

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE – PPGICS
ICICT/ FIOCRUZ

Verônica Miranda de Oliveira

**Competência em saúde mental (*Mental Health Literacy*): do conceito às estratégias
na questão do suicídio no Brasil.**

ORIENTADOR

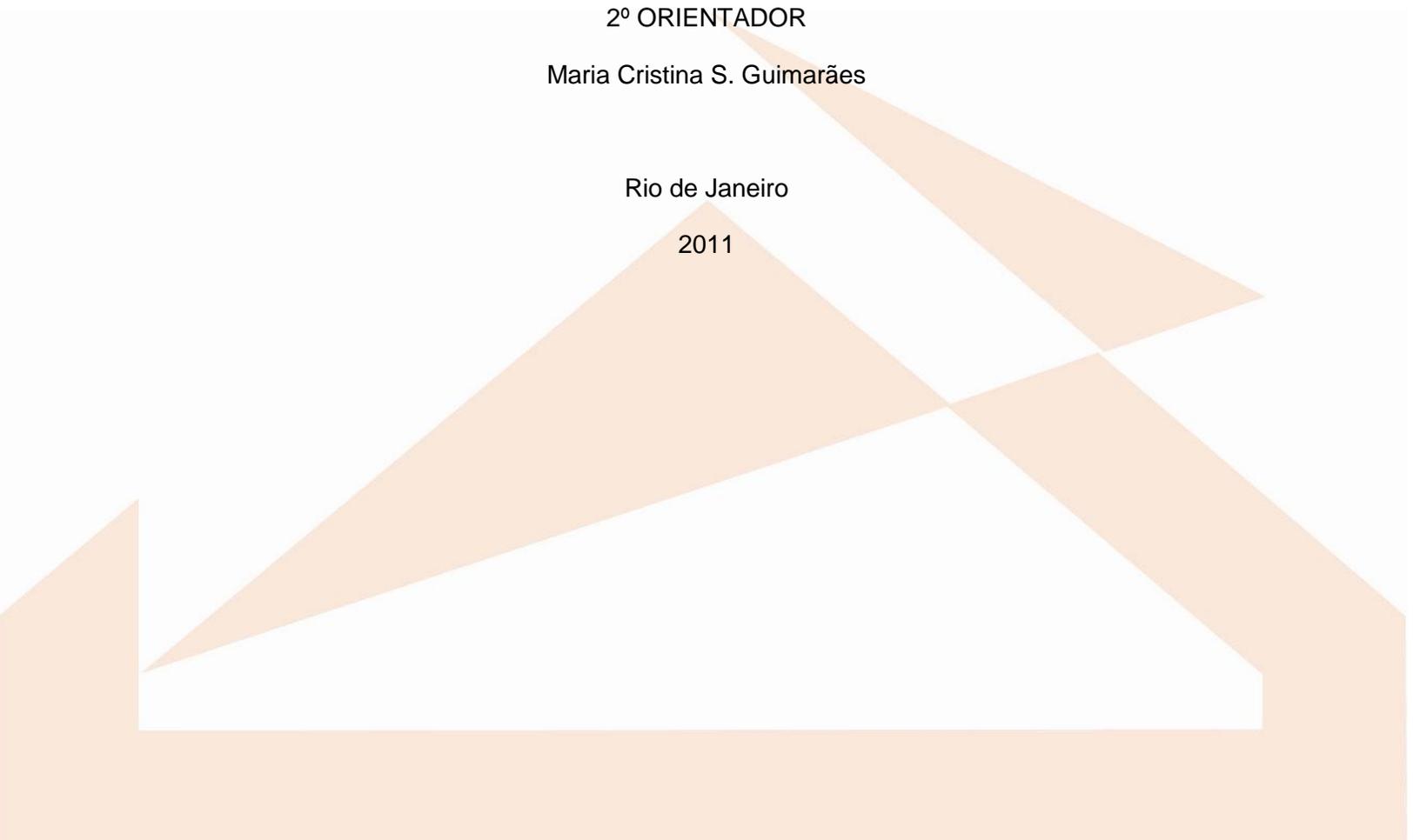
Carlos Eduardo Freire Estellita-Lins

2º ORIENTADOR

Maria Cristina S. Guimarães

Rio de Janeiro

2011



VERÔNICA MIRANDA DE OLIVEIRA

Competência em saúde mental (*Mental Health Literacy*): do conceito às estratégias na questão do suicídio no Brasil.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica da Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do título de mestre em ciências.

1º Orientador: Prof. Dr. Carlos Eduardo Freire Estellita-Lins

2º orientadora: Profª. Drª. Maria Cristina Guimarães

Rio de Janeiro

2011

Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca de Ciências Biomédicas/ ICICT / FIOCRUZ – RJ

O48 Oliveira, Verônica Miranda de

Competência em saúde mental (menthal health literacy): do conceito às estratégias na questão do suicídio no Brasil / Verônica Miranda de Oliveira. – Rio de Janeiro, 2011.
ix, 126 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Comunicação e Informação em Saúde, 2011.
Bibliografia: f. 105-126

1. Competência em saúde mental. 2. Informação. 3. Políticas públicas. 4. Depressão. 5. Suicídio. I. Título.

CDD 362.2042

VERÔNICA MIRANDA DE OLIVEIRA

Competência em saúde mental (*Mental Health Literacy*): do conceito às estratégias na questão do suicídio no Brasil.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica da Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do título de mestre ciências.

Data da aprovação: ____/____/____

Prof^a. Dr^a. Cícera Henrique da Silva – Icict/Fiocruz

Prof. Dr. José Ferreira Belisário Filho

Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Guimarães – Icict/Fiocruz

Prof. Dr. Carlos Eduardo Freire Estellita-Lins – Icict/Fiocruz

Suplentes:

Prof. Dr. Paulo Amarante – ENSP/Fiocruz

Prof^a. Dr^a. Kátia Lener – Icict/Fiocruz

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Carlos Eduardo Freire Estellita-Lins, por ter me inserido no mundo da pesquisa.

A minha co-orientadora Maria Cristina Guimarães, pelo encontro valioso no mundo da Informação, sobretudo, por acolher de maneira terna meus impasses.

A Cícera Henrique da Silva por toda sua dedicação.

Às minhas colegas de pesquisa, Clarice Portugal, Isabel Salles, Helinho Neto, Tatiana Clébicar pelo apoio e paciência.

A minha nova amiga Michele Nacif que me acolheu nessa reta final.

Ao meu querido Ricardo Almeida, que dedicou horas para tirar as minhas dúvidas de Inglês.

A minha amada amiga Rosi Bergeron, que socorreu aos meus apelos do outro lado do continente me proporcionando acesso aos textos.

Aos meus queridíssimos colegas de turma, por toda apoio, conforto e força.

Ao Google translator meu grande companheiro de guerra.

A querida e inesquecível Mariana Bteshe, que com a sua dedicação me ajudou desde o primeiro dia até o último. A você eu dedico esse trabalho.

RESUMO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, estima-se que as perturbações mentais e comportamentais afetem 25% da população em algum momento da vida. Existem evidências de que algumas modalidades de intervenção primária possam reduzir os fatores de risco e fortalecer os fatores protetores, diminuindo a incidência e prevalência de algumas doenças mentais. Uma das formas de se fazer intervenção primária diz respeito às ações de comunicação e informação para os usuários, como mostram pesquisas feitas na Austrália sobre competência em saúde mental (mental health literacy). Este termo foi cunhado por Jorm (1997) para descrever como o conhecimento e as crenças sobre os transtornos mentais podem auxiliar em seu reconhecimento, gestão e prevenção. Este trabalho tem como objetivo identificar estratégias e iniciativas no campo da competência em saúde mental, desenvolvidas em diferentes realidades culturais, com vistas a contribuir com as políticas públicas de saúde no Brasil, sobretudo com o campo da promoção de saúde mental voltado para a depressão e para o suicídio. Para realizá-lo, foi feita uma busca bibliográfica nas bases de dados da *Web of Science*, *Psycoinfo* e *Pubmed*, utilizando como descritor 'mental health literacy', no período de 1997 a 2010. Como se pôde verificar na literatura estudada, é imprescindível o desenvolvimento de pesquisas (em saúde mental) que visem o reconhecimento dos problemas de competência em saúde mental, para a implementação de políticas públicas na área de saúde mental no Brasil.

Palavras chaves: competência em saúde mental, informação, políticas públicas, depressão e suicídio.

ABSTRAT

According to the World Health Organization, it is estimated that the mental and behavioral disorders affect 25% of the population at some point in life. There are evidences that some primary intervention modalities can reduce risk factors and strengthen protective factors, reducing the incidence and prevalence of some mental illnesses. One way of doing primary intervention concerns the actions of communication and information for users, as shown by researches done in Australia on mental health literacy. This term was coined by Jorm (1997) to describe how knowledge and beliefs about mental disorders may assist in recognition, management and prevention. This study aims to identify strategies and initiatives in the field of mental health literacy, developed in different cultural realities, in order to contribute to public health politics in Brazil, especially to the field of mental health promotion (aimed at) focused on depression and suicide. To accomplish it, we made a literature search in databases of *Web of Science*, *Psycoinfo* and *Pubmed* using 'mental health literacy' as a descriptor, in the period 1997 to 2010. As shown in the literature studied, it is absolutely necessary the development of some research aimed to recognizing the problems of mental health literacy for the implementation of public politics on mental health in Brazil.

Keywords: mental health literacy, information, politics, depression and suicide

SUMÁRIO

1. Introdução	10
2. Políticas Públicas de saúde no Brasil	15
2.1. Políticas Públicas no Brasil: uma introdução	15
2.2 . Do INAMPS ao SUS: transformações históricas e políticas mediadas pelo controle social	16
2.3. Políticas Nacionais de Informação e de Comunicação em Saúde	23
2.4. Políticas públicas de saúde mental no Brasil	25
3. Concepções em Information Literacy, Health Literacy e Mental Health Literacy: novas propostas para o campo da informação em saúde.	35
3.1. Algumas concepções da Information Literacy	36
3.2. “Health Literacy”: um possível caminho para a informação no campo da saúde	38
3.3. Mental Health Literacy ou como pensar na informação no âmbito da saúde mental	41
3.4. Porque fazer pesquisas em “mental health literacy”?	45
3.5. O que a população sabe sobre saúde mental?	50
4. Metodologia	53
5. Resultado e Discussão	58
5.1. Transtornos	59
5.2. Sujeito da Pesquisa	60
5.3. Técnica ou tipo de intervenção	62
5.4. Objetivo da Pesquisa	63
5.5. Programas em Mental Health Literacy	63
6. Um recorte em mental health literacy: depressão e o risco de suicídio	71
6.1. Depressão	71
6.1.2. Suicídio	74
6.1.3. Análise comparativa de dados qualitativos e revisão bibliográfica sobre depressão	79
6.2. Mental Health First Aid (MHFA)	90
7. Conclusão	95
Referências	98
Anexos	105

Lista de Quadros	
Quadro 1 - Bases de dados selecionadas para buscas	54
Quadro 2 - Fluxograma de seleção	56
Quadro 3 - Países	58
Quadro 4 - Transtornos Mentais	59
Quadro 5 - Tipo de intervenção	63
Quadro 6 - Tipos de programas/intervenções	64

1. INTRODUÇÃO

A trajetória que levou ao projeto desta dissertação iniciou-se com a participação no grupo de pesquisa realizado no laboratório de Informação científica e tecnologia em saúde do Instituto da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/ICICT/LABCITIES cujo título é “Abordando a epidemiologia do risco de suicídio na AP1&3 através do serviço de emergência psiquiátrica do CPRJ/SES: vigilância sanitária e intervenções a partir de pesquisa quali-quantitativa”, coordenada pelo prof. Carlos Estellita-Lins e financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj/Fiocruz). Esta consistia em um estudo empírico qualitativo realizado através da triangulação de registros etnográficos de campo, grupos focais e entrevistas semi-estruturadas com usuários de uma emergência psiquiátrica (pacientes, familiares e acompanhantes) focando a percepção e a experiência do risco de suicídio. Três grandes temas permearam os roteiros de coletas de dados: a percepção sobre a emergência psiquiátrica; a experiência do suicídio; e a informação e comunicação em saúde mental.

Um ponto em especial nos chamou a atenção durante a coleta de dados: os entrevistados mencionaram recorrentemente sua necessidade de informação em saúde mental, além da expectativa de esclarecimento para seus familiares e outros envolvidos, no sentido de diminuir o preconceito quanto ao suicídio, depressão e tratamento psiquiátrico em geral. Com a análise parcial percebeu-se a imprecisão na compreensão do que é urgência psiquiátrica e como diferenciá-la do ambulatório. Foram identificadas, ainda, interrogações sobre fim de tratamento e cura motivadas também pelo despreparo para lidar com curso crônico de doenças.

As campanhas mais citadas nesta pesquisa pelos usuários diziam respeito ao tabaco e ao uso de drogas em geral. Os meios mais citados através dos quais os entrevistados gostariam de obter informações foram: televisão e palestras. Os profissionais de saúde, por outro lado, reconheceram que grande parte do material educativo voltado para o esclarecimento sobre determinados transtornos mentais

são produzidos por laboratórios farmacêuticos, com o intuito de se aproximar de seus consumidores em potencial. Nesse cenário, nos questionamos: Como as informações em saúde mental estão produzidas? Como elas circulam no campo? Existem pesquisas no Brasil sobre a efetividade de estratégias voltadas para a informação em saúde mental?

Outra pesquisa que nos inspirou a investigar esta temática, também foi realizada no Labcities/Icict. Intitulada “Rompendo o Silêncio: Competência (*literacy*) em Saúde Mental” e coordenada pela profa. Maria Cristina Guimarães, este projeto, financiado pela Faperj/Fiocruz, teve como proposta buscar quais estratégias de informação poderiam auxiliar no desafio de romper com o silêncio que paira sobre o debate em torno dos transtornos mentais. Como resultado, foram desenvolvidas uma estratégia e uma metodologia para um programa de competência em saúde mental por meio da produção de vídeo-documentário como instrumento de divulgação de informação. O audiovisual como meio de informação foi escolhido porque pesquisas sobre as práticas em curso dirigidas para aprimorar a competência em saúde mental apontam para ele como uma das estratégias de comunicação mais efetivas (GUIMARÃES, 2008).

As duas pesquisas supracitadas tiveram pesquisadores associados e utilizaram como arcabouço teórico o conceito de *mental health literacy*. Foi justamente a partir da participação nestas pesquisas, ora como colaboradora ora como bolsista, que me interessei a discutir o tema em questão.

Em 1997, Jorm (pesquisador Australiano) definiu *mental health literacy* como o conhecimento e as crenças sobre os transtornos mentais que auxiliam em seu reconhecimento, gestão e prevenção. Ele aponta que a competência em saúde mental inclui as dimensões de capacidade de reconhecer diferentes tipos de distúrbios psicológicos; conhecimento e entendimento sobre fatores de risco; conhecimento e entendimento sobre intervenções para auto-ajuda; atitudes que facilitam o reconhecimento dos mesmos, e por último o conhecimento de onde e como buscar informação em saúde mental.

Nessa perspectiva coloca-se a proposta aqui apresentada, fazer uma revisão na literatura estrangeira sobre *literacy* em saúde mental com o intuito de mapear as diferentes estratégias e iniciativas no campo, visando contribuir para as políticas públicas de saúde, mais especificamente, no que diz respeito a uma ação constituinte do campo da promoção de saúde mental. A aposta é que este primeiro mapeamento possa contribuir para construção futura de uma estratégia de divulgação de informação em saúde mental no Brasil para minimizar o estigma e promover um maior entendimento dos transtornos mentais, dando voz àqueles que, invariavelmente, são forçados ao silêncio e à aquiescência da exclusão.

