuidadores na faixa etária de 24 a 34 anos incompletos, a maioria do sexo feminino, totalizando 20 mulheres (80%). Nove sujeitos possuíam ensino médio completo (36%), sendo as mães as principais responsáveis pelos pacientes que estavam sendo tratados, totalizando 16 (64%).

De acordo com os dados levantados, no que se refere à frequência mensal de comunicação com algum profissional de saúde do CAPSI, nove familiares/cuidadores apontaram que se comunicam uma vez ao mês com algum profissional, oito relataram que não se comunicam nenhuma vez ao mês, três falaram que isso ocorre duas vezes mensais, dois disseram que quatro vezes mensais, dois afirmaram que se comunicam de duas a três vezes ao mês, e um cuidador afirmou que esta comunicação ocorre cinco vezes mensais com algum profissional de saúde da instituição.

Além da frequência mensal de comunicação com algum profissional de saúde, os familiares/cuidadores responderam qual profissional era, para eles, o responsável pela sua criança ou adolescente em tratamento no serviço, ou seja, qual o profissional seria a referência de seu filho(a). Dos participantes, 13 cuidadores afirmaram que desconheciam este profissional, cinco cuidadores disseram que era um profissional médico, três cuidadores falaram que era o profissional terapeuta ocupacional, dois cuidadores afirmaram ser o profissional de psicologia, um cuidador falou que eram todos os médicos da instituição e um cuidador disse ser o profissional fonoaudiólogo com o médico.

A seguir, são apresentadas as três categorias que emergiram dos grupos focais, na percepção dos familiares/cuidadores de crianças e/ou de adolescentes em acompanhamento no CAPSI, foco do presente estudo.

7.2 PRESSUPOSTOS DA COMUNICAÇÃO

A categoria **Pressupostos da comunicação** reúne os conteúdos, apresentados pelos participantes, ligados às concepções e às finalidades da comunicação, no cenário em foco. No que se refere às concepções de comunicação, os sujeitos apontaram que, algumas vezes, existem trocas de informações, mensagens, sentimentos, percepções e entendimentos que são compartilhados entre as pessoas que se comunicam, caracterizando a perspectiva dialógica, como afirma João G2:

“Diálogo... troca de ideias”.

“(...) Comunicação é para se expressar, o que você tá sentindo, sabe o que outros estão sentindo, o que a gente precisa, o que outros precisam, a vida é uma troca”. (João G2)

Sob outra perspectiva, aquela que limita o processo de comunicação, os participantes pontuaram um sentido fragmentado da comunicação, caracterizado pela comunicação unidirecional e com ausência de compreensão acerca dos pensamentos e ideias do outro:

“(...) Ela é muito boa ouvinte... ela deixa a gente falar... aqui ela conversa com você... ela te escuta... Ela é muito boa ouvinte, acho que deveria é... não sei que profissão que é ouvinte, né.. é psicóloga, né (...)”. (Roberta G1)

A concepção de comunicação também esteve relacionada à presença da manifestação verbal e não verbal. Com relação à comunicação verbal, os familiares relataram que as informações trocadas por telefone, pessoalmente e por meio de relatórios são as formas mais utilizadas, como Amanda G3:

“(...) O telefone que é o meu meio de comunicação (...)”.

“(...) É, porque, às vezes, a gente escreve, a gente é muito objetivo quando escreve, a gente não passa emoção, assim, às vezes, a gente até passa, mas não é igual a gente estar conversando aqui, entendeu, porque quando a gente está conversando, é igual você ir a um consultório de psicologia entendeu, você escreve lá o que você está sentindo, mais na hora que você vai falar é diferente entendeu, o entendimento é diferente (...)”. (Patrícia G2)

“(...) Às vezes quando eu preciso falar eu vou, eu preciso falar com a psicóloga... eu deixo um bilhete com a secretária, falando para ela que no próximo atendimento ele não vem, eu venho no lugar dele, pra mim poder falar o que eu quero... que eu preciso conversar com ela que um negócio aconteceu e eu não tô sabendo o que fazer(...)”. (Elizabeth G1)

No que se refere à comunicação não verbal, ficou evidente que os participantes identificam, com maior facilidade, esta modalidade de comunicação em suas relações com seus filhos, como Fernando G3:

“(...) o meu come unha, rói as unhas tudo dos pés, da mão e fica agitado... rói as unhas do pé tudo...”;

E, Aline G3:

“(...) o meu come unha e grita”.

Os familiares não apontaram, em nenhum momento, sinais ou símbolos de comunicação não verbal durante suas interações com os profissionais de saúde do serviço. As falas abaixo exemplificam:

“(...) Ouvir as pessoas e outras coisas a mais né, assim, som, sei lá, eu acho, eu costumo ter muito uma comunicação audiovisual com meu filho, porque eu tô lá fazendo alguma coisa, tô ouvindo, se eu ouvi ele ali, algum barulho diferente eu sei, ou tá calado demais (...).” (João G2)

“(...) Ah, o meu filho ele muda rapidamente o comportamento, qualquer coisa que tiver errada no colégio, na escola ele começa a fazer xixi na cama e aí vai, não para e vou especulando... é muito difícil, mas eu vou especulando, busco tudo que tem que buscar até descobrir o que que está acontecendo com ele (...).” (Amanda G3)

Os familiares/cuidadores participantes do estudo apontaram que a necessidade de expressarem pensamentos e dúvidas, resolverem problemas e interagirem melhor com outras pessoas são os fatores que os motivam a se comunicarem com os profissionais de saúde do serviço, como afirma Aline G3:

“Pra nos ajudar... a gente passa pra eles o que tá acontecendo com os nossos filhos.”

E, Patrícia G2:

“Acho que pra viver melhor... fazer amizades, pra gente estar melhor junto com as pessoas, ter uma convivência melhor junto com as pessoas...”

“O que nos motiva que somos pais é, primeiro, se a gente tem um problema, né e que muitas das vezes a gente não sabe como lidar com ele [...] se o profissional está acompanhando o seu filho, é claro que a gente quer depositar uma credibilidade nele... que ele compartilhe o conhecimento dele conosco!... Que somos leigos, então no ponto de vista dele, ele tem que ter uma visão profissional, mas ele tem que passar isso pra gente (...).” (Maria G1)

Observou-se que os pressupostos da comunicação, para os participantes da pesquisa, estiveram direcionados à perspectiva dialógica, caracterizada pelo

intercâmbio de informações, sentimentos e ideias, e, por vezes, a uma perspectiva limitante que favorece apenas um dos sujeitos participantes do processo de comunicação. Ficou evidente que a comunicação verbal é identificada com mais facilidade, e que os aspectos que caracterizam a comunicação não verbal não foram, em momento algum, discriminados como constituintes das interações estabelecidas entre profissionais e familiares/cuidadores. As principais finalidades expostas pelos sujeitos para que a comunicação aconteça estiveram relacionadas à expressão de questionamentos, resoluções de problemas e necessidade de melhor convivência.

7.3 RELAÇÃO PROFISSIONAL-FAMÍLIA/CUIDADOR

A categoria **Relação profissional-família/cuidador** aborda questões referentes aos aspectos que possibilitam e que fragilizam a comunicação. No que diz respeito às questões que possibilitam a comunicação, os familiares/cuidadores trouxeram ações positivas dos profissionais e atitudes pró-ativas das famílias.

As ações positivas dos profissionais estão relacionadas às suas atitudes pró-ativas, à atuação humana e técnica do profissional, às orientações oferecidas aos familiares/cuidadores e pacientes que auxiliam na interação, bem como no estabelecimento da comunicação.

Maria G1 fala sobre a iniciativa dos profissionais:

“(...) a profissional X fazia essa abordagem nos pais, ela se apresentava...”.

Outra ação positiva muito apontada foi a atuação humana e técnica do profissional, caracterizada pelos participantes como ações de acolhimento, escuta ativa, maneiras de resolver os problemas das famílias, como exemplifica Aline G3:

“(...) elas têm a paciência e carisma... eles estão aqui eles abraçam não só nossos filhos mas abraçam a gente também...”.

“(...) É uma convivência boa, sadia, feliz. Por isso o solzinho feliz, eu pus bem pertinho, pus a setinha, que é como se fosse uma extensão, então eu pego o telefone, eu ligo pra profissional, eu falo com a Dra., eu falo com as meninas, então

pra mim... eu vejo o serviço hoje dessa forma, entendeu, como se fosse uma segunda família mesmo (...).” (Shirley G3)

“(...) Tão sempre muito alegre, disposto para atender a gente e tudo, satisfeito, é porque todo mundo que a gente conversa, pergunta um ou outro né, tão sempre dispostos né, sempre prontos pra ajuda.” (Helena G2)

“(...) O meu neto teve problemas...eu tive problemas com o pai que é meu filho. Tipo, vocês ajudaram muito quando houve um lance de uma arma dentro da minha casa... e droga. Que o meu neto viu.... Só que ele chegou aqui, vocês conversando, ele falou. E vocês falaram pra ele o que que era aquilo, o que era certo, o que era errado... Vocês explicaram pra ele o que eu tentei explicar e eu não consegui porque eu ia tá falando mal do meu filho. E eu me lembro muito bem do que vocês falaram pra ele, e ele chegou em casa, ele falou. “Vó, não fica assim não. Não fica assim” E começou a falar o que vocês falaram. Isso é interessante (...).” (Isadora G1)

Outras importantes ações positivas dos profissionais que auxiliam na relação profissional-família/cuidador são as orientações aos familiares/cuidadores referentes às maneiras de lidar com as crianças/adolescentes, assim como os benefícios de reuniões com os responsáveis:

“(...) No finalzinho eles, assim, orientar a gente, entendeu? Passar algumas orientações pra gente, como a gente vai agir, que que a gente pode tá fazendo em casa pra tá ajudando... Como ela falou, essas orientações nos ajudam a ajudar os nossos filhos e às vezes a gente tem algumas situações que a gente fica sem saber como agir, entendeu?” (Flávia G1)

“(...) Cheguei até a bater nele, várias vezes, botar de castigo, mandar pro quarto... Depois de duas conversas que foi um mês, depois no outro mês, mudou muita coisa, porque eu entendi muita coisa depois dessa conversa. Era bom demais.” (Isadora G1)

“(...) Então assim eu conversei com a profissional Y porque... chegou uma mulher de vestido longo com um menino e passou na nossa frente... “então você vem 30 minutos depois que eu marquei”... eu achei bom, porque ele entendeu que é um horário marcado, que se alguém chegar de longo ou minissaia (risos) e passar na minha frente, é porque ela tava marcada na frente, não é a roupa dela (...).” (Elizabeth G1)

Atitudes pró-ativas das famílias também foram apontadas como facilitadoras da interação e comunicação entre profissionais e familiares/cuidadores, como afirma Poliana G1 sobre as famílias:

“O profissional está passando pela gente, e a gente fala assim, “você tem um tempinho para mim? Eu precisava conversar com você”.

“(...) Se você chega aqui e procura e sabe alguma coisa, eles vão te informar bem, agora, pelo menos na nossa parte, nós que estamos mais afastados por conta do cotidiano, serviço. Mas não, se for procurar ajuda do CAPSI, você vai ter né, porque eles tão sempre prontos. Eu não vi o pessoal aqui lavando a mão ainda igual na escola.” (João G2)

“(...) Como que eu sei? Porque eu procuro, eu vou atrás, eu pergunto, eu tô ali, passou alguém diferente “quem que é, o que que faz, pra que que serve?”, entendeu? Eu tô aqui e eu vou atrás, eu me mexo.” (Maria G1)

No que se refere aos aspectos que fragilizam a comunicação entre familiares/cuidadores e profissionais, os participantes apontaram ações negativas dos profissionais, como atuação profissional não técnica e, por vezes, reducionista; a limitada disponibilidade de horários; o restrito interesse dos mesmos; a escassez de orientações aos familiares e os atendimentos realizados de forma fragmentada. Além de ações negativas dos profissionais, os participantes afirmaram que o limitado interesse das famílias e a anuência familiar com a assistência oferecida também fragilizam e comprometem a comunicação.

De maneira geral, os familiares relataram comportamentos de frieza, indiferença, falta de tolerância e interesse, além de ações não éticas dos profissionais, conforme apontou Maria G1:

“O trabalho aqui é frio... eu sinto frio e indiferente ... não tem calor humano, não tem preocupação...”

E, Roberta G1:

“(...) Decadente de atenção com a gente, decadência de paciência, sabe... dos profissionais de dedicação, você tá

entendendo... decadência de tudo, na minha opinião!” (Roberta G1)

“(....) Chegou uma mãe querendo conversar com o profissional tal, aí a profissional chegou na porta e falou assim “daqui a pouco eu te atendo”, voltou para dentro, foi fazer outra coisa, voltou e perguntou assim “não tem como você vir outro dia? Porque hoje já está acabando meu horário(....).” (Paula G2)

“(....) Ou ouviu ela falar, por fim não deu resposta nenhuma e fingiu que não ouviu. Pode acontecer isso também... A pessoa não faz conta do que nós ‘falou’ (...) entende, mas ignora o que a gente falou.” (Gisele G1)

Outra ação negativa dos profissionais que fragiliza a comunicação é a limitada disponibilidade de horários dos profissionais para atenderem aos familiares/cuidadores, tirarem suas dúvidas, explicarem sobre o tratamento e as condutas feitas, como aponta Maria G1:

“Porque eles não têm um horário para me atender, pra falar comigo... ele está com dificuldade nessas áreas, nós estamos trabalhando isso, isso, não têm (...).”

“(....) No meu caso é falta mesmo de tempo do profissional por ele tá olhando as crianças e não ter outra pessoa pra estar ficando com elas pra eles tá atendendo a gente, meu problema é só esse, às vezes eu venho aqui em consulta com ela, aí eu quero falar com a funcionária Z aí não tem jeito porque tá atendendo, ela é uma ótima pessoa, não tenho o que reclamar desde que ele veio pra cá ela atende o meu filho, só que não tem um horário que eu possa tá falando com ela.” (Leidy G1)

A escassez de orientações aos familiares foi uma ação negativa dos profissionais bastante discutida pelos participantes, especialmente no que se refere à necessidade de explicação mais clara sobre a evolução do tratamento, o trabalho que é realizado no serviço com os pacientes, agendamento e divulgação das reuniões familiares, conhecimento dos profissionais e serviços que existem na instituição.

“(....) Ele relata brinquei o tempo todo, ok, mas tipo assim, nós como pais queremos saber em que aquela brincadeira, o que aquela atividade que está sendo desenvolvida naquele momento pode ser benéfica para aquela situação que meu filho

tá passando, aquele tratamento que foi proposto a princípio.”
(Harley G1)

“(...) Eu não sabia mesmo, nunca ninguém me falou dessa reunião, eu fiquei sabendo por que ela me mandou um bilhete por escrito, falando que eu tinha que vir pelo menos uma vez por semana à reunião... eu não sabia que tinha essa reunião, tem dois anos já que o meu filho está aqui e eu não sabia, não, eu não sabia (...).” (Patrícia G2)

“(...) Eu sei que ele passa em psiquiatra. Que que aqui atende mais? Aqui tem fono, tem psicólogo? Que que aqui tem mais? Entendeu... eu não sei nada disso.” (Roberta G1)

Orientações sobre condutas que os familiares/cuidadores podem assumir para potencializar o tratamento do paciente, informações sobre serviços e atendimentos disponíveis na rede, além da necessidade de os profissionais serem mais transparentes em determinados questionamentos que são feitos aos responsáveis também estão presentes. As falas exemplificam estes conteúdos:

“(...) Então assim, às vezes a gente fica numa situação sem saber como agir com eles... às vezes aqui tá fazendo um tipo de coisa, e em casa já tá agindo de outra forma, entendeu?”
(Flávia G1)

“(...) Quando o profissional fala com a gente, às vezes fica vago mesmo porque você tem que tirar o foco da criança, eu ouço muito isso. Quando tá assim, tem que tirar o foco. Eu sei o que é tirar o foco, mas eu não sei como agir para fazer aquilo... Como... como que eu tenho que fazer. A gente não sabe e não tem uma instrução melhor de como lidar com aquilo(...).” (Maria G1).

“(...) Porque a profissional Y falou pra eu fazer um passe de ônibus. Só que eu não sei em qual lugar que faz um passe de ônibus. Eu pergunto. E é em tal lugar, mas que lugar? Eu vou em tal lugar e ia lá. Uns falam que é no shopping, outro fala que é na SEDS. Não é. Outros falam que é no Poli, não é. Onde que eu vou procurar isso? A gente fica rodando igual barata tonta, vai num lugar, vai em outro, vai num (...).” (Gisele G1)

“(...) Porque eu posso contar pra ela as atitudes dele, ela que tem que entender o porquê ele tá agindo assim, porque eu não tenho essa capacidade pra poder entender, agora ela falou comigo assim “ele tem, uma agressividade muito grande interna”. Porque que ele tem essa agressividade muito grande

muito interna? (...) Ela que tem que descobrir, porque eu não gosto disso... Ela que tem que descobrir o porquê!” (Roberta G1)

O atendimento profissional, realizado de forma fragmentada e não articulada, foi outra ação profissional negativa apontada como enfraquecedora da comunicação entre profissionais-familiares/cuidadores. Neste sentido, é destacada a comunicação mais direcionada aos médicos e alguns psicólogos, a não conexão entre equipe clínica e equipe de apoio e entre os profissionais da equipe clínica, conforme deixa claro Marcos G1:

“(...) Como eu só tenho contato com a psicóloga, psiquiatra do meu filho...”