Mais particularmente, a presente dissertação se pergunta sobre as possíveis estratégias de competência em saúde mental dirigidas à depressão e ao suicídio. De fato, segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2011), a depressão afeta 121 milhões de pessoas e é considerada uma das dez principais causas de incapacitação no mundo medido pelo YLD (anos vividos com incapacidade), limitando o funcionamento físico, pessoal e social. Até o ano 2020, a depressão é projetada para alcançar o 2^o lugar do ranking dos DALYs (Disability Adjusted Life Years)

Nesse sentido, o objetivo principal da presente dissertação, fundamentada em uma pesquisa bibliográfica, é identificar estratégias dirigidas à promoção da competência em saúde mental desenvolvidas e/ou em curso por entidades públicas ou privadas na perspectiva internacional, de forma a permitir inferências que orientem para um programa nacional de competência em saúde mental. Como também, fazer um paralelo do resultado da pesquisa bibliográfica com a codificação dos grupos focais e entrevistas feitas na pesquisa qualitativa supracitada. Dessa forma, objetiva-se mais especificamente, identificar e descrever as estratégias de promoção de saúde mental dirigidas à depressão e ao suicídio.

Observei que tais objetivos não poderiam ser cumpridos sem uma reflexão sobre a questão da saúde pública no âmbito da saúde mental. Partindo dessa perspectiva, no segundo capítulo é apresentada a questão da participação social

na construção das políticas públicas no Brasil, tendo como desafio a promoção e a participação da construção de uma sociedade democrática, cujo conhecimento da população sobre o sistema único de saúde (SUS) é precário, dificultando assim a reivindicação de seus direitos.

Apresentarei ainda um breve histórico nas políticas públicas de saúde mental, onde estas estão voltadas para reforma psiquiátricas até os dias atuais, dando ênfase ao que concernem diretamente às psicoses, esquizofrenias e pacientes crônicos, desfavorecendo assim, o espectro depressivo nas medidas adotadas pela reforma.

Na terceira seção, intitulada “Concepções em *Information Literacy*, *Health Literacy* e *Mental Health Literacy*: novas propostas para o campo da informação em saúde” procurou-se contextualizar esses três conceitos. Nesse sentido, é importante destacar que o conceito de *information literacy* é amplo o bastante para abranger diferentes abordagens, mas ainda pouco reconhecido na literatura, sobretudo no Brasil. Existe uma grande discussão sobre a sua tradução na língua portuguesa, sendo o termo não referenciado em trabalhos e pesquisas acadêmicas. Assim encontramos traduzidos por diversos autores como: “alfabetização tecnológica”, “alfabetização informacional”, “competência informacional”, “letramento”, “literacia” (termo usado em Portugal). Essa confusão existente na literatura nos fez optar por utilizar ora o termo em inglês (*information literacy*) ora o termo “competência em saúde”.

Como mencionado na literatura, o conceito de *information literacy* não está restrito às ciências da informação, pois este atinge em suas competências a qualquer profissional que trabalhe com informação. Assim, é possível encontrar termos cujos significados são bastante próximos, que serão também trabalhados, como é o caso de *health literacy* e *mental health literacy*.

Diante da diversidade na tradução do termo e em seus diferentes usos em campos disciplinares também distintos, procuramos fazer uma apresentação

críteriosa dos três termos. Vale lembrar, contudo, que a competência em saúde mental é o tema em questão.

Com o intuito de identificar e analisar as estratégias de competência em saúde mental adotadas pelos países em perspectiva internacional, realizamos uma busca bibliográfica, aquilatando iniciativas de competência em saúde mental dirigidas a depressão e suicídio.

No último capítulo, por fim, a partir dos dados analisados foi escolhido o programa proposto por Jorm, o *First Aid Mental Health* e discutirei os temas depressão e suicídio que não apenas foram os primeiros transtornos aos quais Jorm se debruçou, como também foram os temas que nos levaram ao encontro do debate da informação em saúde mental no Brasil. Com o objetivo de ilustrar algumas características da população pesquisada inserimos nesta seção passagens dos grupos focais realizados na pesquisa de campo “Abordando a epidemiologia do risco de suicídio”.

2. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

2.1. Políticas Públicas no Brasil: uma introdução

Ao se pensar no conceito de políticas públicas, refletimos sobre as diversas funções sociais possíveis a serem exercidas pelo Estado, dentro de sua área de abrangência, em questões de saúde, educação, previdência, moradia, saneamento básico, dentre outras. Desta forma, o governo utiliza as políticas públicas nas diversas áreas, com o intuito de promover o bem-estar da sociedade. Neste panorama, podemos descrevê-las como diretrizes ou princípios norteadores para a tomada de decisões de ação do poder público, ou seja, regras e procedimentos que possam mediar relações entre o poder público e a sociedade.

Para tanto, é necessário sistematizar ou formular em documentos estes programas, bem como as linhas de financiamentos, de forma a orientarem as ações que serão realizadas com recursos públicos. Para elaborarmos uma política pública é essencial definirmos a quem ela se destina e suas conseqüências. Isso significa que deva estar muito clara a correlação entre as decisões tomadas e o que será feito, e o quanto estas decisões são compatíveis com o regime político vigente.

Todo este processo se inicia, primeiramente, com a seleção das agendas de prioridades; após esta escolha, devemos definir as linhas de ação que serão adotadas para solucioná-las. Em seguida, ocorre o processo de tomada de decisões, no qual escolhemos o procedimento a ser seguido, antes de se decidir acerca dos recursos e do prazo temporal da ação desejada. As escolhas feitas nesse momento terão que constar em leis, decretos, normas e resoluções de atos da administração pública. Em quarto lugar, o planejamento e a escolha devem ser transformados em atos. E, por último, a avaliação dessas políticas, levando em conta em seus impactos, relevância, eficiência e sustentabilidade das ações desenvolvidas e as funções cumpridas pela política.

É neste contexto que ganha relevo a participação efetiva e eficaz da população_ para assegurar que suas demandas estejam sendo atendidas ou pelo menos, ouvidas. A participação da população no controle deste processo poderá reforçar as reivindicações de seus interesses e de suas necessidades. A aposta é que, somente através da participação social, as questões da população ganhem força suficiente para que as autoridades do poder Executivo, Legislativo e Judiciário as coloquem como prioritárias em suas decisões e iniciem o processo de formulação de Políticas Públicas.

Vale ressaltar que a área da saúde não só foi pioneira nas políticas mediadas pelo controle social, como ela teve um papel importante para que este campo se fortalecesse e entrasse no âmbito das discussões sobre a reforma de políticas públicas como um todo. Nesse cenário, cabe retomarmos em detalhes as transformações que ocorreram neste campo e que foram mediadas pela discussão acerca da participação popular.

2.2. Do INAMPS ao SUS: transformações históricas e políticas mediadas pelo controle social

Ainda hoje, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), continuam em evidência, pois enfrentam muitos desafios em sua implantação, uma vez que constituem uma política de saúde contra-hegemônica. Ou seja, a participação efetiva do cidadão na formulação, no monitoramento e na fiscalização da execução das políticas de saúde, faz com que os representantes da sociedade civil organizada, prestadores de serviços de saúde e governo avancem no processo de democratização e fortalecimento do controle social_ em oposição ao poder hegemônico. A constituição dá o direito à gestão participativa do SUS, instrumentalizada por meios dos conselhos de Saúde que são incumbidos de zelar pela definição das políticas dos serviços de saúde, fiscalizações de ações de relevância pública, e por viabilizar a atuação da comunidade (SCOREL, 2008).

Em 1974, a assistência médica estava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e tinha por finalidade prestar atendimento médico somente aos empregados que contribuíssem com a previdência social; os que não possuíssem emprego de carteira assinada eram atendidos em serviços filantrópicos ou na iniciativa privada. O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, mas mantinha também convênios de atendimentos com clínicas privadas que estabeleciam as suas próprias remunerações por atendimento. No caso das internações psiquiátricas, isso gerava não só despesa demasiada para os cofres públicos, mas também uma política de internações prolongadas e desnecessárias das quais somente os donos de asilos se beneficiavam.

Nessa mesma década, iniciou-se movimento da Reforma Sanitária nascido no meio acadêmico e apoiado por partidos e setores da sociedade, em oposição à política do regime militar, visando à mudança do modelo “médico-assistencial privatista” para um Sistema Nacional de Saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade. (ESCOREL, 2008).

Em meio às pressões populares, em 1979 o general João Baptista Figueiredo inicia a abertura política e promove conjuntamente com a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados e os integrantes do movimento sanitarista o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Com isto, o INAMPS passaria por sucessivas mudanças com universalização progressiva do atendimento, indo em direção à transição com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Para entender a origem do movimento pela Reforma Sanitária brasileira, da qual o movimento popular de saúde é parte integrante no processo de luta, é necessário ver as primeiras movimentações referentes à saúde que datam da década de 60, no governo de João Goulart, quando foi realizada a 3ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi municipalização.

Logo após 1964, houve o golpe militar que reprimiu toda a atividade política existente na época, como os partidos de oposição, sindicatos, movimentos populares e estudantis. Enquanto havia um aumento gradual de repressão por

parte dos militares, culminando com o Ato Institucional nº 5 em 1968, sobreveio o pior período da ditadura. Os ativistas políticos agiam de forma clandestina. Algumas lideranças da Igreja Católica e na periferia das grandes cidades deram abrigo aos opositores do regime militar, com isso veio a possibilidade de explorar as brechas existentes através dos movimentos de bairro, vinculados a lideranças religiosas. Ao mesmo tempo os opositores à ditadura reivindicavam por melhorias de condições de vida, melhoria nas qualidades dos serviços de saúde e arrocho salarial nas fábricas e nas ruas.

Assim, como parte integrante da luta contra a ditadura militar constituiu-se o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira: usuários dos serviços, lideranças populares, sindicais e estudantis, docentes de universidades públicas ligados a departamentos de Medicina Preventiva e Social, trabalhadores da saúde, enfim, vários atores com diferentes graus de organização e mobilização.

Enquanto isso, os prestadores de serviços privados de saúde se organizavam através de suas associações como sindicatos patronais, federações, associações de classe dos profissionais liberais da área da saúde, obtendo financiamento do dinheiro público para ampliar suas atividades do setor privado.

Com a abertura do “regime militar”, intelectuais pertencentes aos partidos clandestinos preencheram postos no interior dos espaços institucionais, porém, com uma relativa independência de seus grupos políticos podendo assim compor o que foi chamado “partido dos sanitaristas” (FREDERICO, 1994, COHN, 1989). Segundo estudiosos da Reforma Sanitária Brasileira, isso só pode se dar porque houve um movimento de dentro para fora, ou de cima para baixo (OLIVEIRA, 1989,), ao contrário do que ocorreu na Itália, onde a reforma nasceu de baixo para cima como reivindicação dos trabalhadores (COHN, 1989, FREDERICO, 1994).

Já nas décadas de 70 e 80, a hegemonia do movimento sanitário era do Partido Comunista Brasileiro, cuja proposta era a reforma do sistema de saúde por dentro do Estado (COHN, 2001). O que estava em pauta neste momento eram os conceitos de democracia, cidadania e políticas públicas.

Com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) ocorreu um dos momentos mais divergentes e explícitos no interior do Movimento Sanitarista. Havia críticas a respeito dos processos de estadualização do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Nacional (INAMPS) ou de municipalização da atenção básica, alegando que não haveria garantias que o sistema público deixaria de ser gerido segundo interesses empresariais ou privatistas, excludentes da maioria dos usuários (CAMPOS, 1988).

Porém, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi o principal marco na história da constituição do SUS. Em 17 de março de 1986, a 8ª CNS foi aberta pela primeira vez à sociedade; sendo de extrema importância para a propagação do movimento da Reforma Sanitária, como também por ter formado as bases para a seção "Da Saúde" da Constituição Brasileira de 5 de outubro de 1988.

Tudo isso representa o resultado do que foi pensado pelo Movimento de Reforma Sanitária e na 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual se propôs que o controle social e a descentralização política e administrativa seriam elementos importantes para garantir o direito universal e igualitário à saúde, assegurando a participação ativa da cidadania como diretriz do SUS.

A Constituição de 1988 fortaleceu as mudanças na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como "direito de todos e dever do Estado". A implantação do SUS foi realizada de forma gradual, sendo fundada finalmente com a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) e a extinção do INAMPS em 27 de julho de 1993 pela Lei nº 8.689.

Assim, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 o SUS teve seus princípios e diretrizes estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde. Destaco aqui os principais: (SCOREL, 2008).

UNIVERSALIDADE de acesso em todos os níveis de assistência a saúde.

Com a universalidade, todo cidadão passou a ter garantia de obter assistência nos serviços públicos de saúde, independente do tipo de procedimento, custo e complexidade envolvida. A universalidade substituiu o modelo antigo de seguro social que somente dava direito de acesso aos serviços de saúde àqueles que contribuísssem com a previdência social, ou seja, trabalhadores que possuíssem carteira assinada. Assim, desbancou a condição única para o atendimento, oferecido somente para aqueles que estavam inseridos no mercado de trabalho. Ampliou o acesso de forma solidária e universal a todo e qualquer cidadão.

EQÜIDADE que significa ter igualdade para todos na assistência à saúde.

Este princípio assegura que não haja discriminação quanto ao acesso aos serviços no que diz respeito à raça, ao gênero, à religião ou à condição financeira; não deve haver nenhum tipo de privilégios ou barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades. A única forma diferenciada de acesso aos serviços do SUS é referente ao grau de complexidade da demanda de cada usuário, correspondendo a diferentes técnicas de tratamento empregadas, disponíveis em estabelecimentos de saúde variados.

INTEGRALIDADE da assistência.

A integralidade é o reconhecimento no conjunto articulado na prática dos serviços. As ações devem ser contínuas, os serviços devem ser preventivos e curativos, como também individuais e coletivos. Deve haver uma prática de saúde como um todo e não limitando a doença como uma prática hospitalar e ambulatorial voltada para diagnósticos, tratamento e reabilitação. Tanto os gestores quanto os profissionais do SUS devem empenhar-se na união e integração das unidades prestadoras de serviços, formando um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS

É a garantia constitucional que a população, por intermédio de suas entidades representativas nos Conselhos de Saúde_ tais como usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço_ participem do processo de formulação de diretrizes e das agendas de prioridades das políticas de saúde, bem como do controle de sua execução e da avaliação em todos os níveis e esferas administrativas, do governo federal e até local.

DESCENTRALIZAÇÃO político administrativa.

A descentralização tem como propósito redistribuição das responsabilidades e maior autonomia quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, federal, estadual e principalmente municipal. Ela promove a democratização do processo decisório e o aceleração de resposta dos governos em relação aos problemas da saúde. Para isso, deve haver a definição dos serviços por níveis de atenção (hierarquização) e distribuí-los geograficamente (regionalização).

REGIONALIZAÇÃO e HIERARQUIZAÇÃO

Exige que os serviços devam ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente e dispostos em áreas geograficamente delimitadas. Ou seja, o nível primário deve ser oferecido diretamente à população e estar preparado para atender e resolver o grande número de problemas de menor complexidade apresentados pelos usuários que procurem os serviços de saúde; em contrapartida, estes só devem ser encaminhados para unidades mais complexas do sistema, apenas quando necessário, por meio de referência.

A forma que a rede de serviço é organizada e hierarquizada traz benefícios para o maior conhecimento dos problemas de saúde da população e de suas verdadeiras necessidades, em determinada região. Desta forma, poderá haver uma maior ação de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

Tendo em vista os princípios supracitados, focaremos então nossa discussão na interseção entre os conceitos de controle social, comunicação e informação em saúde. O SUS tem como um dos seus pilares a participação da população. Ela é legitimamente garantida nos Conselhos e Conferências de Saúde para que haja atuação direta sobre as políticas públicas de saúde, sejam elas de âmbito federal, estadual ou municipal. Dessa forma, entender como a participação social e o controle social atuam nas políticas e no sistema de saúde do Brasil torna-se imprescindível.