E, João G2:

“Eu acho que tinha que ligar.... a comunicação lá da frente aqui com o interno porque o que parece que tá faltando é (...)”:

“(...) É assim, todos falarem a mesma língua... Porque uma fala uma coisa, a outra fala outra e você fica parecendo.... é... pra lá e pra cá, você não sabe pra onde que vai, eu acho que todos deveriam falar a mesma língua. Eu sei que vocês aqui têm uma reunião entre a equipe e tudo, mas acho que assim nessa comunicação de tá falando a mesma língua eu acho que vocês têm uma falha muito grande (...).” (Paula G2)

“(...) Como ele é atendido por uma equipe multidisciplinar, é importante, é importante que elas deem a opinião delas pra psiquiatra, porque o tempo que ela tá com a criança, quinze minutos, vinte minutos... porque a psiquiatra não conversa com os profissionais, com a psicóloga, com a fono... O pessoal de lá não se comunica com o pessoal daqui.” (Maria G1)

O restrito interesse das famílias e a condescendência dos familiares para com a assistência oferecida também foram apontados como um fator que fragiliza a comunicação, como relata Leidy G1:

“(...) Eu também acho que deve ter aí uma falta de interesse de determinados pais, não de todos, tá gente, mais deve ter sim uma falta de interesse de determinados pais”.

E, Marcos G1:

“Eu...também nunca procurei também, não vou mentir isso (...).”

“(...) É aceitação, não satisfação... é porque a gente se acomoda e muitas das vezes não ter pra quem reclamar, a gente se acomoda... Você fica revoltado, mas no seu lugar.”
(Maria G1)

“(...) É como diz a história, cavalo dado não se olha os dentes. Então a gente está ganhando isso aqui, pra mim foi ótimo... Eu queria mais. Realmente eu queria mais. Eu, a avó daquela criança, eu queria mais. Mais ajuda, mais conversa, mais explicação, que tem muita coisa eu ainda não... Mas também o medo de ver meu neto ser tratado diferente porque eu tô brigando por aquilo(...).” (Isadora G1)

Nesta categoria ficou evidente que as ações dos profissionais de saúde podem possibilitar uma melhor comunicação com os familiares/cuidadores ou fragilizar esse processo. Para os participantes, ações como iniciativa dos profissionais, atuação humanizada e técnica, orientações mais claras aos familiares/cuidadores, além de iniciativas das famílias/cuidadores potencializam o processo de comunicação eficiente e contribuem para uma melhor relação entre as partes.

Aspectos relacionados às ações reducionistas e não técnicas dos profissionais; limitada disponibilidade de horários; escassez de orientações aos familiares/cuidadores; atendimentos fragmentados e desarticulados; pouco interesse do familiar/cuidador e dos profissionais manifestado por meio da limitada iniciativa pela busca e esclarecimento de informações pertinentes ao tratamento e à família; além da resignação dos responsáveis com os cuidados oferecidos foram eleitos como questões que prejudicam a comunicação. Apesar destas questões, os sujeitos deste estudo identificaram, em seus discursos, sugestões, para fomentar o processo comunicativo entre profissionais de saúde e familiares/cuidadores, que serão apresentadas na próxima categoria.

7.4 SUGESTÕES PARA POTENCIALIZAR A COMUNICAÇÃO

A categoria **Sugestões para potencializar a comunicação** aborda questões referentes às intervenções focadas nos atendimentos aos familiares/cuidadores e intervenções focadas na dinâmica e organização do serviço.

Nas intervenções focadas nos atendimentos aos familiares/ cuidadores ficou bastante evidente a sugestão oferecida pelos participantes de reuniões com os responsáveis pelas crianças/adolescentes. Os sujeitos apontam que as reuniões deveriam acontecer com uma regularidade previamente definida (como uma vez ao mês) para falar do tratamento de seus filhos, bem como poderia servir como dispositivo que favoreceria a troca e apoio entre os próprios familiares/cuidadores.

“(...) No nosso caso essa reunião seria uma oportunidade pra gente perguntar ou pra psicóloga, se fosse com a psicóloga, ou com a psiquiatra, a psiquiatra como que está o desenvolvimento do meu filho “você acha que ele melhorou ou você acha que ele teve uma recaída? Você acha que ele vai precisar continuar tomando essa medicação alta desse jeito ou se daqui um tempo ele vai sendo, vai sendo retirado, desmamado... aos poucos.” (Poliana G1)

“(...) Ter esse momento de interação com os pais é muito bom, que às vezes uma coisa que dá certo pra um pai não dá pra o outro, mas às vezes uma sugestão que eles dão pra gente, a gente pode usar isso ao nosso favor e às vezes vai dar certo, entendeu?! Essa comunicação de pai pra pai, de mãe pra mãe também ajuda muito no tratamento dos filhos.” (Patrícia G2)

“(...) Eu acho que pelo menos uma vez no mês ou uma vez a cada dois meses os profissionais atendendo os pais também para tá falando sobre isso, entendeu, aí você pode tomar essa atitude, você pode estar falando assim, porque cada um aqui tem um problema diferente.” (Leidy G1)

Outra proposta discutida seria a realização de atividades conjuntas com os pacientes e seus familiares/cuidadores. Os participantes disseram que participar de algum atendimento do filho ou de outras crianças poderia auxiliá-los a compreender condutas diferentes a serem seguidas em suas famílias, ou mesmo facilitaria a compreensão sobre o tratamento e, conseqüentemente, a comunicação com os profissionais sobre suas práticas, conforme afirmou João G2:

“Eu acho que o tratamento ia fluir mais...”.

E, Patrícia G2:

“Pra ver se eu consigo trabalhar da mesma forma em casa, pra ver se eu posso aprender alguma coisa que eu possa usar dentro da minha casa também”.

“(...) Que eles deixassem a gente entrar só pra gente ver como é, como que o filho da gente (...) entrar ali pra ver como que tá sendo, porque a gente fica muito curioso pra ver que eles ‘faz’ lá e nem sempre criança consegue passar, explicar pra gente como é feito o negócio lá, entendeu? ... Não atendeu o que eu queria saber, não conseguiu passar pra mim o que eu queria saber.” (Flávia G1)

“(...) Não sei, talvez fazer uma atividade em um horário que seja disponível para os pais tá fazendo a atividade, às vezes trazer os filhos pra tá vendo o que eles fazem aqui, os filhos, vamos supor... olha vamos marcar um sábado, tal horário, pra você vim vê o que os seus filhos estão fazendo aqui, olha... junto com os filhos, eles vêm explicando o que eles estão fazendo aqui dentro, o profissional falando qual que foi, é, o interesse da criança naquele tratamento, o porquê, o que beneficiou, entendeu.” (Leidy G1)

Outra sugestão dada pelos participantes para melhorar a comunicação entre profissionais e familiares/cuidadores foi a criação de um grupo de WhatsApp Messenger (WHA), um aplicativo de mensagens instantâneas e chamadas de voz para smartphones. Os sujeitos afirmaram que a criação de um grupo do CAPSI facilitaria a comunicação e também registraria todas as informações trocadas:

“(...) Se aqui tivesse um grupo de Whats, eu não sei se tem essa possibilidade... um grupo de WhatsApp, um grupo aqui do CAPSI, aí dá, como o WhatsApp... só o pessoal do CAPSI, as mães (...).” (Sirley G3)

“(...) Uma ferramenta excelente pra isso e que fica registrado e acabou é o WhatsApp... ela vai te mandar alguma coisa, se você me mandar alguma coisa escrito... tanto da recepção, dos profissionais daqui de dentro, tanto da recepção... se você telefona é... você pode falar com qualquer coisa que não vai ficar nada registrado, agora a partir do momento que você pega lá o WhatsApp da empresa ou seu e fala por áudio ou por

escreve aquilo vai ficar registrado no celular, né... na nuvem né, aonde for e não tem como você negar (...).” (João G2)

Com relação às intervenções focadas na dinâmica e organização do serviço para melhorarem a comunicação, uma participante pontuou a atuação mais participativa da gestão no serviço, por meio do contato da gerência com os responsáveis pelos pacientes, assim como do incentivo às práticas mais adequadas de comunicação, como se refere Maria:

“(...) Pelo menos abordar, tratar melhor os pais... então talvez falta mesmo um pouco de estímulo... sei lá talvez... coordenação... é pra agilizar, melhorar o processo de comunicação.” (Maria G1)

O diálogo entre os profissionais do CAPSI também foi proposto pelos sujeitos participantes da pesquisa, a fim de todos conversarem sobre as dificuldades existentes e tentarem solucionar problemas internos da instituição, como explicita João:

“(...) Uma sugestão, lá na empresa que eu trabalhei tinha um diálogo semanal ou diário dos funcionários, antes mesmo de começar todo mundo conversava, todo mundo sentava todo mundo ali, conversava qual que eram os problemas, igual a gente tá fazendo aqui, “qual que é o problema, como vamos fazer pra solucionar”, aí a mulher lá da recepção falava “não, tô tendo um probleminha nisso, nisso e aquilo, aquilo outro”, a pessoa pode falar abertamente um com o outro (...).” (João G2)

Percebeu-se que as sugestões para potencializar a comunicação entre profissionais de saúde e familiares/cuidadores estão relacionadas a alguns aspectos elencados, acima, como enfraquecedores da comunicação. Em síntese, os participantes apontaram que ações direcionadas ao melhor e mais frequente atendimento às suas necessidades, por meio de orientações, reuniões, realização de atividades conjuntas profissional-família/cuidador e utilização de aplicativo tecnológico instantâneo possibilitariam uma comunicação mais eficaz. Além destes aspectos, apenas um sujeito sugeriu uma atuação mais presente da gestão no serviço, bem como o melhor diálogo entre os profissionais da instituição.

Interessante apontar que os participantes dos três grupos, G1, G2, e G3, no último dia, realizaram a representação gráfica dos encontros anteriores, objetivando retratar, no papel pardo, os conteúdos discutidos sobre comunicação existente entre

eles e os profissionais de saúde do CAPSI. Os participantes sentaram-se ao redor de uma grande mesa, onde foi fixada uma folha de papel pardo. Foram disponibilizados os seguintes recursos materiais: lápis preto e de cores; borrachas; apontadores; gizes de cera coloridos; canetinhas coloridas; revistas e jornais; tesoura; cola; lantejoulas verde, dourada, vermelha e prata; miçangas coloridas; barbante branco; palitos de churrasco; tampinhas coloridas de garrafas pets; tintas guache de cores variadas; pincéis para pintura e durex colorido.

Os participantes do G1 tiveram dificuldades em iniciar a atividade, utilizando predominantemente recortes e colagens de revistas, sendo que uma pessoa, ao final, escolheu escrever algumas frases e esquemas que representassem as imagens coladas por ela. O grupo caracterizou sua percepção de forma isolada e pessoal, sendo que cada participante utilizou um espaço na folha e não interagiu com o outro para a construção coletiva de uma percepção ou conceito.

Chamou atenção, conforme explicita a figura 4, a representação de uma pessoa que colou a frase “desafio das distâncias”, criou uma ideia de fluxo utilizando setas, ligando “profissionais”, “pais”, “filhos”, ao “erro” e à lógica “a neutralidade como dever”. Esta reprodução sinaliza para a atuação reducionista e não técnica do profissional, em que há predomínio da neutralidade nas relações entre profissionais, familiares/cuidadores e crianças/adolescentes em tratamento no CAPSI.

Outras representações estiveram relacionadas ao acolhimento à família, ao desejo pelo amor, às expressões que remetem ao cuidado com as crianças e com os adolescentes, à utilização do telefone como canal de comunicação, dentre outros. Estas imagens se direcionam, respectivamente, para sugestões que potencializem a comunicação entre os atores envolvidos, como intervenções focadas nos atendimentos aos familiares e aos pressupostos da comunicação-comunicação verbal.

Figura 4 - Cartaz representativo do G1 sobre a comunicação entre profissionais de saúde e familiares/cuidadores do CAPSI.



Fonte: Elaborado pelos participantes do G1 (2017).

Os participantes do G2 iniciaram a atividade explorando as revistas disponíveis, utilizando predominantemente recortes e colagens de revistas, sendo que uma pessoa desenhou figuras humanas representando a família, duas crianças brincando de bola e uma pessoa segurando uma placa “educação-respeito”. O grupo trabalhou de maneira fragmentada sem interagir com os demais participantes.

A atuação humana e técnica do profissional de saúde é representada pelas imagens de energia, dança, alegria; pelas frases como “um metal precioso”, “o que era medo se tornou esperança”; além dos relatos dos participantes, no momento da representação gráfica. A figura 5 também é composta por imagens de telefone celular, adultos assumindo papéis de educadores de crianças/adolescentes, correlacionando com os papéis dos profissionais de saúde com a clientela do CAPSI, diálogo entre duas pessoas, dentre outras imagens.

Figura 5 - Cartaz representativo do G2 sobre a comunicação entre profissionais de saúde e familiares/cuidadores do CAPSI



Fonte: Elaborado pelos participantes do G2 (2017).

Os participantes do G3 iniciaram a atividade buscando o lápis preto para desenhar. Dois participantes estavam, inicialmente, resistentes em desenvolver a atividade, alegando não saberem o que fariam. Nesse grupo a maioria dos participantes desenhou, e apenas um escreveu. O grupo também trabalhou de maneira não articulada, e cada um representou suas ideias no espaço do papel à sua frente, conforme figura 6.

Figura 6 - Cartaz representativo do G3 sobre a comunicação entre profissionais de saúde e familiares/cuidadores do CAPSI.



Fonte: Elaborado pelos participantes do G3 (2017).

O G3 retratou cenários compostos por casas com o entorno colorido, ensolarado ou estrelado. As casas representariam o CAPSI e as residências dos participantes; os demais elementos estariam relacionados à comunicação deles com os profissionais de saúde: feliz, alegre e com trocas de informações. Imagens de adultos com várias crianças foram coladas referenciando-se ao perfil do serviço. Um participante escreveu que se comunica com os profissionais de saúde da instituição, comparecendo às reuniões de família, às consultas médicas, além de usar o telefone.

Percebe-se que algumas questões se referem aos pressupostos da comunicação, como a comunicação verbal e a perspectiva dialética, a relação profissional-família/cuidador, como uma atuação mais humanizada do profissional. Algumas representações não ficaram claras, e os participantes não souberam correlacioná-las com a comunicação existente entre eles e os profissionais de saúde, como a mão colorida de vermelho e figura de um centro de compras.

Dessa forma, os participantes do estudo trouxeram, em seus discursos, aspectos relativos aos pressupostos da comunicação, incorporando concepções, características e finalidades; a relação entre profissional-família/cuidador, abrangendo elementos que possibilitam e fragilizam a comunicação, tanto por parte dos profissionais, como também dos familiares/cuidadores; as sugestões para impulsionar o processo de comunicação, incluindo ações direcionadas aos familiares/cuidadores e à dinâmica e organização do serviço.

8 DISCUSSÃO

Foram analisados os aspectos referentes à percepção dos familiares/cuidadores em relação à comunicação com os profissionais de saúde, em um CAPSI, utilizando-se grupos focais para analisar os significados e características da comunicação, aspectos facilitadores e limitantes do processo de comunicação, assim como estratégias percebidas, por familiares/cuidadores, que são utilizadas por eles e por profissionais de saúde.

Para a apresentação dos resultados, fez-se a identificação dos **pressupostos da comunicação**, da **relação profissional-família/cuidador** e das **sugestões para potencializar a comunicação** de maneira separada. Contudo, apesar de apresentados separadamente, eles não são inertes e desconectados e mantêm estreita relação entre si, de modo a possibilitar a apreensão do fenômeno de forma mais integral, holística e ampliada.

Dado o volume de dados, optou-se por fazer uma análise e discussão do que foi mais significativo e frequente, sendo o mais pertinente à comunicação, sem desconsiderar os demais dados e sua importância, mas entendendo que, muitas vezes, é melhor a análise aprofundada de temas centrais que superficial de temas periféricos.

Com relação à caracterização dos participantes do estudo, é importante salientar o reduzido envolvimento dos familiares/cuidadores na presente pesquisa, considerando que parte importante dos sujeitos não atendeu aos telefonemas, seja porque chamava e não atendia, seja porque o número estava errado ou porque chamava até a ligação cair na caixa postal. Outro dado que se mostrou relevante foi o número de familiares/cuidadores que confirmaram presença e não compareceram. Cabe salientar que os dias dos grupos focais foram agendados durante a semana (às terças, quartas, quintas e sextas-feiras), após o horário comercial, uma vez que a maioria dos familiares/cuidadores relatou ser este o período mais adequado para comparecerem.

A limitada participação dos familiares/cuidadores na pesquisa pode sinalizar para um questionamento sobre a periodicidade de atualização dos dados nos documentos oficiais da instituição, o envolvimento dos responsáveis com as atividades desenvolvidas pelo CAPSI e com ações que objetivem o melhoramento das condições de tratamento das crianças e adolescentes. Além disso, pode-se

refletir também acerca das reais condições financeiras das famílias em se deslocarem até o serviço, utilizando, grande parte das vezes, o transporte público ou até mesmo da insegurança/receio de dizer claramente que não gostaria de comparecer ao serviço para participar do estudo.

Importante salientar a relevância da família tanto no acompanhamento dos pacientes atendidos no CAPSI quanto sujeito-alvo de cuidados. O Cuidado Centrado na Família (CCF) é uma abordagem inovadora para o planejamento, execução e avaliação da assistência à saúde, cuja premissa é a união que beneficia, mutuamente, pacientes, famílias e profissionais que trabalham na saúde. Ao se reconhecer a importância da família na vida do paciente, permite-se que ela auxilie a modular as políticas e programas de saúde governamentais, a elaborar projetos institucionais, normas e rotinas; a avaliar os cuidados de saúde; e a direcionar a interação cotidiana entre profissionais, pacientes e familiares (BARRETO et al., 2017).

Na análise das características sociodemográficas, constatou-se que, entre os participantes, houve predomínio da faixa etária entre 24 e 34 anos incompletos, sexo feminino e mães. Salienta-se que, dos 25 familiares/cuidadores, oito relataram que não se comunicam nenhuma vez ao mês com algum profissional de saúde do CAPSI e nove apontaram que se comunicam apenas uma vez mensalmente. Cabe salientar que a comunicação investigada, neste estudo, diz respeito a qualquer troca, formal ou informal, que inclui emissor, receptor, informação a ser transmitida, por meio de algum canal.