Alguns autores como Zanella Di Pietro (2004) não diferenciam a participação social e o controle social, esses termos em sua prática se mesclam já que eles advêm da idéia comum de cidadania, limitação do poder político e soberania popular.

De acordo com o que preceitua a obra “O SUS de A à Z: garantindo saúde nos Municípios” (BRASIL, 2009), a ‘participação social’ em saúde é a maneira efetiva de colocar em prática a democracia para que os cidadãos participem ativamente através de debates no processo de gestão do SUS, formulação e fiscalização das políticas. O que concerne ao conceito de ‘controle social’ está no âmbito das práticas de fiscalização e de participação nos processos deliberativos relacionados à formulação de políticas de saúde e de gestão no SUS. Podemos observar acima, que apesar de se propor dois conceitos distintos, eles ainda se confundem, não estando claras as suas diferenças.

Segundo Escorel e Moreira (2008), o controle social expressa a possibilidade da sociedade de controlar o estado por meios de duas instâncias participativas obrigatórias em todo país, que são as conferências e os conselhos, dando assim um caráter de fiscalização do manejo dos recursos públicos e reforçando o caráter participativo e democrático.

Contudo, ainda é um desafio constante promover a participação e a construção de uma sociedade democrática, pois grande parte da população não possui conhecimento sobre o SUS e, por sua vez, desconhece as formas de

reivindicar seu direito à saúde. A informação é uma das vias determinantes para mudar essa conjuntura. Com o intuito de nos aproximarmos deste debate, apresentaremos as políticas de informação e de comunicação em saúde no Brasil para depois focarmos no campo da saúde mental.

2.3. Políticas Nacionais de Informação e de Comunicação em Saúde

A 12^a Conferência Nacional de Saúde recomendou a “elaboração e implementação de políticas articuladas de informação, comunicação, educação permanente e popular em saúde, para as três esferas de governo, garantindo maior visibilidade das diretrizes do SUS, da política de saúde, ações e utilização de recursos, visando ampliar a participação e o controle social e atender as demandas e expectativas sociais” (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde, em sintonia com o contexto mundial (BRENDER *et al*, 2000) e com a deliberação acima citada, vem construindo a agenda estratégica do Governo Federal e elaborando a política de informação e informática em saúde, cujo propósito é "promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação". A referida política visa à melhoria dos processos de trabalho em saúde, resultando em um Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, a fim de produzir informações aos cidadãos, à gestão, à prática profissional, à geração de conhecimento e ao controle social. Trata-se com isso de garantir ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis a partir da ampliação do acesso, da equidade, da integralidade e da humanização dos serviços para, assim, contribuir para a melhoria da situação de saúde da população (BRASIL, 2004).

Assim, a implementação desta estratégia é um desafio de integração e articulação das informações de saúde, o que torna fundamental a construção dos registros eletrônicos de pacientes, o que contribuirá para a redução de custos, reunirá informações sobre os usuários, como também diminuirá a perda ou a

adulteração de histórias clínicas. Portanto, é necessária a eliminação de todos os instrumentos usados paralelamente na coleta de dados dos pacientes.

Essas políticas irão garantir a modernização dos sistemas de informação do SUS e irão reforçar a democratização da informação e da comunicação, o que, por conseguinte, deverá fortalecer redes e movimentos sociais. Dessa forma, estará garantido o acesso à informação, às experiências compartilhadas, à capacitação para o controle social e gestão democrática do sistema dos usuários e gestores do SUS, levando assim a idéia de que uso adequado da tecnologia da informação é possível para melhorar a saúde de um país.

Segundo a versão 2.2 da proposta da PNIIS, iniciativas como as de Curitiba, Ipatinga, Sobral, Aracaju e Campo Grande, foram bem sucedidas no seu processo de informatização da saúde, aumentando a produtividade e qualidade dos serviços tanto para os profissionais de saúde e gestores quanto para a população.

Cabe destacar das 16 Diretrizes da PNIIS a 13^a, que vem ao encontro do tema proposto por este trabalho, já que esta diretriz apóia a disseminação de informação em saúde para a população utilizando diferentes linguagens de mídias e veículos de comunicação, para alcançar públicos específicos e facilitar o controle social em saúde.

Assim, a revolução da tecnologia da informação motivou o surgimento do 'informacionalismo' como a base material de uma nova sociedade. Nele, a geração de riqueza, o exercício do poder e a criação de códigos culturais passaram a depender da capacidade tecnológica das sociedades e dos indivíduos, sendo a tecnologia da informação o elemento principal dessa capacidade.

Como podemos ver, a tecnologia da informação é o elemento principal na geração de riqueza, exercício do poder e a criação de códigos culturais na sociedade e nos indivíduos. No contexto de uma economia informacional, a capacidade de geração, processamento e aplicação da informação, é fundamental

para a valorização do conhecimento da sociedade contemporânea como fonte da inovação, já que na sociedade se encontra a aplicação do conhecimento. E por isso é muito importante que a informação seja confiável, acessível, como também é fundamental que haja divulgação dos serviços públicos existentes, oferta de serviços, alternativas de acessibilidade e critérios para sua utilização de maneira adequada.

2.4. Políticas públicas de saúde mental no Brasil

Nos últimos vinte anos, especialmente após as Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM), o cuidado com as pessoas que sofrem de transtornos mentais vem passando por importantes transformações conceituais e operacionais, reorientando-se no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Na tarefa de sustentar uma proposta de atenção à saúde mais humanizada e inclusiva, o modelo de assistência centrado na referência asilar sofreu duras críticas no que dizia respeito às práticas restritamente médico-curativas, que acabavam por cronificar e segregar aqueles que viviam com problemas mentais graves. Face ao questionamento da psiquiatria como campo hegemônico de saber sobre a loucura e das indagações sobre a efetividade do modelo hospitalocêntrico, novas estratégias de atenção à saúde mental se destacaram (ALVES, 2001). Desde então, a tônica da Reforma Psiquiátrica Brasileira tem sido a busca de recursos extra-hospitalares e o desenvolvimento de práticas para a reconstrução da cidadania. O incentivo à participação ampla dos usuários e da sociedade civil, e a valorização dos projetos assistenciais na própria comunidade, possibilitaram a abertura de outras frentes de trabalho para a saúde mental que passam não somente pela melhoria das condições de acesso, mas também envolvem ações de prevenção de agravos e de promoção de saúde.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004b), em todo o mundo, cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais e

comportamentais; e o prognóstico é que uma em cada quatro pessoas irá desenvolver uma ou mais dessas doenças ao longo de sua vida. Lembremos que, segundo a definição da OMS, a saúde mental não se resume à ausência de transtornos mentais, mas é também influenciada por fatores socioeconômicos, biológicos e ambientais. Neste sentido, a saúde mental se caracteriza como parte integrante da saúde entendida em sua globalidade. Não há, portanto, saúde sem saúde mental. Nesse sentido, saúde mental é definida como

“um estado de bem-estar em que um indivíduo realiza as suas próprias habilidades, pode lidar com o stress normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz de fazer uma contribuição para sua comunidade. Neste sentido positivo, a saúde mental é a base para o bem-estar e no bom funcionamento de uma comunidade”

De modo geral, as ações em promoção de saúde mental visam a assegurar o bem-estar da comunidade e do indivíduo. A partir do contato com a comunidade, o profissional de saúde mental pode ajudar a mesma a se organizar em busca de melhores condições de vida e saúde diante dos processos que ali interferem. Dentre os objetivos deste modelo de promoção de saúde e prevenção primária com base territorial, pode-se destacar: a diminuição da vulnerabilidade dos indivíduos a certos transtornos mentais comuns e o acompanhamento dos outros casos em suas especificidades; a formação de uma rede de suporte e cuidados; a realização de ações diretas e indiretas; e o desenvolvimento de novas estratégias de abordagem em saúde mental.

Vale lembrar que o campo da saúde mental é permanentemente assombrado pela dúvida em relação à possibilidade de incorporar a idéia de ações preventivas e de promoção em saúde, já que ela implicaria na erradicação dos vários fatores de risco, e em saúde mental há uma diversidade de fatores de riscos. Cabe notar que os questionamentos quase sempre associam essas ações às discussões utilitaristas do campo biomédico sobre performance,

funcionamento, atividade e capacidade (ALMEIDA FILHO, 1998). Vale lembrar também que o modelo pasteuriano criou a idéia de prevenção primária como eliminação do causador da doença. No campo dos transtornos mentais, contudo, sabe-se que a etiologia é marcada pela multifatorialidade.

Para a OMS (2004a), toda e qualquer política de saúde mental deve partir da necessidade urgente de revisão dos pressupostos das práticas preventivas e educativas tradicionais, no sentido de impedir a disseminação de práticas de controle pela impregnação de um saber organicista e medicalizante.

Cabe destacar, assim, a fronteira existente entre as noções de promoção e de prevenção em saúde mental, fonte constante de tropeços que desafia as ações no referido campo. Para fins didáticos, adotaremos as definições da Organização Mundial de Saúde. Assim, a promoção da saúde mental

“implica na criação de atividades individuais, sociais e ambientais, condições que permitam um ótimo desenvolvimento psicológico e psicossomático. Tais iniciativas envolvem indivíduos no processo de alcançar a saúde mental e reforçam a qualidade de vida” (WHO, 2004b, p.16.).

As ações de prevenção em saúde mental, por sua vez, podem ser entendidas como

“intervenções que visam reduzir a incidência, a prevalência e a reincidência dos transtornos mentais, o tempo gasto com os sintomas, ou a condição de risco para uma doença mental. A prevenção também pode ter o objetivo de evitar a recidiva e de diminuir o impacto da doença nas pessoas afetadas, nas famílias e na sociedade” (WHO, 2004b, p.17).

É importante percebermos que tais definições se sobrepõem em alguns pontos. Uma ação preventiva pode ser considerada, por exemplo, um dos objetivos e/ou resultados de uma ampla estratégia de promoção da saúde mental.

Contudo, é inegável que ainda hoje no Brasil os esforços, tanto dos profissionais de saúde como dos gestores, são voltados na maioria das vezes para o cuidado daqueles que já apresentam ou apresentaram transtornos mentais. Prevenir a evolução das enfermidades (prevenção secundária) e fornecer apoio e reabilitação para minimizar a morbidade e maximizar a qualidade de vida depois de uma doença mental (prevenção terciária) representam os modelos que monopolizam as ações no campo da saúde mental, sendo dispendiosos e por vezes simples “remendos” racionalmente injustificados. A desinstitucionalização valorizada pela luta antimanicomial acabou por traduzir os anseios dos profissionais da área ao reinserir as pessoas com longo histórico de internação psiquiátrica na sociedade e devolver-lhes a cidadania por tanto tempo negada.

Deve-se notar, todavia, que a luta antimanicomial e a desinstitucionalização concernem diretamente às psicoses, esquizofrenia e pacientes crônicos (transtorno bipolar, deficientes mentais população de rua e epilepsia). O espectro depressivo encontra-se sub-representado dentro das medidas adotadas na Reforma Psiquiátrica (ESTELLITA-LINS, 2010).

Assim, a despeito da existência de um discurso que destaca a importância da informação e da comunicação em saúde mental, esse tema ainda não é reconhecido como questão estratégica para o avanço das políticas públicas do campo em questão. De fato, o estudo sistemático do uso de informações e tecnologias na promoção de saúde mental no Brasil ainda é incipiente. Encontram-se no relatório da Organização Mundial de Saúde (2004,pág 4) algumas pistas sobre essa relação:

“Infelizmente, os profissionais e gestores de saúde estão demasiadamente preocupados com os problemas imediatos daqueles

que sofrem de uma doença, e não são capazes de prestar atenção às necessidades daqueles que estão "bem" (...) Esta situação é apenas parcialmente baseada na falta de conceitos claros ou de provas adequadas de eficácia para promover intervenções deste tipo em saúde. Isto se deve mais a forma como os profissionais e gestores são formados, o que eles vêem como seu papel na sociedade e, por sua vez, o que a sociedade espera que eles façam. No caso da saúde mental, esta situação também está relacionada com a nossa relutância em discutir abertamente questões da própria saúde mental”

Com o intuito de preencher esta lacuna no Brasil, políticas e estratégias de informação e comunicação vêm sendo repensadas em duas perspectivas convergentes. Por um lado, para os portadores de transtornos mentais, com o intuito expresso de estimular o autoconhecimento e a participação social. Por outro lado, atuando no sentido de proporcionar maior entendimento público, com objetivo não só de identificar e estimular a busca por tratamento, mas principalmente para enfatizar a importância da tolerância e da responsabilidade social.

A Reforma Psiquiátrica tem construído importantes ações e intervenções para consolidação da produção de uma clínica ampliada em saúde mental. A ênfase na desinstitucionalização e dos paradigmas que a sustentam, junto com a defesa do direito ao exercício da cidadania, são as principais mudanças propostas pela Reforma. Assim, propõe a criação de serviços de atenção integral à saúde mental e a participação de diferentes atores sociais nesse processo, como a família e a comunidade.

Cada vez mais esse novo modelo pede a produção de novos modos de cuidado em saúde mental que operem na produção de subjetividade e provoquem novos modos de existência, atuando na desconstrução de estigmas acerca da saúde/doença psíquica no âmbito coletivo.

A estruturação da rede de atenção em saúde mental é fundamental no processo de inclusão do usuário e conseqüente alcance do objetivo norteador da

Reforma Psiquiátrica, a saber: o resgate da cidadania do indivíduo com transtorno psíquico. Assim, percebe-se a importância da organização e da articulação da rede de atenção em saúde mental, promovendo a vida comunitária e a autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental, incluindo os indivíduos a partir do seu território e subjetividade.

Um longo caminho foi percorrido até que esse novo modelo tenha sido proposto. É lícito lembrar que ao mesmo tempo em que as internações psiquiátricas eram questionadas nos meios acadêmicos europeus no século XIX (sendo consideradas obsoletas), no Brasil o método asilar chegou conjuntamente com a psiquiatria.

Já na segunda metade do século XIX, foram construídos no Brasil os primeiros estabelecimentos específicos para pessoas portadoras de transtornos mentais. O primeiro deles foi o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, anexo à Santa Casa de Misericórdia da Corte 2, criado pelo Decreto 82 de 1841. A partir daí, foram criando novos asilos em outras províncias.

Entretanto, em 1903, sob a influência da lei francesa de 1838, o deputado João Carlos Teixeira Brandão, catedrático em psiquiatria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, implementou uma legislação sobre os doentes mentais no Brasil (Decreto 1.232 de 1903), com o intuito de “reorganizar a assistências dos alienados”, proibindo cerceamento de doentes mentais em prisões, construções de asilos estaduais e a unificação da assistência psiquiátrica no país. Esta lei marcava que o único lugar de “receber loucos” seriam os hospícios sobre o parecer médico. (AMARANTE *et al*, 1998,pág.189).

Dando um salto nesta linha do tempo da história dos “cuidados dos doentes mentais”, o que hoje se coloca como diretrizes nas políticas brasileiras de saúde mental, sofreu influência do nascimento da luta da reforma psiquiátrica iniciada na década de 70, capitaneada por Franco Basaglia na Itália: esta reforma preconizava a reforma intramuros, reduzindo o cerceamento da liberdade individual nos manicômios. A proposição era de um modelo centrado em comunidades, substituindo o modelo especializado e, sobretudo, promovendo

saúde mental ao invés de ações nos processos onde a doença já estava instaurada.

A partir daí inspirada nas propostas de Basaglia, a Reforma Psiquiátrica avança marcada por impasses, tensões, conflitos e desafios. Um marco importante para esse processo foi a proclamação da Constituição de 1988, que criou o Sistema único de Saúde (SUS), no qual foi instituído novas políticas de saúde, inclusive para a saúde mental. É importante apontar que a Constituição incorporou preceitos da Declaração Universal, incluindo em seu artigo 1º a dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado brasileiro. Os preceitos da Reforma Psiquiátrica remetem diretamente ao artigo 5º da Constituição federal, que estabelece: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”.

Desta forma, a proposta da atual política de saúde mental, apoiada na lei 10.216/02, tem como objetivo reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais e nos CAPS III). Também faz parte desta Política o Programa De Volta para Casa que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos.

Assim, o incentivo à participação ampla dos usuários e da sociedade civil e a valorização dos projetos assistenciais na própria comunidade possibilitaram a abertura de outras frentes de trabalho para a saúde mental, que visam não somente à melhoria das condições de acesso e de tratamento, mas também à prevenção de doenças e a promoção de saúde. Uma importante defesa dessa abordagem se fez presente, ao longo dos anos, pelas Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM), onde as estratégias de informação e comunicação ocupam um lugar importante na agenda de humanização da saúde mental.

Nesse sentido, destaca-se ainda na já citada lei 10.216/02, que responde pela política de saúde mental do Estado brasileiro em seu artigo 2º o direito da pessoa portadora de transtorno mental de receber a informação disponível a respeito de sua doença e do tratamento disponível. De forma similar, a IV Conferência Nacional de saúde mental, realizada em 10 de março de 2010 traz uma defesa explícita dos processos de informação e comunicação como instrumentos de cidadania e inclusão social.

Assim é que no Eixo 1 da IV CNSM, é citada a gestão da informação para a avaliação, o monitoramento e o planejamento em saúde mental. Discute-se a necessidade de melhoria da qualidade dos sistemas de informação em saúde mental, garantindo a inclusão no processo de planejamento nos estados e municípios e o monitoramento e a avaliação de forma participativa (inclusão ativa e permanente de técnicos, usuários, familiares, comunidade). Para se ter acesso em saúde mental deve-se levar em conta critérios epidemiológicos, critérios regionais da assistência, as redes de saúde e intersetoriais existentes, bem como a capacidade de gestão efetiva em cada nível de cuidado. Como também se deve melhorar o processo de planejamento das redes, para que sua ampliação e implementação sejam reflexos das reais necessidades da população.

No Item 5 do eixo 3 da Intersetorialidade, por sua vez, educação, inclusão e cidadania são os temas de destaque. A educação constitui um direito social fundamental para garantir a socialização democrática, cidadania, igualdade entre os cidadãos, a participação social, a alfabetização, o acesso a bens simbólicos, à cultura e ao conhecimento humano e técnico-científico em geral; o exercício de atividades expressivas, o acesso à capacitação para o trabalho e formação técnico-profissional, como também a tolerância e o respeito à diferença, contra todas as formas de discriminação e preconceito. Assim o campo da educação é de suma importância para o campo da saúde mental, pois nele serão integrados temas transversais nos currículos do sistema público de educação, como questões sobre álcool e drogas, sexualidade, loucura, diferentes tipos de transtornos mentais, estigma, preconceito e discriminação, entre outros.

Finalmente, no Item 8 do Eixo 3 da Intersetorialidade – Comunicação, informação e relação com a mídia são os destaques. Para haver uma cultura democrática e o reconhecimento social do processo de reforma psiquiátrica junto à sociedade é necessária a construção de canais adequados de informação e comunicação junto à mídia, que vão desde imprensa, televisão e rádio, cinema, literatura, até publicações dirigidas, Internet, publicações científicas, etc. Para tanto, deve haver uma avaliação das ações atuais dos gestores, instâncias de controle social, associações de profissionais e dos movimentos sociais da área de saúde mental, no sentido de verificar se estes estão adequados quanto aos meios utilizados, periodicidade, atualização das informações, volume, capacidade de comunicação e diálogo, etc.

Como a discussão até aqui desenvolvida aponta, se por um lado as políticas públicas de saúde no Brasil, inclusive a de saúde mental, ressaltam a importância da informação, por outro lado, percebe-se a escassa discussão sobre seus fundamentos, princípios e problemas. De fato, conforme Guimarães (2008), qualquer esforço para a promoção de saúde mental deve levar em conta a participação competente e ativa da sociedade, principalmente dos que vivenciam transtornos mentais. Bird e Duarte (2002) complementaram e discutem que a capacidade de um adulto identificar em si mesmo ou em uma criança problemas de saúde mental, assim como a busca por tratamento são atividades intimamente ligadas ao acesso à informação sobre estas questões.

Na literatura especializada destacam-se claramente a busca e o reconhecimento de fatores de risco que tendem a tornar as pessoas mais vulneráveis ao adoecimento mental, tais como: a experiência de insegurança e desespero, a rápida mudança social, os riscos de violência física e os problemas de saúde. Um dos desafios sugeridos pela OMS é reforçar e divulgar de maneira sistemática as bases de dados científicos existentes, a fim de informar tanto as práticas como as políticas públicas de planejamento do campo. Aqui, portanto, a minimização do risco do adoecimento parece envolver o conhecimento e a conscientização sobre os transtornos mentais.

Assim, ao se discutir, repensar e divulgar pesquisas científicas em informação e comunicação relacionadas à saúde mental busca-se contribuir para o fortalecimento de políticas públicas nesta área. Pesquisas em informação têm como objetivo a construção de instrumentos teóricos e metodológicos para o estudo das práticas sociais de produção, comunicação e recepção de informações em diferentes campos e contextos sociais, propondo linhas alternativas de ação institucional, de oferta e uso da informação, capazes de funcionar como facilitadores do acesso, fluxo e aquisição dos conhecimentos produzidos socialmente (HATSCHBACH, 2008).

O conceito de *literacy* tem emergido como resposta a algumas destas questões de saúde pública, saúde mental e psiquiatria comunitária nos últimos anos. Sua inserção na prevenção do suicídio mostra-se oportuna para discutir aspectos das iniciativas brasileiras de políticas públicas de saúde mental.

De fato, a divulgação das informações científicas é um fator importante que deve ser ressaltado. Nesses termos, o conceito de “*literacy* em saúde” (*health literacy*) tem como pressuposto básico a idéia de que o conhecimento e as crenças sobre os transtornos mentais de uma determinada comunidade poderiam auxiliar em seu reconhecimento, gestão e prevenção (JORM, 1997; 2000; 2006). Vejamos em detalhes no próximo capítulo as diversas variáveis de *literacy*.

3. Concepções em *Information Literacy*, *Health Literacy* e *Mental Health Literacy*: Novas Propostas para o Campo da Informação em Saúde.

A noção que temos do termo informação é bem vaga e por muitas vezes intuitivo. De acordo com o Dicionário Contemporâneo da Língua Portuguesa, informação vem do latim *informatio*, *onis*, ("delinear, conceber idéia"), ou seja, dar forma ou moldar na mente, como em educação, instrução ou treinamento.

Ao procurarmos o significado da palavra informação em diversos dicionários de língua portuguesa encontramos como definição, por exemplo: ato ou efeito de informar ou informar-se; aquilo que é transmitido, elemento ou sistema que pode ser transmitido por um sinal ou por uma combinação de sinais; procurar, dar e receber notícias; esclarecimento dado acerca do procedimento, méritos ou estado de outrem; conjunto de dados recebidos do exterior, ou por um ser vivo por intermédio dos seus sentidos, ou por uma máquina eletrônica; comunicação. Desta forma, percebemos que o conceito Informação carrega uma diversidade de significados, desde o uso cotidiano, até o nível mais técnico, e está ligado intrinsecamente ao fato.

Contudo, a informação passou a ser reconhecida como elemento chave em todos os segmentos da sociedade. Tal é a sua importância, que se manter informado tornou-se indicador incontestável da atualidade e de sintonia com o mundo. A sociedade demanda informação, e com isso proporcionou novas bases conceituais, estruturas físicas e virtuais e tecnologias para o aprendizado e a aquisição de conhecimento.

Dessa maneira, o desejo pela informação foi crescendo, expandindo, tomando corpo, e com isso, surge o interesse maior sobre as competências de informação. Novos adeptos nessa área foram surgindo, como professores, psicólogos, profissionais da área da saúde, coordenadores de curso e diretores, além daqueles genuinamente envolvidos, ou seja, os bibliotecários e profissionais da informação. (HATSCHBACH, 2002; SULLIVAN, 2004)

Com o maior interesse destes profissionais de áreas diversas, o conceito de competências informacionais foi pedindo reflexões maiores. Dessa forma, cabe aqui fazer um panorama dos conceitos de competência informacional, competência em saúde e competência em saúde mental.

3.1. Algumas concepções da *Information Literacy*

O termo “*Information Literacy*” apareceu pela primeira vez em 1974 por Poul Zurkowski em um relatório da “Information Industry Association” submetido à *National commission on libraries and information Science* – Ncls - recomendando a instalação de um programa nacional que possibilitasse na próxima década todos alcançarem maior *information literacy*. Conforme Zurkowski (1974) as pessoas seriam treinadas para utilizarem fontes de informação no próprio trabalho, e dessa forma, seriam chamadas de competentes em informação (*information literates*). As técnicas e habilidades que aprenderiam, serviriam para lidarem com um grande número de ferramentas informacionais, sejam estas de fontes primárias, para encontrarem informação necessária visando à solução de seus problemas. (HATSCHBACH 2008). Após a introdução da expressão de *information literacy* por Zurkowski (1974), várias outras concepções e definições de literacia da informação tornaram-se predominantes nas últimas décadas, a maioria se referindo às habilidades que as pessoas devem possuir em manejar as informações participando assim de forma mais inteligente e ativa na sociedade.

Uma nova concepção foi proposta em 1976 por Burchinal: ele propõe um significado mais abrangente para *information literacy*. Segundo o autor, para uma pessoa ser competente em informação ela necessita adquirir habilidades que possam utilizar para localizar e usar as informações necessárias para soluções de problemas e tomadas de decisões de forma eficiente. Ou seja, não caberia somente a definição associada a saber buscar as informações. *Information Literacy* estaria associada ao saber fazer um uso correto destas informações obtidas para resolução dos problemas e tomadas de decisão.

Nos anos 70 havia a preocupação acerca de como as informações seriam disponibilizadas, e também sobre seu acesso físico e organizacional. Nessa época, a informação foi vista como essencial para a sociedade, e começa a surgir um novo valor da informação como facilitador para a cidadania.

Já na década de 80, com o surgimento das novas tecnologias de informação, houve uma mudança nas bases de produção, de guarda, acesso e disseminação das informações. Segundo Dudziak (2003) isso fez com que surgissem inúmeros trabalhos intitulados de *information technology literacy* popularizando a capacitação de tecnologia de informação, tanto nos ambientes profissionais como nos educacionais, levando a uma restrição ao que seria *information literacy*, e dando uma ênfase instrumental.

Contudo, nessa época, houve alguns acontecimentos que ajudaram a consolidar do conceito de *information literacy*. Primeiro foi o trabalho de Karol C. Kuhlthau em 1987, intitulado “Information Skills for an Information Society: a review of research”, cujo objeto do trabalho era ressaltar a importância do amplo acesso dos estudantes aos recursos informacionais disponíveis (por meio da apropriação das tecnologias de informação) na complementação da educação e também a alteração curricular das escolas em virtude desta constatação. Assim, Kuhlthau desfaz a noção vigente neste período de que as habilidades informacionais eram restritas apenas as bibliotecas e aos seus materiais científicos e amplia este conceito como uma proficiência investigativa educacional.

O segundo marco foi em 1989 com a criação do comitê presidencial da “*American Library Association's Presidential Committee on Information Literacy*”, cujo relatório final reconhecia a importância do conceito para uma sociedade democrática. O relatório definiu LI como:

“a capacidade da pessoa de reconhecer quando a informação é necessária e ter as habilidades de localizar, avaliar e usar efetivamente esta informação (...) Pessoas *information literate* são aquelas que aprenderam como aprender. Sabem como aprender porque sabem

como a informação é organizada, como encontrá-la e como usar a informação de forma que os outros também possam aprender com ela”

Desta forma, o comitê destacou a competência da informação como ferramenta essencial para a aprendizagem ao longo da vida e da produção de conhecimento, da produtividade e da democracia.

Na década de 90, o conceito do relatório de ALA ampliou-se e difundindo-se entre vários países e surgindo assim programas educacionais voltados para *information literacy*. Várias organizações se estabeleceram nessa década, como o “*Institute for information literacy*” da ALA – ACRL criado em 1997, destinado a treinar bibliotecários e dar suporte à implementação de programas educacionais no ensino superior. Levando assim a *information literacy* a se disseminar em vários continentes, tornando-se acessível cada vez mais a um maior número de pessoas.

3.2. “*Health Literacy*”: um possível caminho para a informação no campo da saúde

O conceito de "competência em saúde" foi originalmente definido na literatura em 1974, (SIMONDS,1974) relacionando à importância da saúde e educação no desenvolvimento de normas mínimas para a alfabetização da saúde no ambiente escolar.

Somente duas décadas depois, Kickbusch (1997) introduz o conceito de literacia em saúde no campo da promoção da saúde. Ele propõe a articulação de estratégias para construção de capital social com as estratégias que constroem capital intelectual para a saúde. Ele nos fala:

”Na nova versão do glossário de promoção em saúde nós introduzimos o termo *health literacy* (competência em saúde), cujo significado vem ampliar o que na Carta de Ottawa tínhamos denominado como

”desenvolvimento de habilidades pessoais”: informação e conhecimento em saúde, compreensão dos componentes sociais da saúde, habilidade para negociar com o ambiente, compreensão e medição dos riscos do comportamento individual e social, habilidades de enfrentamento, habilidades de cuidado, habilidades para utilizar o setor de saúde e uma mudança na acepção fatalista dos problemas de saúde através da implementação de em conhecimento em saúde”. (KICKBUSCH, 1997)

Há múltiplas definições de *literacy* em saúde, em parte porque a *literacy* em saúde envolve não só o contexto (ou enquadramento) no qual as demandas de *literacy* em saúde surgem (p. ex. cuidado em saúde, mídia, Internet ou conveniência), mas também as habilidades que as pessoas trazem àquela situação (RUDD, MOEYKENS, COLTON, 1999).

Já em 2000 Nutbeam, argumentava que a saúde e a alfabetização são os principais resultados da atividade de educação em saúde, que devam ser situadas no conceito mais amplo de promoção da saúde e pelas quais as pessoas que trabalham na promoção da saúde devam ser responsabilizadas. Este autor afirmou que as iniciativas de informação em saúde e educação são essenciais para melhorar a literacia em saúde. Além disso, ele identificou três diferentes "níveis de literacia em saúde, a saber:

- funcional: habilidades básicas em leitura e escrita;
- interativo: nível mais avançado de alfabetização cognitivas e sociais que permitam a participação ativa nos cuidados de saúde;
- crítico: capacidade de analisar criticamente e utilizar as informações;

Em 2009 na “7th Global Conference on Health Promotion” a OMS preparou um documento em que define competência em saúde como:

“o grau em que as pessoas são capazes de compreender, avaliar e comunicar as informações ao interagir com as demandas de diferentes contextos de saúde, a fim de promover e manter a boa saúde através do curso de vida”.

E divide em três diferentes níveis:

- Alfabetização Funcional: habilidades que permitem que um indivíduo leia os formulários de consentimento, rótulos, informações de saúde e compreenda informações escritas e orais por médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais de saúde.
- Alfabetização Conceitual: habilidades e competências que as pessoas desenvolvem em suas vidas, no sentido de procurar compreender, avaliar e utilizar informações de saúde e conceitos para fazer escolhas conscientes.
- Saúde como capacitação de alfabetização: fortalecimento da cidadania na saúde por reunir um compromisso de cidadania com a promoção e prevenção da saúde, envolvendo os indivíduos na compreensão dos seus direitos como pacientes e na capacidade de transitar através do sistema de saúde, agindo como consumidor informado sobre os riscos para a saúde, sobre os produtos e serviços e sobre as opções de prestadores de cuidados de saúde.”