Tais resultados são convergentes com a literatura encontrada. Em estudo realizado com cuidadores familiares de pessoas com transtorno mental, assistidas por um CAPS no Ceará, apontou-se que a maioria dos cuidadores eram mulheres, mães, com aproximadamente 32 anos, com ensino fundamental incompleto e encontravam-se sobrecarregadas subjetivamente devido às preocupações com o paciente, ao peso dos gastos financeiros, à supervisão dos comportamentos desconcertantes e, objetivamente, com a assistência prestada aos pacientes em sua vida cotidiana, como administração de medicações, alimentação e limpeza de casa (OLIVEIRA et al., 2017).

Ressalta-se que as configurações familiares de crianças/adolescentes que chegam ao CAPSI, foco deste estudo são, sobretudo, oriundas de famílias nucleares, dados que corroboram os achados de alguns pesquisadores. A literatura

científica evidencia que, mesmo com o surgimento de novas configurações familiares, aquela conhecida como tradicional predomina como maioria na busca de atendimento em saúde mental para crianças/adolescentes (NASCIMENTO et al. 2014; MUYYLAERT; DELFINI; REIS, 2015; CUNHA; BORGES; BEZERRA, 2017).

Os resultados deste estudo sobre perfil sociodemográfico de familiares/cuidadores encontram consonância em outras pesquisas em que mulheres e mães de pacientes constituíram a amostra representativa (THIENGO et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2017). Autores apontam que a figura feminina no papel de cuidador primário é incorporada à mulher no que se refere ao cuidar da família e do paciente. Esses dados estão relacionados à responsabilidade da mulher nas construções históricas e sociais, determinadas pela divisão do trabalho e perpetuadas pelo modo de produção e pela acumulação da sociedade (ESTEVAM et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2017).

Quanto ao perfil educacional, os resultados deste estudo foram parcialmente semelhantes a outros estudos que mostraram que grande parte dos cuidadores tem ensino fundamental completo. Neste estudo, contudo, os dados indicaram que a maior parte dos cuidadores, 36%, possuía o ensino médio completo, e 28% possuíam o ensino fundamental incompleto. É importante conhecer a escolaridade dos familiares/cuidadores porque são eles que recebem as informações da equipe de saúde e que conduzirão o tratamento dos sujeitos. Sabe-se que o nível de educação pode influenciar os sentimentos dos cuidadores, e a baixa escolaridade limita a compreensão do que acontece com o paciente (THIENGO et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2017).

Outro dado que chama atenção é que 13 (52%) dos familiares/cuidadores pesquisados desconheciam o profissional responsável pela sua criança/adolescente em tratamento no serviço, ou seja, qual o profissional seria a referência de seu filho(a). Isso revela que a maioria dos familiares/cuidadores, além de não conhecer os profissionais de referência dos seus filhos(as), não participava da construção do Plano Terapêutico Singular (PTS) dos mesmos ou ainda não se relacionava, de maneira pactuada e corresponsável, com a construção do tratamento de seus filhos(as).

Sabe-se que, por meio do matriciamento em saúde mental e da PNH, o cuidado aos pacientes com transtornos mentais deve estar articulado com a elaboração acordada e compartilhada do PTS. O projeto implica em associar

percepções e reflexões entre profissionais de diferentes áreas do conhecimento, na busca pela compreensão da situação. A construção de um PTS exige a presença e colaboração de sujeitos comprometidos com propostas e condutas terapêuticas articuladas, relacionadas à historicidade e às necessidades individuais do paciente que se encontra inserido num contexto. A elaboração desse tipo de projeto acontece por meio da atuação singular do profissional-referência do paciente/família e desse profissional com toda a equipe, por meio de discussões e estudo do caso (CHIAVERNI, 2011; ANJOS FILHO; SOUZA, 2017).

Nesse sentido, fica evidente que os PTS edificados no CAPSI em questão não são construídos em parceria com os sujeitos e seus familiares/cuidadores ou se os são, os responsáveis desconhecem o papel que os PTS desempenham. De qualquer modo, este não envolvimento dos sujeitos implica em lacunas nas estruturas dos planos, uma vez que aspectos individuais e relacionados à historicidade dos pacientes só são possíveis de identificação, se forem compreendidos na ótica dos envolvidos e na maneira como vivenciam suas necessidades.

Estudos evidenciam que os principais desafios para a operacionalização do PTS estão relacionados à reorganização dos serviços e do trabalho em equipe, à dificuldade de articulação com as redes institucionais e sociais e à inserção dos pacientes e seus familiares como participantes efetivos nessa construção. Além disso, o modelo médico-psiquiátrico ainda existente no trabalho dos CAPS, evidenciado pela pouca participação, integração e valorização da maior parte da equipe na construção do PTS, é um fator que deve ser considerado como foco de transformações e adequações (HORI; NASCIMENTO, 2014; ANJOS FILHO; SOUZA, 2017).

Convergente com os achados deste estudo, sabe-se que a comunicação torna as relações interpessoais transparentes e define a importância do respeito mútuo e do raciocínio clínico no cuidado, processos estes relacionados à tomada de decisão e que devem estar sedimentados em pensamentos críticos e em fenômenos de interesse de múltiplas categorias profissionais (AZEVEDO et al., 2017).

Nesse sentido, os DSS identificam, em sua estrutura, o contexto sociopolítico de inserção dos sujeitos, especialmente correlacionados, nesta pesquisa, às políticas públicas vigentes e direcionadas ao cuidado humanizado de crianças e adolescentes com transtornos mentais, que garantam a proteção e os direitos deste

público vulnerável. Estas legislações preconizam a (re)inserção dos sujeitos aos equipamentos sociais e comunitários, à educação adequada-escola, ao brincar saudável, às atividades cotidianas familiares e sociais (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

Os determinantes estruturais, que fortalecem a estrutura social do sujeito/grupo, podem ser representados, neste estudo, pelo acesso aos serviços e aos recursos. Sabe-se que este acesso, mesmo dentro do CAPSI, encontra-se prejudicado e influenciado por fatores como condições socioeconômicas precárias e gênero, preconizando a figura feminina no cuidado.

Alguns desses fatores, que poderiam ser apenas diferenças, como entre homens e mulheres, transformam-se em desigualdades e, geralmente, em iniquidades, devido às relações essencialmente de poder, ao acesso e à posse aos bens, aos serviços e à riqueza, fruto do trabalho coletivo e acumulado por meio de gerações, que são desproporcionalmente distribuídos. Estas desigualdades, com frequência, transferem-se para o campo da saúde, tornando-se visíveis seja nas desiguais condições de saúde dos diferentes grupos, seja no acesso diferenciado aos recursos disponíveis no sistema de saúde (BARRETO, 2017).

Os determinantes intermediários estão relacionados aos aspectos biológicos, materiais, psicossociais e comportamentais. Na realidade do presente estudo, estas circunstâncias podem estar associadas, por exemplo, às condições de transporte público para os familiares/cuidadores se deslocarem até o CAPSI; psicossociais, como a falta de apoio e suporte social tanto da sociedade como dos profissionais em geral; aos aspectos comportamentais, como dinâmica das relações construídas ao longo da vida e comunicações estabelecidas pelos familiares/cuidadores.

Dessa forma, os DSS encontram-se em associação direta e indireta com os aspectos que circunscrevem a comunicação entre familiares/cuidadores e profissionais de saúde do CAPSI. Eles se referem às interferências pontuais e isoladas, mas também aos aspectos macroestruturais que seriam capazes de transformar o envolvimento da família no tratamento, modificar sua participação no CAPSI, bem como contribuir para a (des)construção de práticas assistenciais e familiares de cuidado com o outro.

Portanto, considerar a abordagem dos DSS significa que é possível minimizar a ocorrência de problemas nas condições de saúde dos sujeitos e também reconhecer o valor que a saúde tem para a população, além de afirmar que ela

depende de ações que, frequentemente, não possuem associação direta com o setor saúde (ROCHA et al., 2016; GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

Este estudo se propõe, por meio da contribuição dos DSS, a adentrar o fenômeno da comunicação com a perspectiva de subjugar a noção de fragmentação e divisão entre saúde e social, sustentando uma ideia emergente de conexão e complexidade. Isto quer dizer que o social não deve ser compreendido como uma realidade avulsa; ao contrário, devem ser restabelecidas ligações e associações fornecidas por domínios heterogêneos da realidade, de modo a compreender os fenômenos a partir de seus perenes elos (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

Ademais, do ponto de vista das políticas públicas de saúde, entende-se que persistir na dicotomia entre o social e a saúde significa contrariar o princípio da integralidade, além de reforçar a fragmentação da vida e edificar vias opostas às diretrizes do SUS (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017). O que este estudo pretende é compreender um dos efeitos da dimensão social na saúde – a comunicação – e estabelecer reflexões críticas sobre suas reais atuações no processo de cuidar e, conseqüentemente, na saúde dos sujeitos envolvidos.

Os resultados, referentes aos **pressupostos da comunicação** que se relacionam à perspectiva dialógica, dizem respeito ao conceito de comunicação mais próximo ao adotado no referencial teórico citado neste estudo (SILVA, 2015). Em contrapartida, aspectos relacionados à perspectiva unidirecional da comunicação dizem respeito a uma comunicação que, na verdade, não existe, uma vez que, embora haja emissor, receptor, informação e canal, não há geração de efeito ou resposta. Os sujeitos, no presente estudo, relataram que, às vezes, os profissionais apenas escutam suas percepções não oferecendo nenhum direcionamento em entendimento daquilo que o familiar/cuidador disse.

As relações interpessoais são dinâmicas e bidirecionais em que os sujeitos em interação estão constantemente dando e recebendo *feedback*. *Feedback* é a informação que o emissor obtém da reação do receptor à sua mensagem, e que serve para avaliar os resultados da transmissão. É muito importante que a pessoa fique atenta ao *feedback* do outro, pois será capaz de perceber o que o outro está sentindo, bem como, de demonstrar adequadamente os seus próprios sentimentos. Perceber o que as pessoas sentem sem que elas o digam constitui uma importante

habilidade em comunicação, pois raramente as pessoas verbalizam seus sentimentos (PUGGINA; SILVA, 2014).

Assim, se os sujeitos deste estudo consideram que o profissional é um bom ouvinte, apenas escuta o que os familiares/cuidadores dizem, é imperativo que não recebam *feedback* e que, ao mesmo tempo, necessitem compreender os resultados da transmissão que fizeram aos profissionais.

A manifestação verbal e não verbal da comunicação também foi um pressuposto revelado pelos participantes da pesquisa. Neste estudo ficou evidente que a comunicação verbal foi mais facilmente identificada e relatada pelos familiares/cuidadores. Além disso, constatou-se que as manifestações não verbais estavam mais relacionadas ao cuidado do familiar/cuidador com seu filho(a) do que à sua relação com o profissional de saúde. Interessante pontuar que os familiares/cuidadores não conseguiram caracterizar os elementos presentes na comunicação, mas, em suas falas, conseguiram identificar e explicitar técnicas de comunicação, tanto verbais como não verbais.

Tais resultados são correlatos com dados presentes na literatura. Um estudo, realizado com profissionais de saúde sobre as técnicas de comunicação que utilizavam, evidenciou que a maioria não foi capaz de citar ao menos uma técnica de comunicação verbal, e apenas 15,2% identificaram técnicas não verbais. As técnicas verbais mais citadas foram as interrogativas sobre a doença/tratamento e, dentre as não verbais, destacaram-se o toque afetivo, olhar, sorriso, proximidade física e escuta ativa. Embora os profissionais tenham atribuído alto grau de relevância para a comunicação, mostraram limitado conhecimento de técnicas de comunicação (ARAÚJO; SILVA, 2012).

Apesar de 65% de toda a comunicação que ocorre em uma interação ser de caráter não verbal, sabe-se que em nossa sociedade e, principalmente, em nossas atividades profissionais, a comunicação verbal é a mais difundida e valorizada. Isso talvez porque a comunicação não verbal é mais demorada e requer que os interlocutores estejam atentos para esse tipo de comunicação (RAMOS; BORTAGARAI, 2012).

Para a prestação da assistência ao sujeito, é necessário demonstrar carinho e atenção: ouvir, expressar um olhar atencioso, tocar e reconfortar; tais ações apresentam contribuição essencial à segurança, proteção e autoestima de uma pessoa. Ao estabelecer uma boa comunicação com os outros, contribui-se para a

diminuição de conflitos e mal-entendidos, tornando as relações mais harmônicas e alcançando os objetivos terapêuticos com mais eficiência e satisfação (RAMOS; BORTAGARAI, 2012).

Na área da saúde, a escuta pode ser caracterizada como o ato de dar a devida atenção à pessoa que fala, ou mesmo atribuir significado a uma ação que auxilia na avaliação precoce do que é dito, não dito, ou interdito pelas pessoas. A escuta pode traduzir uma atitude ou uma demanda à aquisição de competências de comunicação terapêutica. Para tornar a escuta efetiva, é necessário consolidar o ambiente, torná-lo positivo para o cuidado por meio do uso consciente da empatia, da simpatia, da bondade, do respeito mútuo e da boa comunicação (AZEVEDO et al., 2017).

A dificuldade em escutar outra pessoa está relacionada ao fato de que cada sujeito carrega em sua história os próprios pressupostos, em forma de valores, crenças, significados, razões, propósitos e objetivos. Quando a escuta é sensível, ela aceita surpreender-se pelo desconhecido, pois esta ação procura delinear um universo e propor modelos de referência (FRANZOI et al., 2016).

Retomando a perspectiva holística, a subjetividade do sujeito é considerada, e a comunicação não verbal passa a ter um papel importante na cena terapêutica, como elemento de acesso, assim como a linguagem verbal, aos valores culturais e pessoais do paciente. Tais aspectos são considerados relevantes no estabelecimento de uma boa relação interpessoal, com a finalidade de humanizar o atendimento em saúde (RAMOS; BORTAGARAI, 2012).

Nesse sentido, é importante utilizar a empatia como instrumento da comunicação não verbal e forma de humanização. Entende-se como empatia a capacidade de compreender e interpretar as emoções do outro, estabelecendo ressonância emocional entre as partes. Está diretamente relacionada com as habilidades que envolvem o estar com o próximo e, para tanto, é necessário ouvir e verbalizar sensivelmente, identificando a mensagem central e o sentimento, o contexto e a perspectiva (ALVES, 2013).

Os resultados do presente estudo vão ao encontro dos achados de uma pesquisa realizada com profissionais de saúde sobre as formas de comunicação utilizadas. Eles apontaram, com maior frequência, técnicas de expressão da comunicação verbal, assim como os familiares/cuidadores deste estudo. Estas técnicas oferecem, de certo modo, mais segurança para o emissor, uma vez que

não implicam em tomada de decisão ou resolução de problemas. Embora devam ser utilizadas em todas as fases da interação com as pessoas, as técnicas de expressão são mais úteis para um momento inicial, para criar uma atmosfera adequada para a interação. Para o seguimento da interação, formação de vínculo terapêutico e identificação de demandas variadas, faz-se necessária maior utilização de técnicas de clarificação e validação, associadas às de expressão (ARAÚJO; SILVA, 2012).

Quanto aos sinais não verbais apontados pelos familiares/cuidadores, destacou-se o predomínio da categoria cinésica, ou de linguagem corporal. Os participantes destacaram os sinais corporais, especialmente os faciais, como o olhar, a movimentação das sobrancelhas; os emblemáticos, como roer as unhas e bater os pés; manifestações afetivas de sentimentos como raiva e medo; adaptadores, como mexer no cabelo repetidamente. Acredita-se que a linguagem cinésica teve maior destaque, porque é mais facilmente lembrada e reconhecida por estar, muitas vezes, presente no contexto familiar dos participantes.

Nesta perspectiva, ressalta-se que o contato visual e o sorriso são sinais faciais que denotam interesse e são, portanto, facilitadores da interação. Além de retratar emoções, o olhar possui função de regular o movimento da conversação. A interrupção do contato visual pode denotar desinteresse na continuidade da conversação, fazendo com que a interação seja interrompida ou prejudicada. Deste modo, ambos são sinais imprescindíveis para aproximação e estabelecimento de vínculo e confiança (ARAÚJO; SILVA, 2012; SILVA, 2015).

Interessante apontar que os sinais mais sutis como os paraverbais (tom de voz), a proxêmica (distância entre as pessoas) e a tacêsica (uso do toque) foram os menos citados pelos participantes neste estudo. Sabe-se que o contato físico por si só não se configura em acontecimento emocional, contudo estimula terminações nervosas sensoriais e desencadeia alterações neuronais e mentais. Neste sentido, pode-se afirmar que o toque desperta emoções e, por isso, torna-se oportuno cumprimentar o profissional ou o familiar/cuidador no início da interação ou na despedida, nos momentos de tristeza e sofrimento (SILVA, 2015).

Resultados de um estudo feito com docentes, antes e após um curso de capacitação para a comunicação não verbal, evidenciaram aumento da percepção docente de 69,2% para 82,6%, após o término do curso. Estes dados destacam a necessidade de capacitação tanto de profissionais, como de sujeitos usuários do SUS, a respeito do domínio dos sinais verbais e não verbais. Esses achados,

embora relacionados aos docentes, também se estendem para as reais necessidades de estudo e qualificação dos sujeitos (AMORIM et al., 2017).

Silva (2015) afirma que a capacidade de emitir e receber sinais não verbais são mais comuns em mulheres do que em homens; que a capacidade de compreensão dos sinais é maior até os 30 anos de idade; pessoas mais extrovertidas, sociáveis e com autocontrole significativo conseguem entender melhor os sinais. Destaca ainda que a inteligência e a cultura não possuem associação direta com a capacidade de decodificação do não verbal; a prática aumenta o potencial de entendimento dos sinais não verbais; os profissionais mais competentes na compreensão da comunicação não verbal são os atores, os estudantes de comunicação e os de artes visuais.

Essas reflexões sobre as características de pessoas mais propensas a emitir e receber sinais não verbais podem se tornar compatíveis com maneiras mais eficientes de promover capacitações direcionadas à melhora da comunicação. A utilização de pessoas, como atores e estudantes de artes visuais, poderia compor a equipe que ministraria cursos. Outro importante aspecto é o exercício da prática aumentar a compreensão dos sinais não verbais, o que reforça a necessidade de atuação, investimentos em capacitações nesta área, assim como incessante prática profissional para a utilização consciente destes sinais.

Em conformidade com as necessidades da população em geral, seja ela profissionais ou usuários, a Constituição Federal determina que a sociedade participe da gestão do sistema de saúde por meio da participação da comunidade, ou seja, do controle social. O controle social é caracterizado pelo protagonismo dos sujeitos nos conselhos municipais, estaduais e federais de saúde, bem como nas conferências de saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990b). Dessa forma, fica evidente a necessidade de provimento de conhecimentos à população como um todo, bem como o empoderamento dos sujeitos em ações sociais e de saúde, como o domínio da comunicação.

Dessa forma, refletir sobre os significados e as características da comunicação reconhecidos pelos familiares/cuidadores no contexto de tratamento psicossocial de suas crianças e adolescentes é sinônimo de perceber lacunas na compreensão acerca da comunicação, assim como reconhecer potenciais estratégias para melhorar o entendimento entre profissionais de saúde e

familiares/cuidadores, no processo de cuidar do público infantojuvenil com sofrimento psíquico.

A categoria **relação profissional-família/cuidador** aborda questões referentes aos aspectos facilitadores e dificultadores para a comunicação. Atuação humana e técnica do profissional de saúde, orientações aos familiares e atitudes pró-ativas dos profissionais e familiares foram relatadas como facilitadoras da comunicação. De maneira oposta, estes mesmos aspectos, quando ausentes, dificultam a comunicação entre profissionais e familiares/cuidadores, além de outros aspectos: atuação reducionista e não técnica do profissional de saúde, escassez de orientações aos familiares, limitada disponibilidade de horários dos profissionais, restrito interesse das famílias, condescendência com a assistência oferecida e atendimento realizado de forma fragmentada.

A atuação humana e técnica do profissional, além de ser exigida legalmente, é uma conduta que prioriza o sujeito e não suas condições de saúde ou doença (BRASIL, 1990b; BRASIL, 2003). É a premissa básica para a atuação de qualquer profissional em cenários de saúde. Os resultados apontam que as ações profissionais fundamentadas em comportamentos mais humanizados e éticos, com adequada intervenção e diálogo com as crianças/adolescentes, a resolução de questões que ficaram pendentes e o comprometimento do profissional com as situações de vida dos sujeitos, envolvidos no cuidado, estão diretamente relacionados a um processo de comunicação mais eficaz. Por outro lado, ações profissionais executadas de forma reducionista e não técnicas dificultam e comprometem a comunicação entre profissionais e familiares/cuidadores.

Apesar das mudanças advindas da reforma psiquiátrica brasileira, conviver com os familiares tem sido tarefa difícil de ser realizada pelos profissionais. Muitas vezes os profissionais acabam por rotular as famílias e responsabilizá-las pelo adoecimento mental de um dos seus membros. Essas atitudes seriam atos que persistem ao tempo e à forma de cuidado da pessoa com sofrimento psíquico. Se a internação minimizava a responsabilidade dos familiares e profissionais, com a desinstitucionalização espera-se que a relação entre equipe e familiares se fortaleça na divisão cotidiana do cuidado com a pessoa com transtorno mental (CONSTANTINIDIS, 2017).

Dessa forma, observa-se que familiares e profissionais de saúde necessitam adotar posturas mais flexíveis e pró-ativas no sentido de contribuir, cada um a

seu modo e complementarmente, com o cuidado às crianças e a adolescentes com transtornos mentais graves, assim como às suas famílias, sujeitos de cuidado tanto quanto o público infantojuvenil.

A relação humana embebida de subjetividade e de elementos psíquicos fica distante quando se trata de estabelecer vínculos com os sujeitos portadores de transtornos mentais e permanece em um nível ainda mais superficial devido à dificuldade em lidar com a subjetividade e a alteridade, quando o outro da relação é uma pessoa com transtorno mental ou quem o representa. De acordo com pesquisa feita com enfermeiros sobre suas ações com pacientes com transtornos mentais, ficou evidente que não há escuta das entrelinhas, do dito e do não dito, do que está por trás das aparências, apenas são ouvidas as queixas relacionadas aos aspectos biológicos (ALVES; ALVES; ALMEIDA, 2017).

Autores apontam que a existência de um profissionalismo ético e sensível que transcenda o conhecimento teórico, possibilitando executar ações e condutas que não ferem princípios científicos e morais e que resultem em desfechos mais humanizados, está relacionada, tanto por profissionais quanto por pacientes e seus familiares, à facilitação da interação profissional-família/cuidador (LUIZ; CAREGNATO; COSTA, 2017).

Percebeu-se que, nos resultados encontrados, a humanização do cuidado esteve relacionada ao cuidado, ao zelo, à atenção, à disposição e, até mesmo, ao bom humor dos profissionais e ao envolvimento afetivo com a família/cuidador e paciente. Estes aspectos evidenciam que se faz necessária a percepção de sujeito, alvo da assistência em saúde, como um agente biopsicossocial.

O cuidado humano envolve ética, princípios e valores. É de grande importância e compõe um cuidado humanizado, as orientações fornecidas pela equipe sobre os procedimentos relacionados ao tratamento do paciente, bem como sobre sua situação. Estudo realizado com acompanhantes de crianças indicou que ações humanizadas de cuidado estavam relacionadas ao fornecimento de carinho e atenção concedida a eles e aos pacientes. Outro aspecto destacado nos discursos foi a importância de estabelecer relações de confiança e respeito entre a equipe de saúde, os pacientes e as famílias (VILLA et al., 2017).

Os elementos presentes na literatura como propulsores da relação saudável e humana entre profissional de saúde-paciente ou profissional de saúde-

família/cuidador estão correlacionados com aqueles enunciados pelos participantes, como atenção, carinho, respeito, confiança e acolhimento.

Entende-se que a humanização retoma o respeito à vida humana, em dimensões que atingem as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano, evitando a fragmentação do indivíduo. O cuidado técnico-científico, aliado ao acolhimento e ao respeito ao sujeito, é o principal elemento que envolve e fundamenta a humanização. O processo de humanizar baseia-se em atitudes simples de se disponibilizar para ouvir, trocar experiências e comparar seu processo histórico com o outro. A percepção do outro, suas relações e histórias de vida é que permitem a identidade humana e também o ato de refletir e reconstruir práticas em saúde (MISSEL; COSTA; SANFELICE, 2017).

Os achados da presente pesquisa revelam-se coerentes com um estudo desenvolvido com acompanhantes de crianças hospitalizadas, na medida em que valorizam a tecnologia e dedicação dos profissionais, mas acima de tudo, preconizam atitudes de respeito e consideração, julgando-as indispensáveis nas relações interpessoais (VILLA et al., 2017).

Outro aspecto do constructo humanização diz respeito às trocas de informações entre a equipe de profissionais e os pacientes e suas famílias no que se refere ao diagnóstico, ao tratamento elegido ao paciente, às condições de saúde/doença, ao prognóstico, às condições locais de cuidado, ou seja, às orientações aos familiares/cuidadores com relação às condições de saúde dos pacientes, neste estudo, às crianças e aos adolescentes em tratamento no CAPSI.

As orientações aos familiares/pacientes foram relatadas como aspecto da comunicação que facilita a relação profissional-família/cuidador. Quando essas orientações não acontecem, isso compromete a comunicação, o que prejudica a referida relação. Nesta perspectiva, os familiares/cuidadores trazem à tona a necessidade de saberem como devem agir com seus filhos no cotidiano, de modo a favorecer o tratamento. Demandam esclarecimentos acerca do que acontece com seus filhos e como podem compreender sinais e comportamentos das crianças/adolescentes; e precisam de orientações relacionadas ao funcionamento e a dinâmicas institucionais que auxiliem os pacientes a compreenderem as regras e minimizem comportamentos agressivos e impulsivos.

As expectativas e desejos fazem parte do processo desse encontro entre familiar/cuidador e profissional. Em um primeiro momento, o familiar/cuidador procura ou concorda em encontrar-se com o profissional, pois acredita que ele tem um saber diferenciado que vai ajudá-lo a resolver seu problema. Pode-se dizer que, inicialmente, essa relação parte do pressuposto de um papel valorizado do profissional, resultado da satisfatória imagem de si que é refletida ao familiar/cuidador, que acredita nele e em sua competência. Contudo, esta relação nem sempre atende às expectativas de ambos, uma vez que o profissional pode não satisfazer às necessidades do familiar/cuidador, sentindo-se impotente, e de outro lado o familiar pode ficar frustrado e não menos impotente (CONSTANTINIDIS, 2017).

No presente estudo, observou-se que os participantes deram indícios, por meio de seus relatos, de que as expectativas que possuem, muitas vezes, não são atendidas porque parecem desconhecer a melhor maneira/atitude para lidar com seus filhos(as), além de se decepcionarem com posturas frias e distantes dos profissionais de saúde que, ocasionalmente, parecem evitar a comunicação com os mesmos.

Em estudo realizado com 37 familiares/cuidadores de pessoas com transtorno mental atendidas em um CAPS de um município paulista, constatou-se que os responsáveis possuíam dificuldades relacionadas aos comportamentos do paciente, dificuldades com a rotina dos mesmos e falta de tempo para dar atenção (FAVA; SILVA; SILVA, 2015). Os resultados da referida pesquisa, embora realizada com familiares/cuidadores de pacientes adultos com transtornos mentais, vão em direção semelhante às dificuldades comportamentais e de rotina diária encontradas no presente estudo.

Investigação realizada com familiares de pessoas com transtornos mentais evidenciou que há lacunas no suporte oferecido pela equipe de saúde mental a essas famílias, as quais sentem falta de apoio emocional e de orientações sobre a condição de saúde, para melhor compreendê-la, facilitando o convívio entre familiares e pacientes. Nessa concepção, o profissional de saúde deve se sensibilizar diante das necessidades do indivíduo e de sua família e buscar entender suas peculiaridades. Os profissionais deverão estar capacitados para realizar trocas com o indivíduo, família, comunidade e com outros profissionais, gerando no sujeito um sentimento de pertencer ao espaço onde está inserido (KALAM et al., 2017).

Um estudo realizado com familiares de pessoas com transtornos mentais, identificados em um banco de dados de uma organização sueca, indicou experiências com abordagens negativas relacionadas aos profissionais de saúde, o que significa que os familiares possuíam um sentimento de não estarem envolvidos na provisão de cuidados e de que os profissionais não estavam interessados nas informações que desejavam transmitir. Assim, os resultados deste estudo indicaram que os familiares se sentem impotentes ou socialmente isolados, no sentido de serem excluídos dos processos decisórios de cuidados (EWERTZON et al., 2010).

As lacunas identificadas nos estudos acima mencionados podem explicar as semelhanças encontradas na presente pesquisa no que diz respeito à necessidade de suporte emocional para os familiares/cuidadores e de orientações com relação à condição de saúde dos usuários do CAPSI. Neste estudo evidenciou-se que o sentimento de pertencimento ao contexto onde os familiares/cuidadores estão inseridos, o CAPSI, não é muito nítido.

Estudo constatou a falta de conhecimento dos familiares/cuidadores no que se refere à doença mental e ao tratamento medicamentoso prescrito, bem como ao cuidado no dia a dia. Para melhor atender esses pacientes e seus cuidadores, faz-se necessária a participação dos familiares em reuniões junto à equipe de saúde para poderem tomar ciência sobre o plano terapêutico específico, proporcionando, assim, um melhor resultado (LIU et al., 2018; NEVES et al., 2017).

Nessa perspectiva, os achados do presente estudo revelam que os familiares/cuidadores relataram o desejo de compreensão sobre as intervenções que são realizadas com seus filhos(as), seus potenciais terapêuticos, enfatizaram a necessidade de agendamento de reuniões com maior frequência e melhor divulgação, além da clareza de informações que são passadas aos familiares/cuidadores.

Pertinente destacar que é fundamental que a comunicação verbal seja clara e com a utilização de termos que sejam compreensíveis aos familiares, pois a utilização de expressões técnicas ou de jargões médicos pode impedir que o significado e a intenção de algumas assertivas não sejam assimilados adequadamente, podendo gerar nos familiares/cuidadores conflitos e sensações de abandono (ALVES, 2013).

Cabe aqui ressaltar o impacto obtido pelo conceito de empoderamento na reforma psiquiátrica. Dar vazão aos desejos e anseios dos pacientes e familiares,

como protagonistas, por meio da voz e da escuta, permite conhecer o sofrimento e entender o porquê da necessidade de esses protagonistas estarem à frente do cuidado e da própria vida. Atualmente, o empoderamento confere à família o direito de participar e trabalhar lado a lado dos serviços de saúde mental em busca da superação do estigma, além de fortalecer o movimento de reforma psiquiátrica (ALVES; OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2013; TREICHEL et al., 2016).

O interesse humano pode ser motivado por questões intrínsecas e extrínsecas aos sujeitos, como a vontade subjetiva de ajudar a minimizar o sofrimento do outro, assim como o dever de atender de forma mais humanizada à família/cuidador devido às exigências da gestão local e legislação vigente. Os participantes deste estudo apontaram que o interesse em se comunicarem, seja ele do profissional ou da família/cuidador, quando existe, possibilita uma melhor relação e comunicação entre partes. Da mesma forma que, em sua ausência, limita o processo de comunicação e enfraquece as relações que são estabelecidas.

A família, após a reformulação da atenção às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, constitui-se como unidade de importante cuidado e reabilitação deste público, uma vez que lida direta ou indiretamente com condições orgânicas, problemas psicológicos, mentais, emocionais e de ordem cognitiva. Neste contexto, a nova forma de cuidado em saúde mental transformou funções e atribuições familiares, além de aumentar a sobrecarga, fazendo com que a família redirecione suas necessidades e interesses (OLIVEIRA et al., 2017).

Sabe-se que os CAPS, inclusive o infantojuvenil, possuem a função de apoiar membros da família para manter e fortalecer seus laços, afirmando a relevância da presença da família nos serviços e atribuindo a ela seu papel de parceira e corresponsável pelo tratamento do paciente. É com o vínculo e a responsabilidade mútua que se objetiva, nos dias atuais, o tratamento de crianças e adolescentes com transtornos mentais (OLIVEIRA et al., 2017).

É neste sentido que as famílias/cuidadores e os profissionais de saúde manifestam dificuldades em assumir suas atribuições no processo de cuidar, inclusive na transferência de responsabilidades para outros, além do tímido interesse, de ambas as partes, em se envolverem como coparticipantes pela qualidade do cuidado e das relações saudáveis e terapêuticas construídas.

Dados referentes às percepções dos profissionais sobre suas relações com os familiares/cuidadores de pacientes com transtornos mentais indicam a não

adesão dos familiares a esta relação, sendo verificada por meio das faltas constantes dos cuidadores e pelo abandono dos atendimentos, mostrando que a relação entre ambos possui limitações em progredir (CONSTANTINIDIS, 2017).

O atendimento profissional realizado de forma fragmentada e não articulada foi outra ação profissional negativa apontada como enfraquecedora da comunicação na relação profissionais/familiares/pacientes. Os participantes evidenciaram que conseguem se comunicar com apenas algumas categorias profissionais; que percebem existir, com importantes limitações, comunicação entre a equipe clínica e a equipe de apoio, assim como comunicação fragilizada entre os profissionais da equipe clínica, além de apontarem a necessidade de as pessoas, profissionais de saúde e familiares/cuidadores, falarem e serem entendidas naquilo que se propuseram a dizer.

Os dados do presente estudo vão ao encontro dos achados de uma pesquisa feita em ambulatório de saúde mental, na qual se evidenciou deficiência na comunicação entre os profissionais, tendo sido ressaltadas a falta de comunicação interna e a ausência da reunião geral no serviço, o que poderia favorecer a comunicação e a troca de informações (PAIANO et al., 2016).

A falta de reuniões no serviço, também descrita pelos participantes de alguns estudos, é uma importante lacuna no que se refere à comunicação, constituindo-se importante elemento para a pouca organização do serviço. Em estudo realizado em 21 CAPS, as atividades organizativas, como reuniões de equipe, de matriciamento, do conselho gestor e a participação em fóruns de saúde mental, não eram parte integrante da rotina de atividades da maioria dos serviços, o que evidencia que elas não eram reconhecidas como trabalho ou que não recebiam a devida importância (PAIANO et al., 2016).

Ao instituir a RAPS, fica explícito que o trabalho no CAPS deve ser realizado principalmente em espaços coletivos, sendo a reunião de equipe um desses espaços. O objetivo da reunião de equipe é agregar os trabalhadores de forma conjunta, com vistas a um planejamento, discussão e decisão de casos e situações, envolvendo os profissionais com maior clareza sobre os papéis que desempenham no trabalho (BRASIL, 2011a; SANTOS et al., 2017).

Essa proposta de trabalho atende às premissas de um enfoque interdisciplinar, necessário para a eficiência e eficácia de práticas assistenciais. Uma equipe que trabalha de forma isolada e fragmentada pode comprometer ações e

torná-las muitas vezes incoerentes e até contraditórias, reduzindo a resolução no seu conjunto e aumentando a possibilidade de limitações da atenção oferecida. Portanto, dependendo da maneira como os trabalhadores usam o espaço e as relações com os demais profissionais, eles podem romper ou reforçar a lógica hospitalocêntrica do cuidado e das relações humanas (SANTOS et al., 2017).

Pesquisa realizada com profissionais de um serviço de saúde mental revelou que os próprios profissionais desconheciam as atividades que eram desenvolvidas pelos outros trabalhadores no local e em outros pontos da rede de assistência. Esse estudo enfatizou que, além das reuniões gerais da equipe, é imprescindível haver aprimoramento na comunicação interna do serviço e também com os diferentes pontos de atenção à pessoa em sofrimento psíquico (PAIANO et al., 2016).