De acordo com o Instituto Nacional de Medicina dos EUA (2004) 90 milhões de americanos não possuem as competências para usar o sistema de saúde de forma eficaz; pessoas com pouca educação em saúde tendem a ter uma saúde mais precária, e são menos propensos a usar serviços primários, e têm menos

conhecimento dos comportamentos de promoção da saúde, como também menos capazes de controlar a doença. Esses pacientes têm um maior risco de internação hospitalar prolongada e são menos propensos a cumprir com o tratamento, e cometem mais erros com a medicação, e estão mais doentes quando buscam assistência médica (TERRY, 2006).

Cabe destacar que a falta de competência em saúde afeta a comunidade em geral, a pouca competência em saúde mental não é somente restrita a pessoas com baixo nível de competência em geral, podemos encontrar também dentre os profissionais de saúde.

Sendo assim, segundo Nutbeam (2000) e Kickbusch (2001) podemos ter uma visão mais robusta do conceito de competência em saúde incluindo uma maior variedade de habilidades como: a capacidade de compreender os conceitos científicos, a interpretação crítica das mensagens da mídia de massa, a utilização dos recursos comunitários e a utilização e o conhecimento cultural. Podendo, desta forma, intensificar e melhorar a educação e a alfabetização geral influenciando a saúde e o bem estar da população, oferecendo uma oportunidade de reduzir as desigualdades da saúde.

3.3. *Mental Health Literacy* ou como pensar na informação no âmbito da saúde mental

Por conseguinte, para trabalhar com o conceito de *mental health literacy* o ponto de partida teórico será a investigação desenvolvida por Anthony Francis Jorm (1997), pesquisador australiano, que assim definiu o termo:

"Competência em saúde mental inclui a capacidade de reconhecer doenças específicas, sabendo como procurar informações sobre saúde mental, conhecimento dos fatores de riscos e causas, de auto-

tratamentos, e da ajuda de profissional disponível; atitudes que promovam o reconhecimento e adequada busca de ajuda.”

Nesta pesquisa pioneira no final dos anos noventa, no século passado, Jorm e colaboradores (1997) abordaram este desafio sob a perspectiva da importância do investimento *em* competência em saúde mental. Os autores apontam que a competência em saúde mental inclui as seguintes dimensões: capacidade de reconhecer diferentes tipos de desordens psicológicas; o conhecimento e entendimento sobre fatores de risco; o conhecimento e entendimento sobre intervenções para auto-ajuda; as atitudes que facilitam o reconhecimento dos mesmos; e o conhecimento de onde e como buscar informação em saúde mental.

Evidências relatadas por Jorm et al (1997) indicam que, especificamente em relação às formas de obtenção de informação sobre saúde mental, a família e os amigos são as principais fontes. A experiência pessoal e o contato com alguém próximo foram apontados como fontes de entendimento sobre causas e fatores de risco, o que acaba por orientar a preferência por tipos de tratamento. Outra importante fonte de informação é a mídia – reportagens em jornais, programas de televisão e cinema de onde, majoritariamente, resultam visões negativas sobre os transtornos e uma associação clara com comportamentos violentos.

O uso da literatura especializada e as visitas a bibliotecas, por sua vez, foram destacados como fontes prioritárias principalmente por pessoas com maiores recursos educacional e econômico. A Internet também é citada, mas com a ressalva da necessidade de um maior controle de qualidade da informação disponibilizada em websites. Os mesmos autores registram que o que se sabe, por certo, é que o estigma – o autoconferido e o percebido na interação social” - ainda é o principal fator que inibe a busca por tratamento. Reduzir o estigma é algo que ainda está em aberto. O que as evidências apontam é que o estímulo à competência em saúde mental reduz, em algum grau, a distância social. É, portanto, uma alternativa que deve ser perseguida.

Francis (2002), em uma revisão sistemática de literatura de pesquisas com o objetivo de avaliar e interpretar pesquisas relacionadas com a melhora da competência em saúde mental, a fim de identificar estratégias mais eficazes para o público australiano; trouxe também evidências que reafirmam aquelas propostas por Jorm (1997). Para a autora, as campanhas de comunicação de massa concebidas para atingir o público em geral podem alcançar resultados positivos em termos de competência em saúde mental. A pesquisa indica que as campanhas são particularmente eficazes quando envolvem mais de um tipo de mídia, incluindo componentes de base comunitária e / ou intervenções diretas. No entanto, afirma que o impacto destas campanhas é limitado e necessita de estudos mais aprofundados.

Programas de competência em saúde mental que visam o público em geral, mas não envolvem técnicas de comunicação de massa estão menos representados nas investigações, mas mostram alguma evidência de eficácia em termos de mudança de atitude. O mais importante, contudo, é que os estudos de tais programas descobriram que o contato direto com indivíduos com doença mental está fortemente associado ao desenvolvimento de atitudes mais positivas.

Segundo esta revisão, uma das mais fortes evidências da eficácia dos programas de competência em saúde mental vem de estudos de intervenções educativas para cuidadores e familiares de pessoas com doença mental. Em particular, os programas de familiares de indivíduos com esquizofrenia tem tido resultados positivos em termos de melhoria dos conhecimentos e atitudes.

O estudo aponta que, ao considerar as evidências da eficácia dos programas de comunicação em saúde, é importante ter em mente a base teórica para as estratégias de comunicação. Um aspecto que chama a atenção é que a maioria dos estudos sobre competência em saúde mental apenas analisa experiências empíricas. Não encontramos discussões teóricas robustas sobre a forma como várias audiências adquirem conhecimento sobre a saúde e que fatores motivam o público a esperar as mensagens de saúde pública.

Na Austrália houve vários tipos de intervenções para melhorar o conhecimento sobre saúde mental, e estas mostraram evidências crescentes de que a competência em saúde mental pode ser melhorada, tanto em intervenções de grande massa como em programas de treinamento individuais. Campanhas com vinhetas (JORM, 2005; HIGHET 2005) que apontam sinais de desordens alteraram as crenças sobre tratamento e medicações, como também contribuíram para um aumento da conscientização e do conhecimento sobre depressão. A iniciativa nacional de “*beyondblue*” contribuiu significativamente para essas mudanças positivas. No nível individual, a formação em primeiros socorros e informações em websites de boa qualidade têm sido eficazes em ensaios clínicos randomizados. (KITCHENER, 2005; CHRISTENSEN, 2004).

Apesar de o estigma ser a maior preocupação dos pacientes, sabe-se muito pouco sobre como reduzi-lo. A questão da diminuição do estigma em transtornos mentais é um desafio, pois reações emocionais não são fáceis de serem mudadas. É possível aumentar o conhecimento sobre transtornos mentais, mas não necessariamente implica na diminuição do estigma. É possível, por exemplo, ter um alto grau de competência em saúde mental e não ter necessariamente baixas atitudes estigmatizantes. Porém, há alguma evidência que competência em saúde mental tem um pequeno impacto na redução de estigma (KITCHENER, 2005; CHRISTENSEN, 2004).

Nessa perspectiva, coloca-se a seguinte proposta: o desenvolvimento de uma estratégia de divulgação de informação em saúde mental que contribua para minimizar o estigma e promover um maior entendimento dos transtornos mentais, de maneira a aumentar a procura precoce por tratamento e a adesão. Cabe frisar que o nível de competência em saúde mental na população deve ser melhorado para que os indivíduos reconheçam a doença mental e gerenciem sua própria saúde mental de forma mais eficaz. Melhorar a competência em saúde mental em geral é importante para a superação do estigma associado à doença mental, como também contribui em muito para economizar e otimizar os recursos.

3.4. Por que fazer pesquisas em “*mental health literacy*”?

Quando se põe em pauta a questão mais ampla: “por que fazer pesquisa em saúde?”, levantamos logo em seguida as seguintes questões correlatas: o que é pesquisa em saúde? Para que serve? O que pesquisar? Como divulgar e para quem serve esta produção? Quando se fecham estas perguntas focando especificamente a saúde mental fica ainda mais difícil obter uma resposta clara e uniforme, pois o problema já começa no próprio conceito de saúde mental. Para a própria OMS/WHO, tão preocupada com princípios e definições, não existe uma definição oficial devido a diferenças culturais, julgamentos subjetivos e teorias relacionadas. A saúde mental é uma área muito extensa e razoavelmente complexa de conhecimentos interdisciplinares.

A doença mental é universal e pode afetar a todos na sociedade, independente de raça, sexo, idade, nacionalidade ou classe econômica. Segundo a OMS (2004b) estima-se que as perturbações mentais e comportamentais afetam 25% da população em algum momento da sua vida. No mundo, calcula-se que cerca de 340 milhões de pessoas sejam afetadas por depressão, 45 milhões por esquizofrenia e 29 milhões por demência.

As doenças mentais exercem um considerável impacto na qualidade de vida dos indivíduos que são acometidos por elas, dos familiares e das comunidades. Nos familiares recai uma carga substancial, tanto emocional, afetiva, física como financeira. Já na comunidade o impacto tem múltiplos aspectos, desde o custo da prestação de cuidados, a perda de produtividade e certos problemas legais (inclusive violência).

O malefício que os transtornos mentais causam é tão grande que é a terceira causa de afastamento do trabalho por auxílio doença segundo dados do INSS (Boletim da Federação dos Bancários - 2007). Podemos também citar, como exemplo, estudos como o de Rice e colaboradores (1990) que concluíram que os custos econômicos associados às perturbações mentais para os Estados Unidos

corresponderam a 2,5% do produto nacional bruto. Já os estudos feitos na Europa estimaram a intensidade dos gastos, em relação aos custos de todos os serviços de saúde. Na Holanda, essa relação foi de 23,2% (MEERDINGE et al, 1998), e no Reino Unido, para gastos com pacientes internados, a proporção foi de 22% (PATEL e KNAPP, 1998). Cabe aqui ressaltar que segundo Chisholm et al, (2000) os custos indiretos, decorrentes da perda de produtividade, respondem por uma proporção maior do total do que os custos diretos, como também a falta de tratamento podem efetivamente elevar os custos indiretos, ao fazer aumentar a duração das perturbações não tratadas e da concomitante incapacidade.

Não poderei de deixar de mencionar aqui o problema do suicídio. Ele é uma das dez maiores causa de morte no mundo, cerca de 1 milhão de pessoas tentaram suicídio. Seus prejuízos são imensuráveis, devido ao impacto psicológico e social em uma família e na sociedade. Cada pessoa que se mata afeta diretamente seis pessoas da família e se acontecer em um local da comunidade este número aumenta para centenas. O suicídio foi responsável por 1,8% do custo total de doenças em todo o mundo, isto é equivalente ao custo das guerras e homicídios (WHO, 2001).

Desta forma, podemos perceber que o impacto econômico das doenças mentais é profundo, durável e enorme. Embora não seja possível medir toda a gama de sofrimento e infelicidade, um dos métodos de aferir o seu impacto é através do índice mensurável de carga global de doença (*global burden of disease* - GBD). Este é utilizado para medir o impacto que determinada doença ou transtorno provoca na vida das pessoas, quando as acomete. Este índice é resultado de uma equação, de variáveis como "anos de vida perdido por morte prematura (YLL)", "anos de vida perdido por incapacidade (YLD)" além de "mortalidade", "prevalência", "esperança de vida" e "peso das incapacidades" são levados em consideração.

O projeto de GBD é avaliado a partir do estudo conduzido pela Organização Mundial de Saúde, Banco Mundial e Universidade de Harvard. Este estudo mostrou que as doenças mentais ocupam o segundo lugar no peso do grupo das

doenças que atingem países desenvolvidos, como também avaliou as causas de incapacitação. Entre as 10 principais causas de incapacitação estão incluídos: transtorno depressivo maior; abuso de álcool; acidentes de trânsito; esquizofrenia; injúrias auto-infligidas; transtorno bipolar; uso de drogas; transtorno obsessivo compulsivo; osteoartrite; violência.

Já no Brasil, a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz no período de outubro de 2000 a novembro de 2002, fez um estudo que apontou para a nossa carga de doença, ou seja, quais são os quadros que mais incapacitam a população brasileira. Os objetivos principais foram a Revisão da metodologia proposta pelo Estudo de Carga Global de Doença e sua adequação no contexto brasileiro; a Sistematização das informações nacionais e internacionais (parâmetros clínico-epidemiológicos) sobre um conjunto de categorias de agravos e incapacidades; e a Estimativa da Carga de Doença para o Brasil e Grandes Regiões. Dessa forma o estudo ordenou a carga de doença do Brasil em: diabetes (5,1%); doença cardiovascular (5,0%); doença cerebrovascular (4,6%); depressão (3,8%); asfixia e traumatismo ao nascer (3,8%); doença pulmonar obstrutiva crônica (3,4%); violência (3,3%); infecções de vias aéreas inferiores (2,9%); acidentes de trânsito (2,7%); demência (2,6%); uso nocivo de álcool (2,5%); diarreia (2,1%); esquizofrenia (1,9%); asma (1,8%); HIV/AIDS (1,2%).

Cabe notar que dentre os aspectos mais relevantes entre as 15 causas de morbidade e mortalidade no Brasil, cinco estão relacionadas à Saúde Mental. A mais frequente delas segundo o estudo citado é a depressão, cujas estatísticas mundiais revelam índices de prevalência progressivamente mais altos. Assim, ao nos depararmos com todos esses dados estatísticos preconizamos o quanto é importante uma descrição consistente e comparativa da carga de doenças, fatores de riscos, tratamentos para a contribuição de tomadas de decisões e planejamentos de processos. Ou seja, estes estudos são importantes, pois criam um conjunto de informações necessárias para a decisão sobre prioridades de investimento para saúde. Porém, por muitas vezes as informações que estão

disponíveis sobre mortalidade e à saúde das populações no mundo, estão fragmentadas e incoerentes. Há assim, uma necessidade genuína de haver um enquadramento para a integração, validação, análise e divulgação de tais informações, necessárias para avaliar a importância relativa das doenças, lesões e fatores de risco que causam a morte prematura, perda de saúde e incapacidade em diferentes populações.

Desta forma, em dezembro de 2002, a OMS organizou uma reunião de Investigação para discutir pesquisa em saúde mental em países de baixa e média renda per capita (LAMI). O projeto está sendo implementado em 13 países que produzem mais de 2% de pesquisa: Índia, África do Sul, Brasil, Rússia, China, Polônia, México, Turquia, Tailândia, Paquistão, Hungria, Nigéria, e Croácia. Este estudo visou a obtenção de dados sobre as políticas do país (visão, missão, metas e prioridades), aspectos éticos, infra-estruturas (conselhos, instituições), financiamento, recursos humanos (treinamento, os pesquisadores e palestras), incluindo a produção de pesquisas reais e divulgação. Os participantes nesta reunião incluíram pesquisadores de países em desenvolvimento e países desenvolvidos, foram incluídos os Centros Colaboradores da OMS, os institutos nacionais de pesquisa e conselhos de investigação, organizações de investigação internacionais, os editores de periódicos científicos, conselheiros políticos e planejadores de programas, bem como representantes de agências de financiamento e os doadores. A reunião trouxe à tona escassez de atividades de investigação em saúde mental e à insuficiência de infra-estruturas de apoio à investigação nesses mesmos países (MARI, 2006).

Segundo Mari (2006), dados recentes apontam para a escassez de recursos destinados à pesquisa em saúde mental: dos 101 milhões de dólares destinados pelo país à pesquisa em saúde, a saúde mental fica apenas com 3,4%, isto é, 3 milhões e 400 mil. Além disso, segundo o Ministério da Saúde

“toda a pesquisa na área concentra-se em dois grupos: ensaios farmacológicos e ensaios diagnósticos (...) São raros os núcleos ou grupos de pesquisa que vinculem saúde mental, contexto social e saúde pública” (BRASIL, apud ONOCKO; CAMPOS *et al*, 2006).