As reuniões possibilitam mudanças no processo de trabalho, pois coletam informações, anseios, dúvidas, conhecimentos que são trazidos à discussão no espaço coletivo. Neste processo de interação e troca da reunião, responsabilidades, conhecimento e informação são compartilhados, e o grupo decide democraticamente possíveis soluções, além de planejar conjuntamente as próximas ações. Assim, os trabalhadores se organizam no processo de trabalho, assumem corresponsabilidades e se sentem mais seguros para desenvolvê-lo (SANTOS et al., 2017).

Embora não se constitua foco neste estudo, sabe-se que o atendimento fragmentado do profissional tem seu início no próprio serviço de saúde, local onde os profissionais de saúde deveriam trabalhar em conjunto e em equipe, priorizando a abordagem interdisciplinar por meio da atuação nos campos de saberes, e articulando-se para cuidar do sujeito e de sua família da maneira mais integralizada possível.

O atendimento fragmentado extrapola o cenário institucional local, uma vez que se estende pela rede de serviços de saúde mental que deveria ser capaz de dar continuidade ao acompanhamento e tratamento do sujeito e de sua família, em seus variados contextos sociais, econômicos, educacionais, culturais, de saúde, desde a prevenção até a cura/recuperação da saúde. Isto é, o atendimento fragmentado fere a integralidade.

A integralidade, uma diretriz do SUS, se refere à integração de ações dos níveis de prevenção primária, secundária e terciária; abrange, em suas atuações, dimensões biológica, psicológica e social dos sujeitos; garante a continuidade da

atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; articula um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidem sobre as condições de vida, determinantes da saúde, mediante ação intersetorial (BRASIL, 1990b).

Nesse sentido, sabe-se que nenhum serviço de saúde, isoladamente, possui habilidades e recursos necessários para resolver todas as questões de saúde de uma população e, por isso, os princípios do SUS devem ser garantidos pela conexão da rede de saúde e suas interdependências. Assim, é imperioso integrar políticas de rede de saúde em outros setores relacionados aos determinantes do processo saúde-doença, não limitado ao setor da saúde (ESLABÃO et al., 2017).

Essa articulação da rede de saúde com outros serviços e setores não relacionados à saúde diz respeito ao princípio da intersetorialidade do SUS e aos DSS, como as questões sociais, econômicas, culturais e religiosas que interferem direta e indiretamente nas questões de saúde da população. Isto significa que as situações de saúde podem ser diferentes mesmo em grupos de pessoas aparentemente semelhantes, devido à má distribuição de renda, à baixa escolaridade, à rede de suporte social frágil e ao nível de estresse, entre outros.

O isolamento dos serviços de saúde mental foi citado pelos profissionais também como fragilidade para o trabalho, seja pela ausência de comunicação com os demais dispositivos da rede, seja porque seus profissionais possuem limitadas oportunidades de participação em capacitações. Constatou-se que a organização entre os serviços de saúde mental segue uma concepção de cuidado fragmentado. Para cada estágio em que se encontra o paciente, há um serviço e cada um lida com um objeto próprio ou com frações de um mesmo objeto de trabalho (PAIANO et al., 2016).

Além disso, a dinâmica das redes, para assegurar os cuidados adequados em saúde mental, deve constituir-se de uma gestão participativa em reuniões e discussão sobre o processo de trabalho, comunicação aberta entre as partes interessadas e a entrada do paciente como protagonista na construção de seu bem-estar social. Os profissionais dos CAPS são pessoas cujo trabalho se destaca como reforço na consolidação do sistema de saúde e do cuidado prestado aos sujeitos (ESLABÃO et al., 2017).

Interessante pontuar que muitos aspectos citados pelos participantes da presente pesquisa como dificultadores da comunicação entre

profissional/paciente/família foram coerentes com as sugestões oferecidas para fomentar o processo comunicativo entre profissionais de saúde e familiares/cuidadores. Isso significa que eles trazem propostas para superação de tais dificuldades.

Diante disso, destacam como **sugestões para potencializar a comunicação**, a realização de reuniões com familiares/cuidadores; maior participação da família no tratamento de suas crianças/adolescentes por meio da realização de atividades conjuntas com seus filhos(as) no CAPSI; e fomento ao diálogo entre os profissionais que trabalham na instituição. Isto demonstra coerência entre aspectos que limitam o processo comunicativo e possíveis estratégias que auxiliariam na solução destas mesmas dificuldades.

Os dados evidenciaram, como importante sugestão, a realização de reuniões com os responsáveis pelas crianças/adolescentes para serem esclarecidos sobre o tratamento e evolução de seus filhos(as), assim como possibilitar um momento de troca de experiências entre os familiares/cuidadores dos pacientes que são atendidos no CAPSI estudado. Essa sugestão revela que existe uma lacuna no processo comunicacional entre as partes envolvidas no cuidado da criança/adolescente com transtorno mental, o que é evidenciado pela necessidade de que ocorram mais espaços para discussão, esclarecimento e trocas, entre equipe e familiares/cuidadores.

As reuniões com os familiares/cuidadores poderão favorecer para elucidar informações, atualizá-las e torná-las consistentes sobre os rumos da política de saúde mental e da realidade dos serviços locais. Além disso, é preciso ajudar as famílias a estruturarem sua vida cotidiana e convívio com seu familiar, orientá-las em termos de estratégias práticas de manejo do sujeito, esclarecer sobre as propostas terapêuticas, compartilhar informações sobre o que fazer em situações de crise, dentre outros aspectos (DIMENSTEIN et al., 2010).

O familiar/cuidador deve estar ciente do que se passa com o indivíduo com transtorno mental, a fim de minimizar a ansiedade gerada pelo desconhecimento da condição de saúde e seu tratamento. Compreende-se, ainda, que a falta de informações dessa ordem pode comprometer o processo terapêutico, sendo dever da equipe, bem como dos profissionais que a compõem, dialogar com os responsáveis sobre as informações necessárias ao esclarecimento de quaisquer fatos referentes ao tratamento (TREICHEL et al., 2016).

Em estudo realizado com pais de adolescentes e seus filhos sobre o interesse de ambos em receberem informações relacionadas aos cuidados em saúde do adolescente, assim como orientações relacionadas à comunicação pai-filho, incluindo como tópico a saúde mental, evidenciou-se níveis moderados ou elevados de interesse em receber informações. Esse estudo apontou, portanto, que pais e adolescentes querem profissionais de saúde para auxiliá-los a aprender e a dialogar sobre uma ampla gama de tópicos de saúde para adolescentes (FORD et al., 2016).

Autores sugerem ainda que o conhecimento dos familiares de pessoas com transtorno mental e suas percepções do tratamento são relevantes, porque permitem avaliar a efetividade do processo de inclusão da família como cuidadora e recebedora de cuidados. Esse conhecimento contribui para a elaboração de novas intervenções, readequação do funcionamento dos serviços, assim como pode auxiliar na elaboração de projetos e implementação das ações e programas de saúde, direcionando o cuidado à alta qualidade na assistência (TREICHEL et al., 2016).

Outra estratégia sugerida pelos participantes para melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e familiares/cuidadores foi a realização de atividades conjuntas com os pacientes e seus familiares/cuidadores. Interessante apontar que esta ideia dada pelos participantes está diretamente ligada à escassez de orientações recebidas pelos familiares/cuidadores que, na categoria relação profissional-família/cuidador, evidenciou a fragilidade do processo de comunicação entre as partes envolvidas.

Além disso, essa sugestão diz respeito à necessidade de inclusão da família como cuidadora, recebedora de cuidados e protagonista do tratamento de seus filhos(as). A família deseja ser reconhecida como parte integrante do cuidado com potencialidade de decidir e ser corresponsável por ele.

Os participantes disseram que gostariam de participar, assistir ou realizar com as crianças/adolescentes, de atividades que são feitas com os pacientes do CAPSI, a fim de compreenderem melhor o trabalho lá realizado, uma vez que carecem deste tipo de esclarecimento, mas também poderem utilizar e replicar tais estratégias em seus cotidianos com os filhos(as) que fazem o tratamento na instituição.

Chama atenção a necessidade dos familiares/cuidadores de direcionamentos profissionais relacionados às condutas terapêuticas utilizadas no CAPSI, assim como o desejo de maior envolvimento familiar nas atividades realizadas no serviço.

A família é um sistema aberto que se interliga com outros sistemas e estruturas da sociedade, caracterizada por grupos de pessoas com laços emocionais, com ou sem ligação sanguínea, que compartilham relações de socialização e cuidados ligados pela cultura, valores socioeconômicos e contextos geográfico/histórico. O atendimento aos pacientes com transtornos mentais sendo compartilhado entre a família e o CAPS, permite que a primeira se torne protagonista com a participação em atividades de saúde (BRASIL, 2013a; DEMARCO; JARDIM; KANTORSKI, 2017).

Infere-se que atividades conjuntas realizadas com familiares/cuidadores e as crianças/adolescentes atendidos no CAPSI, em foco neste estudo, podem ser consideradas atividades expressivas, corporais, de relaxamento, rodas de terapia comunitária, dramatização, grupos terapêuticos, rodas de conversa, atividades lúdicas, oficinas temáticas, grupos operativos, dentre outras possibilidades. Salienta-se, ainda, que a necessidade de *feedback* e potenciais terapêuticos das ações também estiveram explícitos nas falas dos participantes.

A família, elemento-chave para o cuidado da pessoa com transtorno mental, é mantida ao longo da história da humanidade como uma importante instituição social que perdura nas ações de cuidado e saúde. Contudo, este imperativo de participação familiar que implica a realização de uma série de atividades, inclusive fora do espaço doméstico, acaba contribuindo para a sobrecarga visivelmente sentida entre tais familiares/cuidadores, o que reforça a necessidade de serem também acolhidos pelas políticas da área (DEMARCO; JARDIM; KANTORSKI, 2017).

Os encontros com as famílias/cuidadores poderiam também incentivar a família acerca da participação nas diversas redes de suporte social e comunitário que possam existir no seu entorno, bem como em associações de familiares e pacientes de saúde mental (DIMENSTEIN et al., 2010). Chama atenção o fato de que atividades conjuntas entre familiares/cuidadores e pacientes também podem e devem ser realizadas em outros espaços sociais além do CAPSI, como teatro municipal, igrejas, praças, campos, centros de lazer, biblioteca municipal, dentre outros, a fim de estimular a independência e autonomia dos sujeitos, bem como fortalecer os pressupostos da reforma psiquiátrica, enfatizando a não centralização de serviços e recursos na atenção especializada.

As atividades conjuntas possibilitariam o acesso do sujeito a outros espaços da rede e, conseqüentemente, reafirmaria a proposta primordial dos modelos substitutivos de reinserção social do sujeito com transtornos mentais graves. Contudo, para que isso ocorra, o CAPSI com a equipe de saúde, necessitam desenvolver um olhar mais amplo, humanizado e integral do sujeito e desenvolver estratégias, inicialmente, para vincular as famílias/cuidadores ao CAPSI e, posteriormente, para melhorar a articulação da rede.

No entanto, apesar de profissionais e pensadores de saúde concordarem sobre a importância de se proverem serviços aos familiares de pessoas com sofrimento psíquico, vários aspectos ainda contribuem para dificultar a implementação e o direcionamento efetivo de ações. Alguns estudos corroboram esse fato, mostrando a não aderência dos familiares aos atendimentos oferecidos a eles (DIMENSTEIN et al., 2010; CONSTANTINIDIS, 2017).

Fica perceptível, então, um significativo antagonismo relativo ao envolvimento familiar/cuidador. Há divergências entre o que deveria ser feito, o que as famílias/cuidadores querem fazer, com o que de fato acontece. Embora a participação familiar seja fundamental no cuidado com crianças e adolescentes com transtornos mentais, mesmo os familiares/cuidadores reconhecendo esta relevância e sugerindo estratégias para que esta aproximação aconteça de forma mais eficaz, é consenso nos estudos a dificuldade de adesão dos responsáveis aos atendimentos oferecidos a eles.

Sabe-se que nem todas as famílias se engajam e se responsabilizam pelo cuidado de seus membros, o que dificulta em muito o processo de trabalho nesse campo, mas a maioria desses familiares que está implicada e participa não se sente preparada para cuidar, tem medo e não recebe nenhum apoio e capacitação dos serviços. Nesse sentido, chama-se atenção para a urgência em incorporar os familiares às propostas terapêuticas e de reabilitação de acordo com o paradigma psicossocial, pois sem eles as possibilidades de êxito ficam reduzidas (DIMENSTEIN et al., 2010).

A implementação de um grupo de WhatsApp Messenger foi outra sugestão dada pelos participantes para melhorar a comunicação entre profissionais e familiares/cuidadores. Os sujeitos apontaram como fundamentais os registros formais das informações de forma coletiva, além do acesso facilitado a variadas informações do CAPSI.

O uso de dispositivos tecnológicos que viabilizam a interação humana, a despeito das barreiras da distância e do tempo, é chamado de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs). Dentre as TICs mais utilizadas, destacam-se o telefone (linhas terrestres e celulares), aparelhos de cópia (fax), internet, vídeo e audioconferência, sistemas de informação computadorizados e dispositivos para a transferência de dados em geral. Estas tecnologias têm permitido que o profissional acesse informações de pacientes de qualquer local, faça a gestão do cuidado por meio de sistemas de prontuário eletrônico e até realize a assistência em si a distância (BARBOSA et al., 2016).

A utilização de TICs direcionadas aos cuidados em saúde é considerada promissora, por possibilitar o apoio ao autocuidado, o estímulo à adoção de hábitos saudáveis, a troca de informações e o suporte emocional. Dentre essas tecnologias, destaca-se o telefone, o qual pode ser utilizado para realização de ligações e envio de mensagens (LIMA et al., 2017). Os sujeitos, na presente pesquisa, confirmaram estas percepções utilizando, grande parte das vezes, o telefone para se comunicarem com os profissionais do CAPSI em questão.

As mensagens de texto com ênfase na educação em saúde apresentam vantagens quando comparadas às ligações, pois podem ser lidas rapidamente, a qualquer momento e em qualquer lugar, não exigindo grandes esforços por parte dos pacientes e dos profissionais responsáveis pelo envio. Com o advento da expansão do uso da internet, os dispositivos móveis, a exemplo do WHA, têm potencializado a comunicação instantânea entre paciente e profissional e a educação em saúde a partir de uma variedade de recursos de interação (VENERONI et al., 2015; LIMA et al., 2017).

Sob essa ótica e direcionando o olhar para o foco dado pelas políticas públicas atuais, como a Constituição Federal, o SUS, a PNH, o ECA, a regulamentação dos CAPS, a RAPS, o matriciamento em saúde mental, dentre outras, fica revelada a necessidade de reflexão e prudência com relação à implementação do WHA como meio de comunicação entre profissionais e familiares/cuidadores. Torna-se inclusive contraditória a ideia de utilização de um meio de comunicação digital em face à necessidade atual de coparticipação familiar no CAPSI, especialmente voltada para a relação humana e aos sinais não verbais tão superficialmente valorizados pelos sujeitos desta pesquisa.

Por outro lado, cabe destacar que dispositivos móveis podem contribuir para um cuidado amplificado, mais generalizado e diferenciado em saúde e que distanciar-se do desenvolvimento tecnológico impossibilita a utilização de quaisquer benefícios oriundos destes dispositivos. Portanto, torna-se um encargo de gestores municipais, estaduais e federais, assim como de profissionais, usuários dos serviços de saúde e de pesquisadores, a construção coletiva de estratégias que possibilitem a utilização destes dispositivos como um recurso complementar à comunicação já existente nos serviços.

Com relação às sugestões focadas na dinâmica e organização do serviço para melhorarem a comunicação, os participantes pontuaram uma atuação mais participativa da gestão no serviço, por meio do contato da gerência com os familiares/cuidadores dos pacientes, assim como do incentivo às práticas mais adequadas de comunicação.

O trabalho na gestão, coerente com a PNH, pressupõe que algumas funções sejam desempenhadas pelos gestores locais, como execução de reuniões com as equipes, planejamentos relacionados aos programas nacionais, atividades de educação permanente, responsabilidade técnica da unidade, entre outras. Além disso, exige habilidades como liderança, organização, planejamento, agilidade, bom relacionamento, conhecimento, criatividade, capacidade de motivação e comunicação. Dessa forma, o gestor local precisa direcionar os demais atores para alcançar os objetivos do serviço de saúde por meio do trabalho em equipe (PEITER; CAMINHA; OLIVEIRA, 2017).

Ressalta-se a necessidade de aproximação entre a gerência, a equipe de profissionais e familiares/cuidadores, o que pode contribuir para o cuidado em saúde, estreitando-se os laços com os sujeitos que utilizam os serviços e possibilitando a construção de relações mais solidárias e dialógicas.

Sabe-se que as decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários dos serviços devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações e ações de saúde. O usuário e sua rede sociofamiliar devem também assumir posição de protagonistas com relação a sua situação de saúde e daqueles que estão relacionados a ela (BRASIL, 2013b).

O diálogo mais efetivo entre os próprios profissionais da equipe do CAPSI também foi proposto pelos participantes da pesquisa como sugestão para melhorarem a comunicação, a fim de solucionarem dificuldades existentes e resolverem problemas internos da instituição.

Os resultados de uma pesquisa, realizada com profissionais de saúde, apontaram que os mesmos viam o trabalho em equipe como algo positivo dentro do serviço, por proporcionar uma maior troca de experiências, o compartilhamento de decisões e diferentes olhares sobre o mesmo objetivo. Essas trocas de decisões, inclusive entre os profissionais de diferentes áreas, incluindo os técnicos e a equipe de apoio do serviço, permitiam um espaço de escuta e acolhimento a estes profissionais, e com isto, uma melhora na acolhida das demandas da população (PEGORARO; BASTOS, 2017).

Entretanto, em pesquisa realizada sobre o trabalho em equipe, os profissionais apontaram que a integração entre os trabalhadores é incipiente, predominando atuações isoladas devido à organização do processo de trabalho, comunicação ineficaz, e à parcela de profissionais que não compartilham totalmente o cuidado de determinados pacientes com os outros colegas por serem os técnicos de referência (ANJOS FILHO; SOUZA, 2017).

Reuniões da equipe técnica são, para profissionais de saúde pesquisados e para os familiares/cuidadores deste estudo, o dispositivo capaz de realizar uma maior integração e interação entre os profissionais; de possibilitar melhor discussão dos casos atendidos; de operar o planejamento e elaboração do PTS, além de permitir que sejam abordadas questões administrativas do serviço (ANJOS FILHO; SOUZA, 2017).

Fundamental destacar, com base nos resultados, que a centralidade da comunicação também está vinculada as relações mais compartilhadas e horizontalizadas que precisam ser estabelecidas entre os profissionais, no processo de trabalho, para que fossem compartilhadas, de forma adequada, com os familiares/cuidadores dos usuários do serviço.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu compreender a comunicação como algo presente nas relações humanas, com manifestações específicas em determinados contextos e sujeitos envolvidos, assim como também é influenciada por aspectos macroestruturais, como culturais, históricos, econômicos e sociais, que geram efeitos nestes cenários e indivíduos. É um processo complexo, nem sempre consciente, composto por diversos elementos e variações e, por isso, torna-se tão particular em relações como aquelas estabelecidas nos cuidados em saúde.

No âmbito do CAPSI, aqui abordado com veemência, a manifestação da comunicação se torna cada vez mais imperiosa entre os atores que convivem neste espaço, especialmente entre os profissionais de saúde e os familiares/cuidadores. Tal fenômeno, no âmbito deste trabalho, foi considerado como amplo e não limitado ao ambiente interno da instituição. Nesse sentido, este estudo evidenciou questões relativas à percepção de familiares/cuidadores com relação à comunicação que estabelecem com os profissionais de saúde do CAPSI, identificando os significados e características da comunicação, os fatores que a facilitam e dificultam, assim como as estratégias utilizadas pelos sujeitos envolvidos no processo comunicacional. Cabe destacar que os objetivos específicos apresentados no presente estudo estão relacionados às categorias temáticas e aos temas que emergiram dos discursos coletivos.

Os significados da comunicação para os familiares/cuidadores foram explicitados na categoria **pressupostos da comunicação**, nas perspectivas dialógica e fragmentada e nas finalidades de se comunicar. As características presentes na comunicação foram apontadas nos tipos de comunicação presentes nos **pressupostos** e na **relação profissional-família/cuidador**. Os fatores que facilitam e dificultam o processo de comunicação foram manifestados na categoria **relação profissional-família/cuidador**, nas ações que possibilitam e fragilizam a comunicação. As estratégias de comunicação foram descritas nas **sugestões para potencializar a comunicação**, assim como nas ações que possibilitam a comunicação na **relação profissional-família/cuidador**.

Os dados evidenciaram que os pressupostos da comunicação, apontados pelos sujeitos, estão relacionados aos conceitos, às finalidades e aos tipos de comunicação. Os participantes relacionaram o fenômeno, mais superficialmente, à

comunicação verbal e às manifestações mais explícitas de comunicação não verbal, como a cinésica. A escassa frequência mensal de comunicação entre profissionais de saúde e familiares/cuidadores no CAPSI também foi outro dado relevante na pesquisa.

As concepções de comunicação, nas perspectivas dialógica e fragmentada, foram expressas pelos participantes e revelaram que a abordagem horizontal, transparente, de trocas e entendimento nem sempre estão presentes no CAPSI, o que compromete o cuidado interdisciplinar e a coesão da equipe no tratamento de crianças/adolescentes com transtornos mentais.

As finalidades da comunicação são congruentes com os achados na literatura, especialmente no que se refere à necessidade de resolução de problemas e à expressão de pensamentos e ideias. Estas motivações para a comunicação, embora comuns no ambiente de cuidado em saúde, restringem-se à técnica de comunicação verbal- expressão- e não estão relacionadas à clarificação e validação das informações.

Nesse sentido, as técnicas de clarificação e validação tornam-se premissas importantes que devem ser identificadas e incentivadas dentro da organização e dinâmica do CAPSI, a fim de que orientações profissionais sejam dadas e entendidas de maneira correta, bem como esclarecimentos e informações dados pelos familiares/cuidadores possam ser compreendidos pelos profissionais de saúde e utilizados para um adequado cuidado, incluindo *feedback* do tratamento, prescrição correta de medicação, orientações sobre condutas familiares, encaminhamentos, construção do PTS, dentre outros.

Os tipos de comunicação identificados pelos participantes estão mais ligados à comunicação verbal por meio de falas, escrita e telefonemas. Embora os sujeitos afirmem limitada comunicação verbal com os profissionais e desejo de que esta comunicação torne-se mais frequente, sugerem, como estratégia para melhor se comunicarem, a utilização de WhatsApp.

Outro aspecto que merece reflexão cuidadosa é a utilização deste dispositivo móvel- WHA- como ferramenta para potencializar a comunicação entre profissionais de saúde e familiares/cuidadores. Restringindo-se a comunicação a esta utilização, os sinais não verbais, tão intangíveis aos olhos dos participantes, continuarão a se tornar uma ferramenta desperdiçada de comunicação e entendimento de ambas as partes.

Além disso, cabe salientar que, no contexto de serviço especializado em saúde mental infantojuvenil, considera-se que a família é centro de cuidado tanto quanto a criança ou o adolescente com transtorno mental. Isto significa que a família/cuidador também se encontra adoecida e necessitada de assistência multiprofissional. A assistência, seja para a família/cuidador ou para a criança/adolescente, não deve ser feita a distância, na ausência do contato humano e da compreensão de todos os fatores individuais, familiares, sociais, culturais, religiosos e comunitários que circunscrevem o sujeito em sua singularidade e que só podem ser compreendidos na relação que se estabelece com o outro.

O uso do WHA foi uma sugestão dada pelos participantes a fim de facilitar o processo de comunicação. Interessante apontar que, como ferramenta complementar, este aplicativo possibilitaria trocas instantâneas, confirmação de consultas, agendamentos de reuniões de família e, se usado de maneira adequada e treinada, proporcionaria maior vínculo terapêutico da família com o CAPSI. Outra questão a ser refletida seria a utilização de um número de telefone da instituição para ser o contato profissional do WHA, além de eleger um profissional do serviço como responsável por administrar o grupo e os diálogos.

Na relação profissional-família/cuidador, os fatores que possibilitam e fragilizam a comunicação estiveram intimamente ligados às sugestões dadas pelos participantes para potencializar a comunicação entre profissionais de saúde e familiares/cuidadores.

Obtiveram destaque, como facilitadores da comunicação, as ações positivas dos profissionais, especialmente a atuação humana e técnica e o provimento de orientações aos responsáveis pelos pacientes. Ações negativas dos profissionais, como atuação reducionista e não técnica, escassez de orientações aos familiares/cuidadores, atendimento multiprofissional oferecido de forma fragmentada, foram apontados como dificultadores da comunicação na relação profissional/paciente/família.

As sugestões para potencializar a comunicação se constituíram como parte das possíveis estratégias a serem adotadas, enfocando os familiares/cuidadores dos pacientes e a dinâmica e organização do serviço. Os participantes propuseram a realização de reuniões com os familiares/cuidadores de forma mais sistematizada, a utilização do dispositivo do WHA para maximizar a comunicação entre profissionais

do CAPSI e os responsáveis, além da realização de trabalhos e atividades conjuntas: profissional/paciente/família no interior do CAPSI.

Cabe destacar a importância de ações conjuntas a serem realizadas nos serviços de saúde, de forma geral, a fim de fomentar o envolvimento, o protagonismo, a corresponsabilização dos familiares/cuidadores e a construção coletiva do cuidado por meio da participação no cotidiano das instituições. Dessa forma, este estudo evidencia a infância e a adolescência como processo que requer atenção, cuidado e intervenções, em seus diversos e dinâmicos aspectos, como cuidados em saúde, aspectos socioemocionais, familiares, entre outros.

Acredita-se que essas ações auxiliariam de forma significativa a comunicação existente no CAPSI, porque possibilitaria a vivência prática do entendimento sobre o tratamento, além de fortalecer o vínculo terapêutico entre os profissionais e responsáveis pelas crianças/adolescentes. Ademais, estas ações conjuntas poderiam ser disseminadas em outros cenários comunitários, no sentido de fortalecer a rede de cuidados em saúde mental e empoderar os sujeitos a se apropriarem de serviços e recursos disponíveis para condições, não apenas de saúde, mas de educação, cultura e lazer.

Interessante salientar que os participantes acreditam que a atuação mais cooperativa da gestão no serviço representa ferramenta para maximizar a comunicação, na medida em que estimularia práticas mais adequadas. Além disso, a gestão também poderia oferecer capacitações e cursos para os profissionais do CAPSI referentes não só à comunicação verbal, mas especialmente, aos sinais não verbais. Outro ponto importante de ser destacado é que a atuação da gestão apareceu, nesta pesquisa, apenas nesta categoria, não estando relacionada à concepção de comunicação, nem à relação profissional/paciente/família.

O diálogo entre os profissionais da instituição foi outro aspecto sugerido pelos participantes como potencial para melhorar a comunicação. Importante refletir que, se os familiares/cuidadores percebem dificuldades no diálogo entre os profissionais do CAPSI, infere-se que a interlocução entre os profissionais e os familiares/cuidadores também estará imersa em confusões e contrassensos, uma vez que os próprios profissionais, entre eles, não dominam as informações de forma clara.

Esta pesquisa apontou dados referentes à percepção de comunicação para os familiares/cuidadores de crianças e adolescentes atendidos em um CAPSI, em

suas relações com os profissionais de saúde, que convivem em um determinado contexto e que, por conseguinte, lidam com suas manifestações e características. Assim, percebeu-se que esses sujeitos acabam desenvolvendo estratégias próprias para conseguirem se comunicar melhor em seu cotidiano.

Por ser caracterizado como um fenômeno dinâmico, a comunicação exige atenção e ações não apenas de profissionais da saúde, mas sim de equipes multiprofissionais e intersetoriais, como de profissionais da área audiovisual e de dramatização, que atuem de maneira a contribuir com capacitações para os profissionais.

Importante enfatizar que, nos dias atuais, as políticas públicas em saúde, bem como as ações locais desenvolvidas preconizam atuações voltadas para o maior envolvimento das famílias/cuidadores no processo de cuidar. Entretanto, para que intervenções nestes níveis sejam realmente eficazes e resolutivas, são necessárias a integração e a comunicação horizontal entre os diferentes saberes, setores e atores para que juntos, em rede, possam ser compartilhadas as responsabilidades e as ações.

Salienta-se que este estudo apresentou limitações relacionadas ao fato da pesquisadora, condutora do estudo, ser uma profissional de saúde do CAPSI, o que foi minimizado pelas estratégias adotadas na coleta de dados; à baixa adesão dos familiares/cuidadores, consequência das dificuldades de contato telefônico, de comparecimento ao serviço por três vezes, em um mês e pela confirmação de presença e posterior falta nos encontros. Por outro lado, cabe pontuar que embora a pesquisa tenha sido realizada no único CAPSI do município e que seus resultados não podem ser generalizados para todos os CAPSI, os dados oferecem subsídios importantes para a compreensão da comunicação em diferentes contextos e para a elaboração de estratégias que fomentem uma comunicação mais eficaz.

É importante destacar que neste estudo emergiram questões relativas à comunicação entre os familiares/cuidadores e seus filhos(as) com transtornos mentais que não são muito exploradas na literatura pesquisada e não foram tratadas em profundidade nesta pesquisa em virtude do olhar direcionado ao objeto. Contudo, é relevante que pesquisas envolvendo a comunicação entre familiares/cuidadores e crianças/adolescentes com sofrimento psíquico sejam desenvolvidas a fim de que se compreenda como estas trocas são ou não

reproduzidas em outros contextos e de que forma isso interfere no cuidado à saúde deste público.

Constata-se a necessidade de estudos que também investiguem a percepção dos profissionais de saúde, inclusive da gestão, com relação à comunicação que estabelecem com os familiares/cuidadores, além da perspectiva de crianças e adolescentes com transtornos mentais sobre a comunicação existente entre seus responsáveis e os profissionais de saúde.

Percebeu-se a necessidade de estudos de cunho etnográfico, por meio dos quais será possível a discussão das contradições entre os discursos dos sujeitos e as atitudes no cotidiano da saúde mental. Além disso, ressalta-se a importância de estudos, caracterizados como pesquisa-ação, que foquem na análise sistematizada sobre a efetividade de intervenções, como capacitações voltadas para a o melhoramento da comunicação.

Outra sugestão seria a utilização da observação participante como uma estratégia na investigação da comunicação. Desta forma, o pesquisador se colocaria como observador/participante em uma situação social, com a finalidade de realização de uma investigação científica. Ficaria em interlocução direta no espaço social da pesquisa, interagindo na vida social das pessoas por um longo período de tempo, em seu cenário cultural, objetivando compreender o contexto da pesquisa e colher dados. Este método, para a comunicação, seria muito interessante porque possibilitaria a apreensão da realidade mediante situações vivenciadas *in loco*.

Nessa perspectiva, constatou-se a necessidade de se trabalhar com os profissionais de saúde, com os gestores, a comunidade, a família, as crianças e os adolescentes com transtornos mentais, com os sujeitos que prestam o cuidado a estas pessoas (familiares ou não) de forma harmônica e coesa, a fim de contribuir para uma assistência mais qualificada e humanizada a estas pessoas, além de potencializar o processo de aprendizado de todos os atores envolvidos e promover uma concepção coletiva de protagonismo no cuidado.

Salienta-se que o estudo apresentou contribuições relativas à relação profissional-família/cuidador, em aspectos que ora possibilitam a comunicação, ora dificultam. A importância, inclusive na percepção dos sujeitos, de maior participação familiar no tratamento de seus filhos(as), bem como na construção do cuidado, além do atendimento realizado de forma fragmentada foram temas destacados e passíveis de reflexão.

Fica evidente que as famílias/cuidadores também percebem a importância de um trabalho articulado e complementar que possa ser eficaz, atuando de maneira integral e holística tanto com o sujeito quanto em sua própria composição. Contudo, a equipe de profissionais com a gestão do CAPSI parece não ter esta mesma percepção ou se a tem, não consegue transformar a realidade e o processo de trabalho instituído no cotidiano. Cabe aqui destacar a necessidade de transformação desta realidade, com a contribuição das famílias/cuidadores, profissionais, gestão local e municipal, parceiros e, talvez, profissionais mediadores e facilitadores deste processo de mudança.

Outra importante colaboração deste estudo se refere às sugestões focadas na dinâmica e organização do serviço, dentre elas, atuação mais participativa da gestão no serviço e diálogo entre os profissionais da instituição. O desempenho de gestores no serviço é algo inovador. Diz respeito ao protagonismo dos gestores na busca por programas educacionais, suas elaborações e avaliações, que possam contribuir nas práticas em saúde mental, ao fato de também pertencerem à equipe de saúde e, conseqüentemente, se comunicarem de forma mais adequada, além de serem responsáveis pela obtenção e continuidade de ações transformadoras.

O diálogo entre os profissionais da instituição, outro aspecto relevante desta pesquisa, sendo percebido como insuficiente e foco de sugestão para a melhora da comunicação, é inequívoco que ele se estenda de forma enfraquecida para os familiares/cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Sugerir um fortalecimento da comunicação interna no CAPSI e, conseqüentemente, da relação ali existente, e refletir que esta dificuldade ecoa na comunicação que os profissionais de saúde estabelecem com os familiares/cuidadores é substancial para um olhar diferenciado sobre o fenômeno.

O conceito de comunicação formulado nesta tese, ancorado nos dados empíricos e também convergente com os autores estudados, apontam para uma definição de comunicação fundamentada em compreender, em ser compreendido e nas ações dos atores que se relacionam. A comunicação, utilizando-se dos sinais verbais e não verbais, para que seja eficaz e resolutiva, precisa se constituir de maneira articulada entre os componentes da equipe a fim de que seja realizada de forma adequada com usuários e familiares/cuidadores. Para isso, deve transcender o aspecto técnico e incorporar também a competência humana. Neste sentido, é

pertinente destacar a gestão como potente ferramenta para estimular o redesenho e a nova prática do processo comunicacional na saúde mental.

REFERÊNCIAS

- ALVES, E. F. A comunicação da equipe de enfermagem com o paciente em cuidados paliativos. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 34, n. 1, p. 55-62, 2013. Disponível em:< <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/12214>>. Acesso em: 19 mar. 2017.
- ALVES, K. R.; ALVES, M. S.; ALMEIDA, C. P. B. Cuidado em saúde mental: valores, conceitos e filosofias presentes no cotidiano do atendimento. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 6, n. 2, p. 4-9, abr./jun. 2017. Disponível em:< <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5913>>. Acesso em: 19 out. 2017.
- ALVES, T. C.; OLIVEIRA, W. F.; VASCONCELOS, E. M. A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 51-71, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n1/04.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2017.
- AMORIM, R. K. F. C. C. et al. Formação docente em comunicação não verbal: avaliação do desempenho docente. Investigación en **Enfermería Imagen y Desarrollo**, Bogotá, v. 19, n. 2, p. 113-128, jul./dez. 2017. Disponível em:< <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/12399/14768>>. Acesso em: 19 ago. 2017.
- ANJOS FILHO, N. C.; SOUZA, A. M. P. The workers' perceptions about the multiprofessional team work at a Psychosocial Care Center in Salvador, Bahia, Brazil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 63-76, jan./mar. 2017. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150428.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2017.
- ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 626-32, jun. 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/14.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2017.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, set. 2004. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a04.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2017.
- AZEVEDO, A. L. et al. A comunicação do estudante de enfermagem na escuta de pacientes em hospital psiquiátrico. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. e20160325, 2017. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0325.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2017.