Porém Mari (2006) aponta que a grande concentração de produção científica no Brasil situa-se nas teses e dissertações dos programas de pós-graduação universitários que desenvolvem pesquisas críticas, dedicadas a analisar e avaliar o processo de reforma psiquiátrica. Mesmo assim, há raríssimos estudos vinculados a uma visão integradora da saúde mental com aspectos psicossociais e com a saúde coletiva. Em suma, constata-se uma primazia do *clinical trial* como desenho de investigação da epidemiologia clínica, que possui maior valor como *paper* e mercadoria de pesquisa, pois produz evidência tipo 1A e 1B e pode ser aceito em periódicos com maior fator de impacto já que pretensamente fala da universalidade. A contrapartida infeliz vem a ser o contexto social dos estudos ecológicos ou qualitativos que estão sub-representados ou ignorados.

Cabe ressaltar que a Política de Saúde Mental no Brasil é essencialmente baseada na Declaração de Caracas (1991). O Ministério da Saúde propôs uma lei de saúde mental, aprovada pelo Congresso em 1999, que estabelece a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. Além disso, a lei tentou introduzir um programa para pagar um bônus mensal para famílias de pacientes de longa permanência, de forma a incentivá-los a deixar o hospital e voltar para casa (BRASIL, 1999). O Brasil ainda não erradicou problemas de saúde diretamente associados à pobreza, tais como infecções intestinais e respiratórias, e ainda tem que enfrentar as condições emergentes devido a essas rápidas mudanças demográficas: especialmente doenças cardiovasculares e transtornos mentais. Na verdade, o aumento da longevidade e a redução nas taxas de fertilidade resultante de tal transição demográfica tende a dar lugar a um incremento em transtornos mentais derivados da senescência (depressão e estados de demência, entre outros). Ao mesmo tempo, o sistema de saúde mental é relativamente escasso e mal distribuído entre

as diferentes regiões do país. A proposta de modificar a estrutura assistencial revela-se pertinente, porém há necessidade de mais estudos para comparar o custo-benefício dos modelos alternativos de atenção, de modo a melhorar a cobertura.

Um fato importante a considerarmos é que, segundo Saxena (2004) os esforços de saúde mental nos países em desenvolvimento estão baseados principalmente em dados provenientes dos países de alta renda. Esta atitude teria uma desvantagem, já que a maioria das informações disponíveis é coletada em diferentes contextos culturais e socioeconômicos. E ainda, que as pesquisas culturalmente relevantes devam informar a política de saúde mental e desenvolvimento de serviços, tomada de decisão, tratamento e programas antiestigma e contra discriminação. Para Saxena (2004), a relevância da pesquisa poderia ser mais bem assegurada se um consórcio, dirigido democraticamente pelos pesquisadores, planejadores e gestores, tomadores de decisão, doadores e representantes da comunidade, conjuntamente estabelecerem as políticas de investigação de um país por um período definido.

Desta forma, podemos concluir que as pesquisas a serem feitas no Brasil devam ser coerentes com seu contexto multiforme, levando em conta sua dimensão geográfica, além das características tão distintas de população. O Brasil pode melhorar o acesso aos dados e saber utilizá-los como um tipo de prova, juntamente com informações sobre as políticas e os seus custos para decidir como definir a programação e as perspectivas de sua agenda de saúde.

3.5. O que a população sabe sobre saúde mental?

Apesar dos transtornos mentais acarretarem grandes problemas como vimos acima, a maioria das pessoas doentes não procuram tratamento. Isso se deve como sugere literatura que os leigos têm uma compreensão deficiente da doença mental e que são incapazes de identificar corretamente os transtornos mentais, não entendendo suas causas e fatores subjacentes, medo dos doentes

mentais, crenças incorretas sobre a eficácia das intervenções de tratamento, e por muitas vezes relutam em procurar ajuda, e não sabem como ajudar os outros (JORM, 2000; JORM et al, 2005a; JORM et al, 2007).

No entanto, depois de iniciadas várias pesquisas e intervenções sobre competência em saúde mental, percebeu-se que houve uma grande melhora na população em geral aumentando substancialmente o reconhecimento da desordem em vinhetas, as crenças sobre medicalização e o aumento na conscientização e conhecimentos sobre depressão. Porém, mesmo tendo havido um aumento da competência em saúde mental ainda há muito que se fazer como indicam os pesquisadores. (JORM et al, 2005b; JORM et al, 2006).

Como podemos ver em uma pesquisa recente (JORM et al, 2005b) comparando de inquéritos aplicados em 1995 e 2003, que teve como objetivo descobrir se as crenças, reconhecimento das doenças e opiniões sobre tratamento mudaram ao longo desses oito anos. O estudo foi feito com uma população adulta Australiana usando a mesmas perguntas baseadas nas vinhetas sobre esquizofrenia e depressão. Em sua conclusão nos mostrou que houve um aumento considerável sobre conhecimento de doenças mentais, tratamentos e crenças durante este período. Ou seja, houve uma melhora de reconhecimento da doença apresentada nas vinhetas. A vinheta de depressão passou de 39 para 67.3, já na de esquizofrenia passou de 26.3 para 36.2 não tendo um aumento tido significativo quanto da depressão; um aumento nas crenças mais positivas de como ajudar, citando uma gama de intervenções; e um aumento da crença sobre a necessidade de ajuda.

Porém, apesar de se acreditar mais nos antidepressivos, há uma porcentagem bem maior dos que acreditam como tratamento medicamentoso as vitaminas, os minerais, tônicos e medicina de ervas. Há também uma discrepância sobre a opinião entre o público e os profissionais sobre a admissão no hospital psiquiátrico. Estes acreditam que a internação não ajuda e só piora.

Com esse apanhado observamos que as investigações de competência em saúde mental são importantes porque o reconhecimento de um problema de saúde mental é o primeiro passo na procura de cuidados adequados. Falta de reconhecimento é uma das barreiras significativas para acessar os recursos da saúde mental. Com isso devemos investigar outras barreiras. Segue uma lista feita a partir dos textos encontrados no levantamento bibliográfico:

- avaliar a competência em saúde mental
- crenças sobre as causas,
- crenças diagnósticos
- crenças manifestações de comportamento e atitudes
- crenças tratamentos
- crenças prognósticos
- crenças sobre cura
- crenças sobre medicamentos
- crenças sobre tratamentos alternativos
- curandeirismo
- crenças negativas e atitudes, considerando pessoas com esquizofrenia a ser mais perigoso
- estigma da doença mental, especialmente na área da discriminação
- dificuldades de comunicação
- as restrições de serviço
- discriminação
- compreender os contextos locais

Assim, podemos concluir que a má educação em saúde mental pode ser um obstáculo à prestação de tratamento para aqueles que necessitam, principalmente nos países de baixa e média renda, onde os serviços de saúde mental já são escassos.

4. METODOLOGIA

A fim de identificar a produção científica sobre o tema da competência em saúde mental e políticas públicas no mundo, especificamente no que concerne a campanhas e estratégias de comunicação, foram realizadas buscas seguindo os preceitos da revisão bibliográfica. As bases de dados selecionadas para buscas foram a *Web of Science*, a *Psycoinfo* e a *Pubmed*, todas referenciais. As duas primeiras foram acessadas pelo Portal Capes (www.periodicos.capes.gov.br) e a última diretamente do site americano (www.ncbi.nih.gov).

A “*Web of Science*” é considerada a principal base científica multidisciplinar e tem sido utilizada pela maioria dos estudos cientométricos, dada a sua cobertura e por ser a única que traz a instituição de origem de todos os autores. A *Psycoinfo* é uma base especializada em psicologia, desenvolvida pela “*American Psychological Association*”, e a única desta área disponível no portal da Capes. Já a *Pubmed* é a principal base de dados da área de ciências da saúde, desenvolvida pelo “*National Institute of Health*”, e livre para acesso diretamente de seu site. Apesar de estar acessível também no Portal da Capes, optou-se por este caminho pelo fato de se poder acessar de qualquer ponto fora do campus Fiocruz.

Para definição da estratégia de busca, tentou-se identificar se o conceito competência em saúde mental (*mental health literacy*) é termo autorizado como descritor no Medical Subject Headings – MESH, visando à execução da busca no *Pubmed*. Uma vez que o termo não é contemplado nestas ferramentas, optou-se por buscar *mental health literacy*, e assim investigar a trajetória de utilização do termo.

O período de cobertura determinado em todas as bases foi de 1997 a 2010. Este período inicia em 1997, por ser este o ano em que foi publicado o primeiro paper com o termo *mental health literacy* no título, termo cunhado pelo pesquisador Antony Jorn. O último ano do período é 2010, por ser o último ano findo antes da presente pesquisa.

Apresenta-se a seguir uma descrição sumária das buscas realizadas.

Quadro 1 - Bases de dados selecionadas para buscas

Nome da base	Produtor	Termo utilizado	Acesso
Web of Science	ISI Thomson	mental health literacy	Portal da Capes
PsicInfo	Apa – América Psychological Assiciation	mental health literacy	Portal da capes
Pubmed	NIH – National Institute of Health	mental health literacy	National institute of health

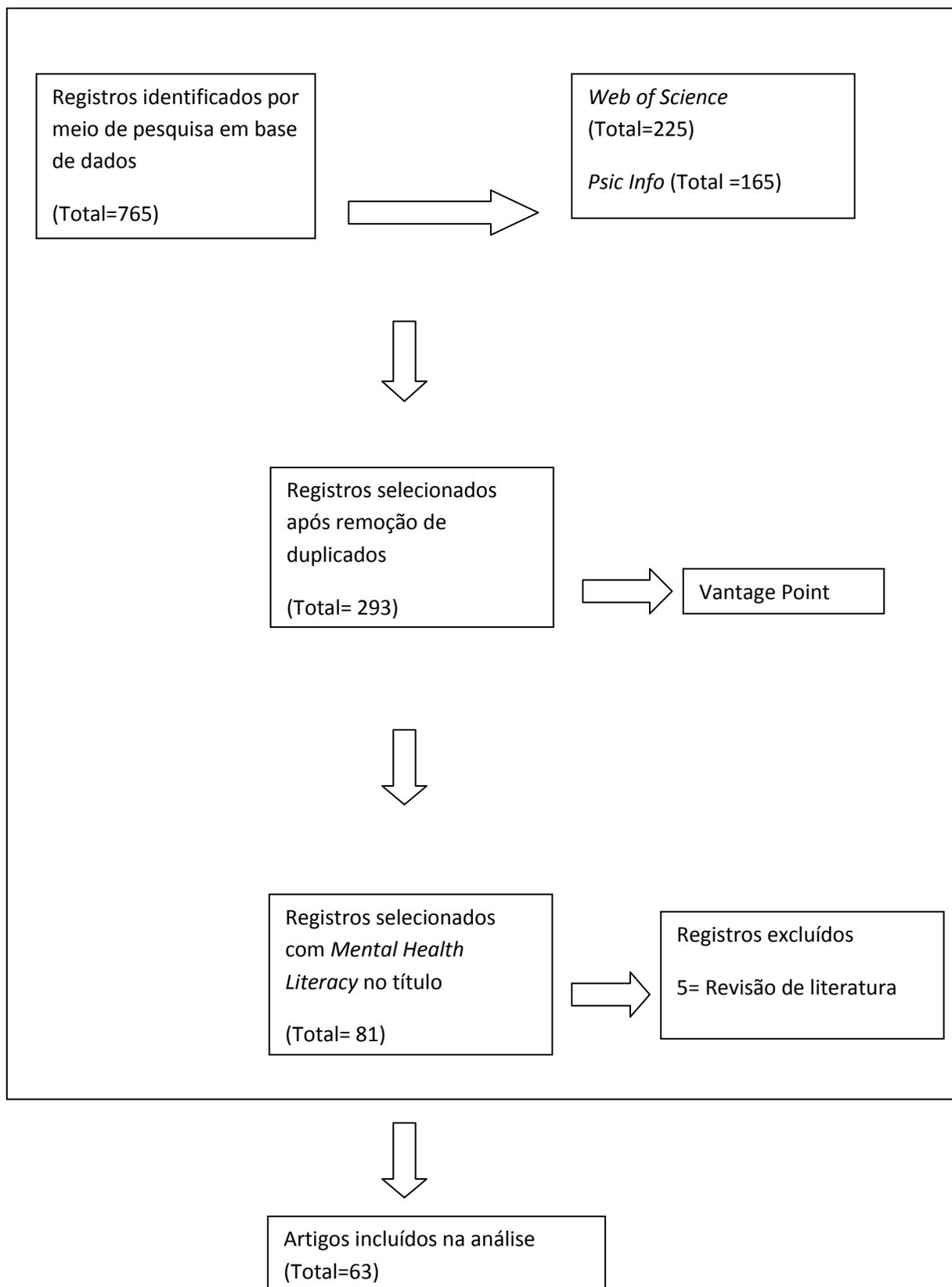
Fonte: elaboração própria

Em cada uma destas bases foi feito download, em formato completo, das buscas individualizadas e migradas para o *software The VantagePoint*. Esta é uma ferramenta usada para trabalhar com resultados de pesquisa de bases de dados de texto. Ela é útil quando a sua estratégia de busca irá trabalhar com milhares de registros, possibilitando assim a importação e mineração dos dados brutos para obter mais dados. Permite a limpeza dos dados em um conjunto coerente, combinando o que você deseja analisar como um grupo, como também a comunicação dos resultados e a codificação de todo o processo para torná-lo coerente e facilmente reproduzível.

Após o processo de migração, foram fundidos os arquivos e eliminadas as duplicatas de registros existentes em mais de uma base, resultando um arquivo único com um total de 293 referências completas com os respectivos resumos, quando existentes.

Em seguida, foram examinados os resumos de artigos considerando apenas o descritor *mental health literacy* para se obter uma análise mais detalhada. Assim, estes resumos deu origem às primeiras categorias temáticas a fim de se obter um panorama detalhado da produção científica internacional sobre a competência em saúde mental e, por conseguinte a escolha dos textos mais importantes a serem lidos. A partir de uma leitura inicial, optei por fazer uma análise quantitativa dos resumos que apresentavam *mental health literacy* no título, pois foi considerado que estes estavam direcionados às pesquisas em *mental health literacy*. O Quadro 2 apresenta o fluxograma para a seleção de inclusão dos estudos.

Quadro 2 - Fluxograma de seleção



Fonte: elaboração própria

Cada um dos 63 registros incluídos foi codificado utilizando uma planilha de avaliação de acordo com as seguintes características: identificação do artigo, país (local do estudo), transtorno, sujeito da pesquisa, tipo de pesquisa (qualitativa, quantitativa), técnica de intervenção e objetivo da pesquisa (ver anexo 1).

5. RESULTADO E DISCUSSÃO

Como já mencionado anteriormente, o primeiro artigo selecionado foi publicado em 1997 por Jorm *et al.*

Os estudos foram realizados em sua maioria na Austrália (total=20), seguido por Singapura (total=6). Outros estudos foram também realizados nos EUA, Inglaterra, Canadá, Alemanha, Japão, Nova Zelândia, Paquistão e Suécia.

Desta forma, a Austrália confirma o seu pioneirismo nas intervenções em *mental health literacy* e o fortalecimento das políticas públicas em saúde mental. Assim, observa-se que apesar destas iniciativas terem sido implementadas também em outros países, a Austrália continua no topo das pesquisas em *mental health literacy*.