- BACKES, D. S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-42, 2011. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_da_dos_pesquisa_qualitativa.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2017.
- BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.
- BARBATO, A.; CIVENTI, G.; D'AVANZO, B. Community residential facilities in mental health services: a ten-year comparison in Lombardy. **Health Policy**, Amsterdam, v. 121, n. 6, p.623-628, june, 2017. Doi: 10.1016/j.healthpol.2017.03.012
- BARBOSA, I. A et al. The communication process in Telenursing: integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v. 69, n. 4, p. 718-25, jul./ago. 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0765.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2017.
- BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BARRETO, M. L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, jul. 2017. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n7/1413-8123-csc-22-07-2097.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2017.
- BARRETO, M. S. et al. Cuidado centrado na família em unidades emergenciais. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. e20170042, 2017. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n2/1414-8145-ean-21-02-e20170042.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2017.
- BRAGA, E. M.; SILVA, M. J. P. Como especialistas em Comunicação expressam a competência comunicativa. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p.529-38, jul./set. 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0910.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2017.
- BRAGA, E. M.; SILVA, M. J. P. Comunicação competente – visão de enfermeiros especialistas em comunicação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 410-414, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/03.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados 12. **Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental**, Brasília, v. 10, n. 12, out. 2015. Disponível em:< http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012b. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.htm.

Acesso em: 02 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em:<

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>.

Acesso em: 22 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. **Política Nacional de Humanização PNH.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em:<

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria n. 336 de 19 de fevereiro de 2002.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:<

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>.

Acesso em: 23 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infante-juvenil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em:<

http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/diversos/mini_cd/pdfs/caminhos.pdf>.

Acesso em: 20 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da saúde, 2004. Disponível em:<

http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental.**

Brasília: Ministério da saúde, 2013a. Disponível em:<

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em:<

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 30 maio 2017.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estimativas de população: estimativas populacionais para os municípios e para as unidades da federação brasileiras em 01.07.2017**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em:<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2017/estimativa_dou.shtm>. Acesso em: 12 dez. 2017.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em:<<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras Providências. Brasília: Presidência da República, 1990a. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 19 fev. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 31 ago. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 26 mar. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990b. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 31 out. 2017.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, jan./abr. 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2017.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F.; VIEIRA, M. V. O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 517-523, 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/06.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

- CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção
estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
Disponível em:<
https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/miolo_saude_brasil_2030.pdf>. Acesso em: 22 out. 2017.
- CARVALHO, I. L. N. et al. CAPS I: avanços e desafios após uma década de
funcionamento. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 6, n. 14,
p. 42-60, 2014. Disponível em:<
<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1741/3936>>. Acesso
em: 18 jan. 2018.
- CHIAVERNI, D. H. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**.
Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- CIPRO NETO, P. **Dicionário da língua portuguesa comentado pelo Professor
Pasquale**. Barueri: Gold, 2009.
- COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.
**Determinantes Sociais da Saúde ou Por que alguns grupos da população são
mais saudáveis que outros?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- CONSTANTINIDIS, T. C. Profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com
sofrimento psíquico: encontro ou desencontro? **Psicologia USP**, São Paulo, v. 28, n.
1, p. 23-32, jan./abr. 2017. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v28n1/1678-5177-pusp-28-01-00023.pdf>>. Acesso em:
22 mar. 2017.
- COVELO, B. S. R.; BADARÓ-MOREIRA, M. I. Laços entre família e serviços de
Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico.
Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1133-1144,
out./dez. 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n55/1807-5762-icse-1807-576220140472.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2017.
- CUNHA, M. P.; BORGES, L. M.; BEZERRA, C. B. Infância e Saúde mental: perfil
das crianças usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil. **Mudanças:
Psicologia da Saúde**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 27-35, jan./jun. 2017. Disponível
em:< <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/7289/5719>>. Acesso em: 23 nov. 2017.
- DEMARCO, D. A.; JARDIM, V. M. R.; KANTORSKI, L. P. Profile of the family of
Psychosocial Care Center users: distribution by type of servisse. **Journal of
Research, Fundamental Care Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 732-737, jul./set.
2017. Disponível em:<
http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5498/pdf_1>.
Acesso em: 29 dez. 2017.

DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 641-649, 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a15v13s1.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2017.

DIAS, M. S. A.; VIEIRA, N. F. C. A comunicação como instrumento de promoção de saúde na clínica dialítica. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 71-77, jan./fev. 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/11.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2017.

DIMENSTEIN, M. et al. Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1209-1226, dec. 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a08v20n4.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2017.

ESLABÃO, A. D. et al. Beyond mental health's network: between challenges and potentialities. **Journal of Research Fundamental Care Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 85-91, jan./mar. 2017. Disponível em:< <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4646/pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

ESTEVAM, M. C. et al. Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 679-686, jun. 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a19.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

FATORI, D.; GRAEFF-MARTINS, A. S. Epidemiologia dos transtornos mentais de crianças e adolescentes. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. L.; LYKOUROPOULOS, C. B. **O CAPSi e o desafio da gestão em rede**. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 39-53.

FAVA, M. C.; SILVA, N. R.; SILVA, M. L. Avaliação da sobrecarga em cuidadores familiares de pacientes de um centro de atenção psicossocial. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 41, p. 41-55, jul./dez. 2015. Disponível em:< <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/4690/3872>>. Acesso em: 21 jul. 2017.

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**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 3, p. 977-990, set. 2016. Disponível em:< <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n3/v24n3a11.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2017.

FERREIRA, A. B. H. **Mini dicionário Aurélio Língua Portuguesa**. 8. ed. Rio de Janeiro: Positivo, 2014.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2017.

FORD, C. A. et al. Parent and adolescent interest in receiving adolescent health communication information from primary care clinicians. **J Adolesc Health**, New York, v. 59, n. 2, p. 154-161, aug. 2016. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.03.001

FRANZOI, M. A. H. et al. Musical intervention as a nursing care strategy for children with autism spectrum disorder at a psychosocial care center. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 1, p.e1020015, 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-1020015.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, jan./mar. 2017. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n112/0103-1104-sdeb-41-112-0063.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2017.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S.; GOMES, S. F. D. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008. p. 79- 108.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p. 149-161, 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v12n24/04.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

GONTIJO, D. T. Determinantes Sociais de Saúde: uma perspectiva para a compreensão das relações entre processos de exclusão social e equidade em saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 8, 2010. Disponível em:< https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/v12n1a01.htm>. Acesso em: 15 maio 2017.

GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. Juventude e processos de exclusão social: subsídios para o planejamento de ações de promoção de saúde. In: GUIMARÃES, M. T. C.; SOUSA, S. M. G. **Jovens, espaços de sociabilidade e processos de formação**. Brasília: SEDH, 2010. p. 53-75.

HADDAD, J. G. V. et al. A comunicação terapêutica na relação enfermeiro-usuário da atenção básica: um instrumento para a promoção da saúde e cidadania. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 2, p.145-55, 2011. Disponível em:< https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/84/145-155.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2017.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. F. The Singular Therapeutic Project and mental health practices at Family Health Support Centers in Guarulhos in the state of São Paulo, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3561-3571, ago. 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03561.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2017.

- KALAM, A. F. A. et al. Relatives demands of people with mental disorders. **Revista de Enfermagem UFPI**, Teresina. v. 6, n. 3, p. 11-7, jul./set. 2017. Disponível em:< <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6204/pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2017.
- KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. R.; QUEVEDO, A. L. A. Avaliação de estrutura e processo dos centros de atenção psicossocial da região sul do Brasil. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 4, p. 728-35, out./dez. 2013. Disponível em:< http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10867/pdf_82>. Acesso em: 16 jan. 2017.
- LIMA, I. C. V. et al. Validação de mensagens telefônicas para promoção da saúde de pessoas com HIV. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo. v. 30, n. 3, p. 227-232, maio/jun. 2017. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n3/1982-0194-ape-30-03-0227.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2017.
- LIMA, J. T. S. et al. Therapeutic and nontherapeutic communication between nurses and hospitalized elderly citizens. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 6, n. 7, p. 1566-1575, jul. 2012. Disponível em:< <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/7206/6552>>. Acesso em: 17 fev. 2017.
- LIU, L. et al. Survey on the use of mental health services and help-seeking behaviors in a community population in Northwestern China. **Psychiatry Res**, Amsterdam, v. 262, p. 134-140, feb. 2018. Doi: 10.1016/j.psychres.2018.02.010
- LUIZ, F. F.; CAREGNATO, R. C. A.; COSTA, M. R. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 1014-1017, set./out. 2017. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/pt_0034-7167-reben-70-05-1040.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2017.
- MACHINESKI, G. G.; SCHNEIDER, J. F.; CAMATTA, M. W. O tipo vivido de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial infantil. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 126-132, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/16.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2017.
- MEDEIROS, L. M. O. P.; BATISTA, S. H. S. S. Humanização na formação e no trabalho em saúde: uma análise da literatura. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 925-951, set./dez. 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n3/1678-1007-tes-14-03-0925.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2017.
- MELO, M. C. A. et al. Perfil clínico e psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos no estado do Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 343-352, fev. 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0343.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S.; GOMES, S. F. D. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2016. p. 9-30.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S.; GOMES, S. F. D. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2016.

MISSEL, A.; COSTA, C. C.; SANFELICE, G. R. Humanização da saúde e inclusão social no atendimento de pessoas com deficiência física. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 575-597, maio/ago. 2017. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tes/v15n2/1678-1007-tes-1981-7746-sol00055.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

MONTEIRO, A. R. M. et al. Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes- a busca pelo tratamento. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 523-529, jul./set. 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/14.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2017.

MONTENEGRO, L. C. **A expressão da ética nas práticas de profissionais da saúde no contexto de unidades de internação hospitalar**. 2014. 146 f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014. Disponível em:< <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUOS-9KPGJ3>>. Acesso em: 19 mar. 2017.

MOURÃO, C. M. L. et al. Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 139-145, jul./set. 2009. Disponível em:< http://www.revistarene.ufc.br/vol10n3_html_site/a17v10n3.htm>. Acesso em: 29 set. 2017.

MUYLAERT, C. J., DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Relações de gênero entre familiares cuidadores de crianças e adolescentes de serviços de saúde mental. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 41-58, jan./mar. 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n1/0103-7331-physis-25-01-00041.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2017.

NASCIMENTO, Y. C. M. L. et al. Perfil de crianças e adolescentes acompanhados por um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 8, n. 5, p. 1261-1272, maio 2014. Disponível em:< <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/9808/9979>>. Acesso em: 09 ago. 2017.

NEVES, T. S. et al. Family difficulties in caring for patients with mental disorders: a report of experience. **Revista de Enfermagem UFPI**, Teresina, v. 6, n. 3, p. 79-82, jul./set. 2017. Disponível em:< <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5814/pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2017.

OLIVEIRA, E. N. et al. Family needs a break: it takes care of people with mental disorder. **Journal of Research Fundamenal Care** Online, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 71-78, jan./mar. 2017. Disponível em:< <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4340/pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2017.

OLIVEIRA, L. C. S. **Estudo avaliativo da estrutura dos CAPS da região sul do brasil: contribuições para a saúde mental**. 2013. 125 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Pelotas, 2013. Disponível em:< <https://wp.ufpel.edu.br/pgenfermagem/files/2015/10/ad61ab143223efbc24c7d2583be69251.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: mapa do progresso de 2012. Nova York: Divisão de Estatística do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde**. Genebra: OMS, 2011. Disponível em: <www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo- Saúde Mental, nova concepção, nova esperança**. Genebra: OMS, 2001. Disponível em: <http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2016.

ORMONDE JÚNIOR, J. C.; LIMA, I. F. A percepção dos enfermeiros sobre comunicação terapêutica nas consultas de enfermagem em unidades de saúde da família. **Enciclopédia Biosfera**, Goiânia, v. 10, n. 18, p. 3392-3409, 2014. Disponível em:< <http://www.conhecer.org.br/enciclop/2014a/CIENCIAS%20DA%20SAUDE/a%20percepcao.pdf>>. Acesso em: 14 maio. 2017.

OTANI, M. A. P. **Comunicação entre profissional de saúde e paciente: percepções de mulheres com câncer de mama**. 2013. 221 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP, Campinas, 2013. Disponível em:< <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000904000>>. Acesso em: 03 ago. 2017.

PAIANO, M. et al. Ambulatório de saúde mental: fragilidades apontadas por profissionais. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 3, p. e0040014, 2016. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt_0104-0707-tce-25-03-0040014.pdf>. Acesso em: 02 set. 2017.

PAULA, C. S. et al. Prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents from four Brazilian regions. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 178-179, abr./jun. 2015. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462015000200178>. Acesso em: 01 jul. 2017.

PEGORARO, R. F.; BASTOS, L. S. N. Experiências de acolhimento segundo profissionais de um centro de atenção psicossocial. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 6, n. 1, p. 3-17, jan./jun. 2017. Disponível em:< <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1525/pdf>>. Acesso em: 02 set. 2017.

PEITER, C. C.; CAMINHA, M. E. P.; OLIVEIRA, W. F. Perfil dos gerentes da atenção primária: uma revisão integrativa. Espaço para a Saúde, **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Londrina, v. 18, n. 1, p. 165-173, jul. 2017. Disponível em:< <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/27085/pdf>>. Acesso em: 01 out. 2017.

PEREIRA, S. D. **Conceitos e definições da saúde e epidemiologia usados na vigilância sanitária**. São Paulo: CVS, 2007. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visu.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2017.

PETRESCO, S. et al. Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders among 6-year-old children: 2004 Pelotas Birth Cohort. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 49, n. 6, p. 975-983, jun. 2014. Disponível em:< https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4028510/pdf/127_2014_Article_826.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2017.

PHILLIPS, J. **Care**: key concepts. Cambridge: Polity, 2007.

POLANCZYK, G. V. et al. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, Oxford, v. 56, n. 3, p. 345-365, mar. 2015. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12381>

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2009.

PROCHET, T. C.; SILVA, M. J. P. Competência Comunicacional: o que é isso?. **Revista Técnico-Científica de Enfermagem**, Curitiba, v. 8, n. 25, p. 118-124, 2010. Disponível em:< https://www.researchgate.net/publication/308659099_Competencia_Comunicacional_o_que_e_issu>. Acesso em: 22 mar. 2017.

PROCHET, T. C.; SILVA, M. J. P. Proxêmica: as situações reconhecidas pelo idoso hospitalizado que caracterizam sua invasão do espaço pessoal e territorial. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 321-326, abr./jun., 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/14.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2017.

PUGGINA, A. C. et al. Maquiagem como comunicação não verbal: influência na percepção de pacientes mulheres em relação ao cuidar. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 74, p. 13-20, jul./set. 2015. Disponível em:< http://revistaenfermagematual.com.br/revistas/revista_12.pdf >. Acesso em: 06 maio 2017.

PUGGINA, A. C. G.; SILVA, M. J. P. Ética no cuidado e nas relações: premissas para um cuidar mais humano. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 4, p. 599-605, out./dez. 2009. Disponível em:< https://moodle.ufsc.br/pluginfile.php/1329325/mod_resource/content/1/etica%20no%20cuidado%20%281%29.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2017.

PUGGINA, A. C.; SILVA, M. J. P. Interpersonal Communication Competence Scale: Brazilian translation, validation and cultural adaptation. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 108-114, mar./abr. 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n2/0103-2100-ape-27-02-0108.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2017.

QUEIROZ, Y. L.; FERREIRA, C. B.; SILVA, A. M. F. Práticas em um CAPS de Minas Gerais. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 126-137, 2013. Disponível em:< <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v14n2/v14n2a10.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2017.

RAMOS, A. P.; BORTAGARAI, F. M. A comunicação não-verbal na área da saúde. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.14, n. 1, p. 164-170, jan./fev. 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v14n1/186_10.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2017.

REIS, L. C. C.; GABARRA, L. M.; MORÉ, C. L. O. O. As Repercussões do Processo de Internação em UTI Adulto na Perspectiva de Familiares. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 3, p. 815- 828, 2016. Disponível em:< <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n3/v24n3a03.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

RENNÓ, C. S. N.; CAMPOS, C. J. G. Comunicação interpessoal: valorização pelo paciente oncológico em uma unidade de alta complexidade em oncologia. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 116-125, jan./mar. 2014. Disponível em:< <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/912>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

ROCHA, R. S. et al. Determinantes sociais da saúde e qualidade de vida de cuidadores de crianças com câncer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, p.e57954, 2016. Disponível em:< <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/57954/38638>>. Acesso em: 11 de maio 2017.

RODRIGUES, M. P.; LIMA, K. C.; RONCALLI, A. G. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 71-82, jan./fev. 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/11.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

SALUM, G. A. et al. High risk cohort study for psychiatric disorders in childhood: rationale, design, methods and preliminary results. **International Journal of Methods in Psychiatric Research**, Chichester, v. 24, n. 1, p. 58-73, mar. 2015. Doi: 10.1002/mpr.1459.

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 34, p.146-60, jan./jul. 2011. Disponível em:< <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1643/1567>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

SANTOS, E. O. et al. Team meeting: proposal for the work process organization. **Journal of Research Fundamental Care Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 606-613, jul./set. 2017. Disponível em:< http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/5564/pdf_1>. Acesso em: 19 out. 2017.

SCHIMIDT, T. C. G.; SILVA, M. J. P. Proxêmica e cinésica como recursos comunicacionais entre o profissional de saúde e o idoso hospitalizado. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 349-354, jul./set. 2012. Disponível em: < <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/2337/2882>

SCHIMIDT, T. C. G.; SILVA, M. J. P. Reconhecimento dos aspectos tacênicos para o cuidado afetivo e de qualidade ao idoso hospitalizado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 426-432, abr. 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/22.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2017

SILVA, A. L. A. et al. Comunicação e enfermagem em saúde mental– reflexões teóricas. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 65-70, out. 2000. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n5/12369.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

SILVA, E. B. C. et al. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 272-276, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/a05v20n3.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2017.

SILVA, M. J. P. **A comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 10. ed. São Paulo: Loyola, 2015.

STAKE, R. **Pesquisa qualitativa- estudando como as coisas funcionam**. Porto Alegre: Penso, 2011.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. São Paulo: Manole, 2012.

TAÑO, B. L. **Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) e as práticas de cuidado para as crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico**. 2014. 208 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/6882/5803.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 16 jan. 2017.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. **Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 439-47, 2015. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/865/624>>. Acesso em: 19 mar. 2017.

TAVARES, S. F. V. **Vivência do atendimento no centro de atenção psicossocial infanto-juvenil: motivações da família e profissionais**. 2012. 165 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) - Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza - CE, 2012. Disponível em: <<http://www.uece.br/cmaccilis/dmdocuments/Suzane%20de%20F%C3%A1tima%20Tavares.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

TÁVORA, R. C. O. et al. Atendimento de crianças e adolescentes em CAPSi: visão dos familiares. **Revista de Pesquisa Cuidado Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 2, supl., p. 697-700, out./dez. 2010. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1096/pdf_260>. Acesso em: 18 jan. 2017.

THIENGO, D. L. et al. Family satisfaction with a Children and Youth Psychosocial Care Center service (CAPSi) in the city of Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 298-308, jul./set. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n3/1414-462X-cadsc-23-3-298.pdf>>. Acesso em: 17 maio. 2017.

THIENGO, D. L.; CAVALCANTE, M. T.; LOVISI, G. M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.4, n. 63, p. 360-72, out./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n4/0047-2085-jbpsiq-63-4-0360.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a13v19n3.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

TREICHEL, C. A. S. et al. Satisfação de familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial: informações sobre doença e tratamento. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 6, n. 3, p. 414-22, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/5955/6919>>. Acesso em: 12 out. 2017.

VENERONI, L. et al. Considerations on the use of WhatsApp in physician-patient communication and relationship. **Recenti Progressi in Medicina**, Roma, v. 106, n. 7, p. 331-336, jul. 2015. Doi: 10.1701/1940.21090

VILLA, L. L. O. et al. A percepção do acompanhante sobre o atendimento humanizado em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 187-192, jan./mar. 2017. Disponível em: <
http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5346/pdf_1>. Acesso em: 19 set. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Genebra: WHO, 2010b. Disponível em:<
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 19 maio 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Commission on Social Determinants of Health. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Genebra: WHO, 2010a. Disponível em:<
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 19 maio 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the world health organization**. Geneva: WHO, 1946. Disponível em:<
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf>. Acesso em: 16 set. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Mental Health and Substance Abuse. **Brazil: Mental Health Atlas, 2011**. Genebra: World Health Organization, 2011. Disponível em:<
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44697/1/9799241564359_eng.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Mental Health and Substance Abuse. **Brazil: Mental Health Atlas, 2014**. Genebra: World Health Organization, 2014. Disponível em:<
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011_eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 15 ago. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2001 - Mental Health: new understanding, new hope**. Genebra: WHO, 2001. Disponível em:<
http://www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1>. Acesso em: 19 jun. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Roteiro de grupo focal para familiares/cuidadores

COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E FAMÍLIA/CUIDADORES

Este roteiro possui questões diretivas, ou seja, mais pontuais e questões norteadoras enumeradas com números arábicos, ou seja, estão aqui designadas como questões 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7. Os subitens colocados abaixo dos números arábicos, com a marcação (-) são aspectos que devem ser contemplados pelos participantes da pesquisa, isto é, permitem ao pesquisador investigar itens que, por ventura, os participantes não explicitaram.

Objetivos Específicos:

- Descrever e analisar o significado da comunicação existente no CAPSI entre profissionais de saúde e familiares;
- Descrever e analisar as características (técnicas, tipos, etc.) da comunicação existente no CAPSI entre profissionais de saúde e familiares;
- Descrever e analisar os fatores facilitadores da comunicação entre profissional de saúde-familiar;
- Descrever e analisar os fatores limitantes da comunicação entre profissional de saúde-familiar;
- Descrever e analisar as estratégias utilizadas pelos familiares para se comunicarem com os profissionais de saúde;
- Descrever e analisar as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para se comunicarem com os familiares, na visão dos cuidadores.

Perguntas iniciais diretivas:

	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4	Participante 5
Iniciais					
Identificação					
Sexo					
Idade					
Escolaridade					
Grau de parentesco com o usuário					
Quantas vezes ao mês você se comunica com os profissionais de saúde do CAPSI (pessoalmente, telefone, relatórios, etc.)?					
Quem é o profissional de referência/que cuida do seu filho(a) no CAPSI?					

* As questões acima descritas serão respondidas por cada integrante de cada grupo focal formado, no primeiro encontro de cada um deles, anteriormente ao grupo focal.

ENCONTROS/ TEMÁTICAS
<p style="text-align: center;">1º encontro</p> <p>1) O que é comunicação para vocês?</p> <p>2) O que vocês acham que faz parte da comunicação entre vocês e os profissionais de saúde?</p>
<p style="text-align: center;">2º encontro</p> <p>3) O que vocês acham que é mais difícil na comunicação entre vocês e os profissionais de saúde aqui do CAPSI? E mais fácil?</p> <p>4) Quais as estratégias que vocês usam para se comunicarem com os profissionais? E quais vocês percebem que os profissionais usam para se comunicarem com vocês?</p>
<p style="text-align: center;">3º encontro</p> <p>5) Representem, do jeito de vocês, como é a comunicação entre vocês e os profissionais de saúde aqui do CAPSI.</p>

Questões norteadoras:

1) O que é comunicação para vocês?

- O que vocês entendem por comunicação (geral- manifestações)
- Tipos de comunicação que vocês conhecem (verbal, não verbal)
- Por que as pessoas se comunicam/O que motiva as pessoas a se comunicarem (informação, mensagem)

2) O que vocês acham que faz parte da comunicação entre vocês e os profissionais de saúde?

- Para que serve a comunicação entre vocês e os profissionais de saúde (motivos, causas)?
- Como o corpo de vocês se comunica?
- Como vocês sabem quando está acontecendo uma comunicação?
- Quais pessoas vocês mais se comunicam dentro do CAPSi (categoria profissional, perfil do profissional, relação entre eles)? Por quê?

3) O que vocês acham que é mais difícil na comunicação entre vocês e os profissionais de saúde aqui do CAPSi?

- Pessoas, oportunidades, estrutura, personalidade que mais dificultam essa comunicação;
- Como essas dificuldades poderiam desaparecer?
- Barreiras e dificuldades para as mudanças.

4) O que vocês acham que é mais fácil na comunicação entre vocês e os profissionais de saúde aqui do CAPSi?

- Pessoas, oportunidades, estrutura, personalidade que mais facilitam essa comunicação;
- Por que essas “coisas” são mais fáceis?

5) Quais as estratégias que vocês usam para se comunicarem com os profissionais?

- Estratégias já adotadas e que poderiam ser adotadas (sugestões)
- A partir do momento que vocês percebem que não se comunicaram do jeito que queriam, o que fazem?
- Como a comunicação entre os profissionais e vocês poderia ser melhor? O que vocês poderiam fazer?

6) Quais as estratégias que vocês acham que os profissionais usam para se comunicarem com vocês?

- Estratégias já adotadas e que poderiam ser adotadas (sugestões)
- A partir do momento que vocês percebem que eles não se comunicaram do jeito que queriam, o que percebem que eles fazem?
- Como a comunicação entre os profissionais e vocês poderia ser melhor? O que os profissionais poderiam fazer?

7) Representem, através de um desenho, do jeito de vocês, como é a comunicação entre vocês e os profissionais de saúde aqui do CAPSi.

- Elementos presentes na comunicação: expressões faciais, corporais, falas, símbolos, etc.;
- Atores envolvidos na comunicação;
- Relação de troca ou compartilhamento de informações.

APÊNDICE B - Declaração de Consentimento

DECLARAÇÃO

Eu, Marília Cecílio Resende Ferreira,
gerente do Centro de Referência da Infância e Adolescência (CRIA), estou de acordo com o desenvolvimento do trabalho de pesquisa intitulado "COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E CUIDADORES: O OLHAR DOS FAMILIARES DE USUÁRIOS ATENDIDOS EM UM CAPSI", a ser realizado nesta instituição e em suas dependências. Estou ciente que a doutoranda Verônica Borges Kappel, juntamente com sua orientadora, Profa. Dra. Helena Hemiko Iwamoto, serão responsáveis pela pesquisa.



Marília Cecílio Resende Ferreira

Marília C. R. Ferreira
Coord. CRIA
Mat. 18324-9

Data: 31/01/17

APÊNDICE C - Aprovação da Secretaria Municipal de Saúde



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Departamento de Gestão de Pessoal
Seção de Educação em Saúde



INFORMAÇÃO Nº 003/2017

Uberaba, 23 de Janeiro de 2017.

Senhor Secretário,

Chega a este Departamento a solicitação de autorização para realização de projeto de pesquisa:

Instituição de ensino: UFTM

Curso: Doutorado em Atenção à Saúde.

Título: "Comunicação entre profissionais de saúde e cuidadores: O olhar dos familiares de usuários atendidos em um CAPSI".

Local de realização: Será realizada no CAPSI de Uberaba/MG, denominado Centro de Referência da Infância e da Adolescência (CRIA)

Objetivo: Descrever e analisar as percepções dos familiares de usuários de um CAPSI em relação à comunicação com os profissionais de saúde.

Justificativa: O presente estudo contribuirá para o aprofundamento das discussões sobre comunicação entre profissionais de saúde e familiares de usuários do CAPSI e para a elaboração de possíveis estratégias de transformação por parte dos profissionais da saúde, assim como de usuários e seus familiares.

Metodologia: Este estudo caracteriza-se por ser uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa. Os dados serão coletados nas dependências do CAPSI, através de grupos focais, com roteiro anexo. Os participantes deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Comitê de Ética em Pesquisa: A ser encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa.

A pesquisadora deverá trazer a essa Seção de Educação em Saúde o parecer de aprovação do CEP para iniciar a pesquisa e, após a conclusão da mesma, trazer uma cópia e apresentar os resultados como forma de socialização do conhecimento e fortalecimento das práticas cotidianas do trabalho em saúde no SUS.

Viviane M. Bartonelli

Viviane Miranda Bartonelli
Seção de Educação em Saúde
Matrícula 19411-0

Às considerações do Secretário Municipal de Saúde.

Deferido
 Indeferido

Waldemar José de Souza Neto
Waldemar José de Souza Neto
Secretário Municipal de Saúde
Decreto 008/2017

Ciente do solicitante: _____
Verônica Borges Kappel – CPF 080.447.816-33
Data: ___/___/2017.

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE ESCLARECIMENTO

(Para familiares dos usuários do CAPSI)

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo sobre a comunicação entre os profissionais de saúde e os cuidadores: o olhar dos familiares de usuários atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSI). Após ter sido esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de autorizar a sua participação na pesquisa, assine ao final este documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Helena Hemiko Iwamoto pelo telefone 99105- 7075 ou no endereço Av. Guilherme Ferreira, 650. Uberaba. MG.

A pesquisa tem como objetivo descrever e analisar as percepções dos familiares de usuários de um CAPSI em relação à comunicação com os profissionais de saúde. É muito importante que se tenha dados que mostrem este aspecto no contexto deste serviço de saúde mental porque será possível entender fatores facilitadores, limitantes e estratégias utilizadas na comunicação, além de contribuir para identificar formas de transformar a realidade e melhorar o cuidado prestado aos usuários.

Sua participação constará em participar de uma entrevista em grupo que será realizada e gravada pela pesquisadora, em uma data e horário que serão anteriormente combinados. Esta entrevista em grupo será escutada e digitada no computador, depois impressa em um papel, gravada em um cd sob a forma de código e depois, será apagada do computador usado. Em todos os momentos será garantido o sigilo referente aos seus dados, ou seja, em hipótese nenhuma será divulgado o nome ou qualquer informação que possa identificá-lo.

O risco aos participantes encontra-se relacionado à perda do sigilo, sendo que este risco será evitado pela preservação de sua identidade e pela substituição do seu nome por um pseudônimo.

O senhor(a) poderá sair do estudo a qualquer momento, antes ou depois da entrevista de grupo, sendo que esta decisão não lhe trará nenhum prejuízo ou dano. Sua participação é voluntária, assim o senhor(a) não receberá qualquer quantia em dinheiro para participar e nem terá qualquer tipo de gastos com esta pesquisa.

Dra. Helena Hemiko Iwamoto
(pesquisadora responsável)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

TÍTULO DO PROJETO: *“A COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E CUIDADORES: O OLHAR DOS FAMILIARES DE USUÁRIOS ATENDIDOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL (CAPSI)”*.

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o tratamento/serviço que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, *“A COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E CUIDADORES: O OLHAR DOS FAMILIARES DE USUÁRIOS ATENDIDOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL (CAPSI)”*, e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba,// 2017

Assinatura do voluntário

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador assistente

Telefone de contato dos pesquisadores: Helena Hemiko Iwamoto (99105- 7075)

Verônica Borges Kappel (99141- 5737)

ANEXOS

ANEXO A- Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E CUIDADORES: O OLHAR DOS FAMILIARES DE USUÁRIOS ATENDIDOS EM UM CAPSI

Pesquisador: VERONICA BORGES KAPPEL

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64429317.1.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triangulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.941.859

Apresentação do Projeto:

Segundo os pesquisadores: "Diante das diferentes percepções dos problemas e dos cuidados de saúde por parte dos profissionais de saúde e das pessoas alvo do cuidado (HELMAN, 2003) e corroborando com o fato de que os sujeitos não têm condições de avaliar o conhecimento teórico e técnico dos profissionais, contudo são capazes de avaliar as características que influenciam no seu processo comunicativo (BALINT, 2007), defende-se a tese de que o processo de comunicação entre profissionais de saúde e familiares possui impacto relevante na vida dos sujeitos." As perguntas da pesquisa: "1)O que significa comunicação para os familiares de usuários atendidos em um CAPSI? 2)Quais as características da comunicação que os familiares de usuários deste CAPSI (re) conhecem? 3)Quais os fatores que facilitam o processo de comunicação profissional de saúde-familiar? 4)Quais os fatores que dificultam o processo de comunicação profissional de saúde-familiar? 5)Quais as estratégias de comunicação utilizadas por familiares no relacionamento com o profissional de saúde?6)Quais estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde que são percebidos pelos familiares?"

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os pesquisadores: " Objetivo Geral: Descrever e analisar as percepções dos familiares de

Endereço: Rua Madre Maria José, 122	CEP: 38.025-100
Bairro: Nossa Sra. Abadia	
UF: MG	Município: UBERABA
Telefone: (34)3700-6776	E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 1.941.859

usuários de um CAPSI em relação à comunicação com os profissionais de saúde.

Objetivos Específicos

- 1) Descrever e analisar o significado de comunicação para os familiares de usuários atendidos em um CAPSI;
- 2) Descrever e analisar as características presentes na comunicação profissional de saúde-familiar (técnicas, tipos), na visão dos familiares de usuários atendidos em um CAPSI;
- 3) Descrever e analisar os fatores que facilitam o processo de comunicação profissional de saúde-familiar;
- 4) Descrever e analisar os fatores que dificultam o processo de comunicação profissional de saúde-familiar;
- 5) Descrever e analisar estratégias de comunicação utilizadas por familiares no relacionamento com o profissional de saúde;
- 6) Descrever e analisar estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde que são percebidos pelos familiares."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores: "serão delimitadas estratégias que garantam o conforto e bem-estar das pessoas durante a realização da pesquisa, como a utilização de ambiente sigiloso e reservado, sendo a sua realização condicionada a aceitação da participação pela pessoa. Durante e após a realização do estudo, será garantido o anonimato dos participantes, através de um processo de codificação, sendo que estes serão esclarecidos sobre o direito de se excluírem da pesquisa, a qualquer momento". Quanto aos benefícios "Orientações acerca da comunicação e sua importância, além de possíveis reflexões acerca da melhora da comunicação entre profissionais de saúde e familiares/usuários."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, pesquisa de campo. Os participantes, familiares responsáveis pelos usuários do CAPSI, que estiverem inseridos nesta instituição serão contactados, convidados a participarem deste estudo. O número final de participantes definido pelo critério de saturação para pesquisas qualitativas. Os dados serão coletados, nas dependências do CAPSI, através de grupos focais, com roteiro.

Endereço: Rua Madre Maria José, 122	CEP: 38.025-100
Bairro: Nossa Sra. Abadia	
UF: MG	Município: UBERABA
Telefone: (34)3700-6776	E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 1.941.859

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados de forma adequada: TCLE, Termo de autorização para a realização da pesquisa junto à Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, Roteiro para o grupo focal.

Recomendações:

O protocolo esta adequado às recomendações para pesquisa com seres humanos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, o colegiado do CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, em reunião 24/02/2017.

O CEP-UFTM informa que de acordo com as orientações da CONEP, o pesquisador deve notificar na página da Plataforma Brasil, o início do projeto. A partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestrais), assim como também é obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_852953.pdf	02/02/2017 09:06:20		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	APROVMARILIA.jpg	02/02/2017 09:05:32	VERONICA BORGES KAPPEL	Aceito
Outros	APENDICE.doc	01/02/2017 16:36:30	VERONICA BORGES KAPPEL	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	APROVSMS.jpg	01/02/2017 16:35:08	VERONICA BORGES KAPPEL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJFINAL.doc	01/02/2017 16:32:55	VERONICA BORGES KAPPEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	01/02/2017 16:29:58	VERONICA BORGES KAPPEL	Aceito
Folha de Rosto	Pdf.pdf	18/01/2017 14:12:28	VERONICA BORGES KAPPEL	Aceito
Orçamento	Orcamento.doc	18/01/2017 13:55:06	VERONICA BORGES KAPPEL	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	18/01/2017	VERONICA	Aceito

Endereço: Rua Madre Maria José, 122
 Bairro: Nossa Sra. Abadia CEP: 38.025-100
 UF: MG Município: UBERABA
 Telefone: (34)3700-6776 E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 1.941.859

Cronograma	Cronograma.doc	13:53:46	KAPPEL	Aceito
------------	----------------	----------	--------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERABA, 24 de Fevereiro de 2017

Assinado por:

**Marly Aparecida Spadotto Balarin
(Coordenador)**

Endereço: Rua Madre Maria José, 122	CEP: 38.025-100
Bairro: Nossa Sra. Abadia	
UF: MG Município: UBERABA	
Telefone: (34)3700-6776	E-mail: cep@pesqpg.ufm.edu.br