Quadro 3 - Países

País	Total
Austrália	20
Singapura	6
EUA	2
Inglaterra	2
Alemanha	1
Japão	1
Nova Zelândia	1
Paquistão	1
Southeast Asian (SEA)	1
Suécia	1
Total	36

5.1. Transtornos

Dos 63 estudos selecionados, foi encontrado um número maior de pesquisas relacionadas aos transtornos de humor independente da faixa etária. Os transtornos de humor identificados foram: depressão, depressão maior e mania. Dentre eles, a depressão foi o transtorno mais citado. Em segundo lugar aparecem os transtornos afetivos, como, por exemplo, a esquizofrenia e psicose. Vale destacar, que em grande parte dos estudos, a esquizofrenia e a depressão foram estudadas em conjunto para verificar o entendimento de suas diferenças junto ao público. Os demais transtornos por vezes apareciam em uma única pesquisa como o espectro autista. Vale destacar ainda, que em alguns estudos não houve a identificação do transtorno, se referindo à saúde mental em geral. Os transtornos identificados podem ser observados no quadro abaixo:

Quadro 4 - Transtornos Mentais

Transtorno	Total
depressão	36
esquizofrenia	12
saúde mental	8
bulimia nervosa	5
transtorno mental	5
mania	4
psicose	4
suicídio	3
transtorno obsessivo compulsivo (TOC)	3
ansiedade	2

autismo	1
demência	1
doença mental crônica	1
doenças coronarianas	1
ansiedade generalizada	1
problemas mentais	1
remédio	1
transtorno de ansiedade	1
Total	90

5.2. Sujeito da Pesquisa

Três estudaram exclusivamente a diferença entre os gêneros no que diz respeito ao entendimento sobre Saúde Mental. Quando os estudos foram realizados apenas com as mulheres, o transtorno alimentar foi o mais investigado.

Fica evidente que a população submetida aos estudos não foi apenas relacionados aos portadores de transtorno mentais. Os estudos foram realizados entre os profissionais de saúde, inclusive psiquiatras, profissionais de saúde mental e também de outras áreas da saúde, além cuidadores e estudantes. Isto mostra que a preocupação e o cuidado com a saúde mental é direito e dever de todos, pois qualquer pessoa pode ser acometida por um transtorno mental ou está diretamente em contato com alguém que possua algum problema, como já foi dito acima segundo a OMS.

Os sujeitos identificados nos estudos são apresentados a seguir:

Pacientes

- pacientes de tratamento de toxicodependência com problemas psicológicos

Profissionais de Saúde

- Médicos
- Psiquiatra
- Clínico geral
- Farmacêutico
- Enfermeiro
- Profissional de atenção básica
- Profissional de saúde mental
- Village Health Workers (VHW) (trabalhadores de saúde das aldeias)
- Estudantes universitários de obstetrícia, enfermagem e psicologia

Cuidadores

- familiares de câncer
- familiares de doença falciforme
- parentes de esquizofrênicos
- Clero americano no cuidado aos idosos

Comunidade

- Urbana
- Rural
- Imigrantes
- Aborígenes

Pode-se observar que países do primeiro mundo como Canadá, EUA e Austrália recebem uma grande quantidade de imigrantes com culturas bem díspares e línguas diferentes e também a própria heterogeneidade dentro dos seus grupos étnicos. De acordo com estes estudos, a imigração pode acarretar em problemas de saúde mental como, por exemplo, depressão, suicídio e há também a dificuldade de se perceber o início de doenças mentais. Um dos motivos para ocorrência de tal fato é a baixa utilização de serviços de saúde mental devido a vários fatores determinantes como o resultado da falta de confiança nos serviços, ao uso corrente de mal-entendidos devido às diferenças culturais e lingüísticas, como também a qualidade da assistência recebida havendo racismo e discriminação, e como a falta de valorização das expressões e referências culturais e sociais. Pode-se dizer ainda, que várias culturas valorizam o curandeirismo, uso da medicina alternativa e fortes crenças tradicionais podendo prejudicar a vontade e capacidade das pessoas em buscar base técnica de saúde mental. Essas crenças também repercutem no atendimento do profissional de saúde mental devido a sua falta de habilidade em lidar com essas questões.

5.3. Técnica ou tipo de intervenção

Na metodologia encontramos tanto pesquisas qualitativas como quantitativas, muitas vezes elas eram usadas conjuntamente. As técnicas mais utilizadas nos estudos foram vinheta, entrevistas (face a face, por telefone), questionários (*postal survey, online survey*), grupo focal.

5.4. Objetivo da Pesquisa

Nos 81 resumos selecionados encontramos quatro tipos de objetivos da pesquisa: avaliação da competência em saúde mental, avaliação dos programas, comparação dos estudos de avaliação em competência em saúde mental e revisão.

Os estudos de avaliação em competência em saúde mental foram os mais encontrados, em seguida aparecem os estudos comparativos que cruzam os dados das pesquisas antigas. Isso demonstra que há uma grande necessidade de se saber como as pessoas reconhecem os transtornos mentais, suas crenças, estigmas e como compreendem os contextos locais.

Para que estratégias sejam feitas é necessário um estudo preliminar para ver a necessidade da população e adaptá-las de formas adequadas. Contudo, após a intervenção como demonstra a tabela deve-se avaliar a eficácia do programa.

5.5 – Programas em *Mental Health Literacy*

Este item é referente a codificação dos 293 resumos encontrados. Os dois quadros a seguir, mostram vários tipos de intervenções e programas que foram feitos para melhorar o grau de competência em *mental health literacy*. Entre elas estão as seguintes:

Quadro 5 - Tipo de intervenção

Tipo de intervenção

programas de televisão

tecnologias de educação a distância (por exemplo: videoconferência, conferência por telefone e Internet).

breve intervenção ED-MHL

intervenção de marketing social

intervenção motivacional e personalizada intervenções normativas entregues computadores usando ou individual face a face sessões.

guia do consumidor baseada em evidência para os tratamentos para a depressão

workshops de conscientização da saúde mental

Quadro 6 - Tipos de programas/intervenções

Intervenção/ contexto	Objetivos	Intervenção	Avaliação	Resultados
Intervenções no todo da comunidade				
<i>beyondblue</i> : a Iniciativa Nacional (sobre) Depressão (campanha de conscientização pública) 10 Austrália Nível de evidência: III-2 *	Melhorar o conhecimento e as atitudes do público sobre a depressão e condições relacionadas, incluindo as pessoas sofrendo de depressão, suas famílias e locais de trabalho, jovens, idosos, e os indígenas australianos	Atividades de sensibilização pública, incluindo a distribuição de cartazes, panfletos e cartões postais, um site com informações, publicidade televisiva, anúncios em mídia impressa e vídeos educativos	Avaliação contínua, através do monitor de depressão nacional e pesquisas realizadas por organismos independentes	Melhoras no conhecimento e concepções que o público tinha foram encontrados nos estados australianos onde <i>beyondblue</i> é mais ativo. <i>Beyondblue</i> é uma organização bem conhecida, conforme evidenciado pela pesquisa perguntando sobre organizações de saúde mental.
Programa Conscientização sobre Saúde Mental em Ação 11,12 Reino Unido Nível de evidência: III-2 *	Melhorar o conhecimento sobre a doença mental e diminuir o estigma naqueles que dão apoio aos jovens na comunidade, e em policiais.	Duas sessões de 2 horas de informação sobre a doença mental. Metade dos participantes contou com um consumidor-educador para facilitar uma perspectiva pessoal, em uma das sessões	Questionários pré e pós-intervenção com 78 adultos e 109 policiais	Nos dois grupos, ampliação de conhecimento após a intervenção. Não houve melhora na distância social desejada. Contato com um facilitador-consumidor- não indicou avanço nas atitudes.
Intervenções comunitárias direcionadas aos jovens				
The Compass	Melhorar a	Campanha de	Levantamento	Conscientização

Strategy (a estratégia da bússola) 4 Austrália Nível de evidência: III-1 *	competência em saúde mental e de busca de ajuda para a depressão e psicose entre os jovens	conscientização da comunidade visando uma região de intervenção, incluindo rádio, cinema e jornais de publicidade, materiais impressos, um site e linha telefônica de informação, e uma ligação estreita com os prestadores de serviços à comunidade	(transversal) sobre competência em saúde mental pré e pós-intervenção realizado em regiões de intervenção e de controle de Melbourne; 1.200 entrevistados com idade entre 12-25 anos	ampliada sobre campanhas de saúde mental; melhor identificação da depressão em si, a melhora de busca de ajuda contra a depressão; estimativa correta da prevalência de problemas de saúde mental; maior consciência do risco de suicídio; redução das barreiras percebidas para busca de ajuda
--	--	--	--	---

Intervenções baseadas em Escolas

MindMatters (Materiais "Compreendendo a doença mental") 13,14 Austrália Nível de evidência: IV *	Aumentar a competência em saúde mental e diminuir a distância social nas escolas secundárias	Variadas. MindMatters fornece materiais de apoio ao currículo para todas as escolas na Austrália, mas o uso destes não é padronizado. Escolas são incentivadas a escolher os materiais que se encaixem o com seu próprio currículo	Nenhum questionário inicial. Estudantes e funcionários da escola completaram os questionários pós-intervenção	Nenhuma mudança nas medidas de distância social. Mudanças na competência em saúde mental não puderam ser avaliadas
--	--	--	---	--

Iniciativa de Pesquisa em Escolas <i>beyondblue</i> (componente de competência em saúde mental) 15 Austrália Nível de evidência: III-1 *	Aumentar a competência em saúde mental e diminuir a distância social nas escolas secundárias	Vinte e cinco escolas sob intervenção aplicaram uma série de programas de melhora da resiliência, currículos de competência em saúde mental e atividades relacionadas ao longo de um período de 3	Questionários em diferentes fases da intervenção de três anos: escolas sob intervenção intensiva, sob intervenção e escolas de controle	Esperado nos próximos 12 meses
--	--	---	---	--------------------------------

		anos, e sessões de informação em saúde mental foram conduzidos para a comunidade escolar. Vinte e cinco escolas combinados foram selecionados como controles		
Educação em Doença Mental 16 Austrália Nível de evidência: IV *	Reduzir as atitudes estigmatizantes, melhorar a competência em saúde mental e intenções pela busca de ajuda em alunos do ensino secundário	Sessões de informação e sensibilização na escola por um apresentador, um consumidor-educador ou cuidador-educador, ou ambos	Questionários pré e pós- intervenção preenchidos por estudantes (n = 457) que compareceram e que não compareceram às sessões de informação	Melhoras na competência em saúde mental, incluindo a capacidade de reconhecer doenças mentais; melhoras modestas nas atitudes estigmatizantes; melhoras pequenas em intenções pela busca de ajuda
Ciência da Doença Mental - série complementar ao currículo (National Institute of Mental Health) 17 Estados Unidos Nível de evidência: IV *	Melhorar o conhecimento e as atitudes dos estudantes sobre a saúde mental – 6ª a 8ª Séries	Oito semanas de currículo enfocando a ciência da doença mental, causas e fatores de risco, tratamentos e estigma	Questionários pré e pós-intervenção distribuídos a 1.500 alunos	Um melhor conhecimento sobre os transtornos mentais; redução desejada distância social e atitudes estigmatizantes; melhor compreensão da natureza biológica da doença mental e tratamentos
Consciência sobre saúde mental em Ação 12 Reino Unido Nível de evidência: IV *	Melhorar o conhecimento sobre a doença mental e diminuir o estigma em escolas secundárias	Duas sessões de uma hora de informação sobre a doença mental. Metade dos estudantes contou com um consumidor-	Questionários pré e pós-intervenção e de follow-up (1 mês)	Melhoras significativas nas atitudes estigmatizantes; melhoras pequenas, mas significativas no conhecimento.

		educador a facilitar uma perspectiva pessoal em uma das sessões		Melhora persistiu em 1 mês de follow-up, mas tinha diminuído. Melhora maior e mais duradoura entre os estudantes que se reuniram com um consumidor-educador
Programa Semana da Consciência sobre Doença Mental 18 Estados Unidos Nível de evidência: III-2 *	Aumentar a intenção pela busca de ajuda e melhorar atitudes quanto a psiquiatras em alunos do ensino secundário	Residentes de psiquiatria visitaram as escolas secundárias e falaram para as turmas. Falaram sobre de busca de ajuda, depressão, ajuda profissional, uso de drogas e álcool e suicídio, mas a temática não foi padronizada	Os alunos que receberam a intervenção (n = 1.380) e os alunos que não (n = 282) passaram por um teste pós-intervenção	Os alunos que estiveram envolvidos nas sessões em sala de aula mostraram melhoras modestas na intenção de falar com um conselheiro ou um psiquiatra. As palestras foram apreciadas foram apreciadas pela maioria e estimularam interesse em aprender sobre outros temas sensíveis
"Louco? E daí? É normal ser diferente" 19 Alemanha Nível de evidência: III-2 *	Reduzir as atitudes estigmatizantes e diminuir a distância social desejada de pessoas com esquizofrenia em alunos do ensino secundário	Uma "semana do projeto" altamente interativa envolvendo encontro e diálogos com um jovem com esquizofrenia, discussão do impacto das atitudes estigmatizantes, e informações sobre a vida com esquizofrenia	Pré e pós-teste, com 90 alunos e 60 controles. Um mês de acompanhamento	Diminuição da estigmatização e atitudes discriminatórias para com as pessoas com esquizofrenia. Maior vontade de entrar numa relação social com uma pessoa com esquizofrenia. Benefícios foram mantidos no follow-up
Programas de treinamento individuais				
Primeiros –	Melhorar o	Doze horas de	Um ensaio não	Melhor capacidade

<p>socorros em saúde mental 20</p> <p>Austrália</p> <p>Nível de evidência: II *</p>	<p>reconhecimento de problemas de saúde mental, ensinar os participantes a oferecer ajuda e apoio para aqueles que sofrem de problemas de saúde mental, e aumentar de busca de ajuda através da facilitação por parte dos participantes</p>	<p>curso ensinando reconhecimento causas, fatores de risco e tratamentos para a depressão, transtornos de ansiedade, psicose, transtornos de uso de substância e crises relacionadas</p>	<p>controlado aleatório com o público (n = 210); dois ensaios controlados aleatório com duas listas de espera em em locais de trabalho (n = 301); ensaio de eficácia controlado com lista de espera em uma grande área rural (n = 753)</p>	<p>de identificar a psicose e depressão, maior concordância com os profissionais sobre os tratamentos adequados; redução da distância social desejada de uma pessoa com doença mental; melhora de confiança em oferecer ajuda, mais ajuda oferecida</p>
<p>Projeto de Intervenção suicídio 21</p> <p>Austrália</p> <p>Nível de evidência: IV *</p>	<p>Treinar pares para apoio em um ambiente universitário no reconhecimento de problemas emocionais em colegas estudantes, para sentir-se à vontade para falar com eles sobre suas percepções e saber quando a sugerir o uso de serviços</p>	<p>Programa de dois dias de Treinamento Aplicado em Habilidades para Intervenção sobre Suicídio Skills Training programa (ASIST); sessão Educação Mental Illness (consumidores e cuidadores falam da experiência de viver com a doença mental); apresentações realizadas no campus pelos serviços de aconselhamento da universidade; materiais escritos</p>	<p>Pré-teste (n = 42) e 2 semanas de pós-teste (n = 27). Os participantes foram analisados na competência em saúde mental, na intenção de oferecer ajuda, número de conversas sobre sentimentos/percepções, controle comportamental percebido, e conexões sociais</p>	<p>Melhoras modestas competência em saúde mental foram detectados, mas não há melhoras no comportamento. Apenas duas semanas decorridas entre a intervenção e avaliação. Nenhuma avaliação de follow-up foi realizada</p>
<p>* Níveis de evidência segundo o Conselho Nacional de Saúde e Pesquisa Médica. I: Revisão sistemática de ensaios clínicos aleatórios. II: Ensaio controlado aleatório com boa qualidade metodológica. III-1: Ensaio pseudo-aleatório controlado com boa qualidade metodológica. III-2: Ensaios aleatórios, estudos de caso-controle e de coorte. III-3: Estudos com controles históricos, estudos de braço único, ou séries históricas interrompidas de. IV: Evidência com base em séries de casos.</p>				

Neste cenário, encontram-se desde intervenções ligadas diretamente à educação por meio de aula como também campanhas voltadas para a grande massa com o propósito de informar tanto o público em geral como grupos restritos (jovens). Campanhas de mídia de massa são amplamente utilizados para expor altas proporções de grandes populações de mensagens através dos usos de rotina de mídia existente, como a televisão, rádio e jornais, outdoors, cartazes e revista.. Tem-se incorporado às campanhas novas tecnologias como a internet, e telefones celulares. Estes tipos de campanhas podem produzir mudanças positivas ou impedir mudanças negativas em comportamentos relacionados à saúde em grandes populações.

Cabe destacar, ao se levantar esses dados dispomos de informações oportunas sobre populações, transtornos, intervenções e metodologias de pesquisas utilizadas constitui um aspecto decisivo para as prioridades para as políticas públicas em seus diferentes países. Comparar os problemas, dados existentes e conhecer pontos de vistas distintos permitindo aprofundamento de questões pode trazer benefícios mundialmente, favorecendo a preservação do conhecimento e sua difusão. Com isso a possibilidade de replicar estudos em diferentes continentes.

Ainda cabe destacar aqui a importância de se ter mais acesso a periódicos, segundo Saxena (2004), muitos periódicos de alta qualidade em saúde mental têm uma ampla distribuição, porém os seus assinantes são de países de alta renda. Segundo o autor deve haver uma atenção especial na disseminação de pesquisa para que haja uma maximização de seu impacto nas políticas de saúde mental e nas práticas de pesquisas relevantes nos países LAMI. Aumentar a disponibilidade *online* tem uma relação custo-efetividade muito favorável, já que pouco gasto adicional é requerido, como por exemplo, para postar/publicar inicialmente trabalhos em site da WEB, além de dar acesso a novos usuários e criar um novo público leitor.

Um dos desafios sugeridos pela OMS é reforçar e divulgar de maneira sistemática a base de dados científicos existente, a fim de informar tanto as práticas como as políticas públicas de planejamento do campo.

A produção de conhecimento científico em saúde, compreendida como prática socialmente determinada, e sua apropriação pela sociedade também é vista como uma questão prioritária para as políticas brasileiras de ICT:

“há descompasso entre a produção de informação e a replicação dessa informação em variados setores da sociedade e uma tentativa de resolução desse descompasso ocorre com os processos de divulgação científica, cujo papel é fundamental, no sentido de adequar a “hermética” linguagem acadêmica em outra compatível com a dos usuários leigos, no processo denominado divulgação científica” (GONZALEZ GOMEZ e CANONGIA, 2001, p.22)

O processo de divulgação científica precisa ser repensado no Brasil. Igualmente deve ser articulado com políticas científicas e não aparecer copiando-as com uma defasagem de tempo e espaço. A declaração Universal dos direitos humanos divulgada pela ONU em 1948, por si só justificaria a necessidade de divulgar ciência para a socialização do conhecimento para o grande público. Vivemos pelo menos meio século de estudos epistemológicos e sociológicos de ciência que associam bastante conhecimento e poder. A democracia torna-se possível a partir disto. A divulgação científica aproxima o cidadão dos benefícios que tem todo direito de reivindicar para o seu bem estar social. (OLIVEIRA, 2001).

Diante desta análise nos parece importante retomar em detalhes a proposta inovadora de Jorm (1997) para a aplicação do conceito de *literacy* no campo da saúde mental e que surge justamente como uma proposta de cuidado em casos de risco de suicídio, expandindo-se posteriormente para o âmbito da saúde mental como um todo na Austrália. Vale lembrar ainda que a Austrália, apesar de ser um país com dimensões menores que o Brasil, também possui uma diversidade cultural muito grande, o que nos aproxima ainda mais dessa discussão.

6. Um Recorte em *Mental Health Literacy*: Depressão e o Risco de Suicídio

6.1. Depressão

Na análise dos textos encontrados, observa-se que a depressão é a patologia mais freqüente em pesquisas que envolvem *mental health literacy*. Poderíamos dizer que esse número grande se deve a preocupação considerável para a saúde pública em vários países, já que segundo a OMS em seu estudo divulgado 2011(BROMET, 2011) a depressão aumentou muito em um período de 12 meses no seu estudo populacional em 18 países, no qual dez países de alta renda como Bélgica, França, Alemanha, Israel, Itália, Japão, Holanda, Nova Zelândia, Espanha e Estados Unidos tiveram a prevalência de depressão maior de 5,5% subindo para 14,6%. Já os países de baixa e média renda como Brasil (com dados exclusivamente de São Paulo), Colômbia, Índia, China, Líbano, México, África do Sul e Ucrânia houve mudanças no período no mesmo período de 5,9% para 10,4%. O Brasil foi o país desse grupo que teve a maior taxa de prevalência de depressão com 10%.

Observou-se também que na coleta dos dados dos grupos focais e entrevistas da pesquisa qualitativa, a depressão aparece como a patologia mais citada entre os participantes. Na análise dos dados aparece uma grande preocupação com o estigma relacionado à depressão nos familiares, amigos e trabalho, crenças sobre causas, tratamento, prognósticos, medicamentos, religiosidade e dificuldade de pedir ajuda e reconhecer a doença. Esses dados da pesquisa qualitativa vão ao encontro dos dados constatados nas pesquisas encontradas na revisão bibliográfica em competência em saúde mental.

A depressão afeta 121 milhões de pessoas e é considerada uma das dez principais causas de incapacitação no mundo medido pelo YLD (anos vividos com incapacidade), limitando o funcionamento físico, pessoal e social. Até o ano 2020, a depressão é projetado para alcançar o 2^o lugar do ranking dos DALYs (Disability

Adjusted Life Years) para todas as idades e gênero. Entretanto, menos de 25% das pessoas atingidas recebe tratamento apropriado. Alguns dos motivos para essa dificuldade de tratamento e a falta de recursos, faltam pessoas capacitadas para tratar e diagnosticar e o peso significativo do estigma social. A maneira como a população percebe os sintomas de depressão e as crenças sobre sua etiologia podem influenciar na busca de ajuda, dificultar a adesão aos tratamentos, como também a atitude e o comportamento das pessoas em relação aos portadores desse transtorno. (WHO, 2011).

As síndromes psiquiátricas trazem consigo uma enorme carga de preconceito, fazendo com que muitas doenças tratáveis gerem sofrimento e diminuição da qualidade de vida em pessoas que não aceitam, ou simplesmente não conseguem atendimento adequado em saúde mental, seja porque não admitem que estejam enfermas, seja porque seu transtorno é estigmatizado pelos familiares, amigos ou pela população e, sobretudo, não reconhecida por profissionais que deveriam ser capazes de identificá-las.

Entre as doenças de maior prevalência neste grande grupo de distúrbios mentais encontram-se dois diagnósticos do espectro afetivo/do humor bastante freqüentes e com elevada carga global de doença: a depressão unipolar e o transtorno bipolar do humor.

Entretanto, um aspecto tão importante quanto os dados alarmantes da OMS ou as previsões acerca dos efeitos devastadores do estilo moderno de vida é justamente algumas características próprias ao transtorno de humor depressivo, a saber: a introspecção, a dificuldade de interação social e os danos cognitivos. Como pensar em estratégias de comunicação e informação em saúde mental sem levar em conta as modificações cognitivas e perceptivas que decorrem da experiência de adoecimento?

Cabe ressaltar que o sofrimento psíquico causado por transtornos do humor pode ser muito grande, porém suas vítimas costumam ter em comum a dificuldade de expressar este sofrimento, de serem reconhecidos em sua experiência solitária

de desinteresse, falta de prazer e desânimo. Isto pode acontecer por motivos relacionados à história natural da doença que leva a vítima a se tornar cada vez mais isolada socialmente, exibindo pouca atividade ou movimentação, podendo passar o dia inteiro na cama ou no quarto, apresentando crises de choro, tristeza sem motivo evidente, diminuição da fome com perda de peso, e outros sintomas silenciosos.

Segundo Ballone (2002), a depressão afeta a forma como a pessoa dorme e se alimenta como se sente em relação a sua própria pessoa e como pensa sobre o que vivenciou ou fez. Ou seja, ela altera e distorce a maneira como a pessoa vê o mundo e os fatos, ela compromete tanto seu físico e humor. O elemento central psicopatológico dos quadros depressivos é o humor triste, que se caracteriza por uma diversidade de sintomas afetivos, ideativos e cognitivos relativos a autovalorização, a volição e a psicomotricidade. Em alguns casos podem ocorrer sintomas psicóticos.

Quando um adolescente é acometido de depressão, este tem uma mudança no seu comportamento que afeta o desempenho escolar, como também, isolamento social, alterações no relacionamento familiar, somatizações e pode levar a uso de drogas ilícitas e lícitas.

Como se pode ver na depressão, disfunções cognitivas estão presentes. A metacognição, por exemplo, que controla, avalia e aprimora as atividades cognitivas, outro também é o comprometimento das funções executivas que fica inibida na sua capacidade de se engajar com eficiência em uma tarefa. Todo um processo é afetado, que inclui desde a iniciativa, planejamento, flexibilidade mental e julgamento crítico.

Estudos recentes avaliaram como a população geral identifica descrições sintomatológicas da depressão e suas causas atribuídas. Tais estudos indicaram que o público reconhece a depressão como problema emocional ou de saúde mental. As principais causas atribuídas são de natureza psicossocial, principalmente eventos estressantes na vida da pessoa, e raramente causas de

natureza biológica ou espiritual são imputadas à depressão. Entretanto, a maioria das pessoas demora até compreender que estão doentes, rejeitando inicialmente ajuda quando lhes é oferecida. O preconceito comunitário muitas vezes se reflete em um preconceito intradomiciliar.

Diante do desânimo, do desinteresse, da diminuição da memória e da concentração, perdas sociais significativas são comuns. Desemprego, separação conjugal e afastamento de grupos sociais são alguns efeitos observados, o que agrava o quadro uma vez que a pessoa acaba virando apenas um fardo a seu círculo social.

Como veremos adiante, neste contexto de grande sofrimento psíquico, porém invisível sob a forma de manchas, tosse ou alguma outra alteração orgânica mais evidente, podem ocorrer tentativas de suicídio que parecem buscar um alívio imediato. Se cada paciente acreditasse que seus sintomas e questões poderiam se transformar, diminuir ou desaparecer não ocorreria o desfecho suicídio. O suicídio gera dano e sofrimento nas pessoas próximas. No Brasil, o assassinato e os acidentes de trânsito são as principais causas de morte violenta. Entretanto, observa-se crescimento do sub-grupo suicídio de forma consoante com o que ocorre no resto do mundo, especialmente no G-8.

6.1.2. Suicídio

O suicídio é um problema de grande importância nas sociedades contemporâneas. É uma forma de violência, e como tal, desafia os saberes da área da saúde, uma vez que envolve questões de saúde, sociais, culturais, religiosas, éticas e morais.

O Brasil foi o primeiro país da América Latina a ter uma proposta de ação nacional voltada para a prevenção do suicídio por reconhecê-la como problema relevante em saúde coletiva. Entretanto, seu estudo ainda é incipiente. É notório que ainda carecemos de intervenções em saúde pública voltadas para a promoção de saúde mental e prevenção de agravos.

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da Organização Mundial da Saúde (2002) apontou que mais de 1.659.000 morreram no ano 2000 vítimas de alguma forma de violência. Aproximadamente metade destas mortes (815.000) foi por suicídio, o qual, neste ano foi responsável por mais do que o dobro das mortes (310.000) causadas por todos os conflitos armados ocorridos no mundo. O mesmo relatório mostrou que o Brasil em 1995 teve 6.584 mortes por suicídio, representando uma taxa de 4,7 mortes por suicídio / 100.000 habitantes, o que é pouco quando comparada com a taxa mundial de suicídio de 28,8 / 100.000 habitantes. Esta taxa, de fato, coloca o Brasil na posição 66 entre os 77 países estudados. No entanto, esta taxa diminuta de suicídios no Brasil pode ser atribuída ao sub-registro e a subimputação sistemática em função de sistemas de informação e registro ainda precários (ou em construção). Enquanto aguardamos dados mais confiáveis, podemos constatar que o número de pessoas que se matam (6.584 suicídios em 1995, 7.987 em 2004) situa o país entre os 10 países com maior número absoluto de suicídio.

Vários aspectos sugerem que estes dados podem representar apenas uma fatia do real número de suicídios no país devido às dificuldades de registro de tais casos. Além disto, estes números nacionais indicam importante variabilidade entre as diversas Unidades da Federação (UF). Em 2004, a Bahia foi a UF com a taxa mais fraca (1,90) enquanto o Rio Grande do Sul foi aquela com taxas mais elevadas (9,88), ou seja, 5,2 vezes maior do que a taxa na Bahia. A subnotificação que também ocorre no mundo é agravada por deficiências no sistema de notificação e informação em saúde, assim como o preconceito e o despreparo de usuários e trabalhadores de saúde são fatores concorrentes para a desinformação generalizada acerca da prevenção ao suicídio.

Apesar de o Brasil ter uma taxa geral considerada baixa pelos critérios da OMS, estudos apontam que, no ano de 2004, em alguns estados esse número cresceu consideravelmente, apresentando taxas comparáveis a países que possuem taxas elevadas. A taxa de mortalidade por suicídio foi de 4,5 mortes por 100 mil habitantes em 2004.

De acordo com o perfil epidemiológico dos suicídios no Brasil e suas regiões, no período de 1996 a 2002, a taxa de suicídio na região sul chegou a 10 mortes por 100 mil habitantes, sendo de 16,6 casos a cada 100 mil homens no Rio Grande do Sul. Embora o número maior de mortes seja, entre o público masculino, o aumento proporcional das taxas, de 1994 a 2004 aponta para maior crescimento entre o público feminino: de 24,7% para as mulheres e de 16,4% para os homens.

Em 1996, a OMS/WHO divulgou taxas internacionais de suicídio variando em torno de 25 por 100 mil habitantes. De acordo com esse documento, a estimativa para o ano 2000 está em aproximadamente um milhão de pessoas faleceram por suicídio, mas estima-se que o número de tentativas de suicídio seja de dez a vinte vezes maiores que o de óbitos. O suicídio encontra-se entre as dez principais causas de morte na maioria dos países desenvolvidos. Esses e outros dados sugerem que as taxas de suicídio vêm aumentando globalmente, tendo sido observada uma tendência ao aumento entre jovens e idosos. A OMS reconhece hoje que os comportamentos suicidas são um sério problema de saúde pública em âmbito mundial, recomendando que os Estados-Membros desenvolvam diretrizes e estratégias nacionais de prevenção ao suicídio.

No dia 22 de dezembro de 2005, o Ministério da Saúde instituiu um grupo de trabalho com o objetivo de elaborar e implementar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio, publicando em 2006 as Diretrizes Nacionais para a prevenção do suicídio.

Dentro dos principais objetivos destacam-se:

- 1) Desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida e de prevenção de danos;
- 2) Informar e sensibilizar a sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;

- 3) Fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;
- 4) Promover a educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental.

Alguns passos já foram dados em direção à elaboração e implementação dessa Estratégia, conforme encontramos no site do MS:

- 1 - Criação de um grupo de trabalho composto por representantes de algumas secretarias do Ministério da Saúde, Universidades e organizações civis.
- 2 - Publicação das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio.
- 3- Criação da logomarca Amigos da Vida que identifica a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio.
- 4 - Realização do I Seminário Nacional de Prevenção do Suicídio, nos dias 17 e 18 de agosto de 2006, em Porto Alegre.
- 5 - Lançamento do Projeto ComViver no dia 30 de agosto de 2006, no Rio de Janeiro. Esse projeto oferece acompanhamento para parentes de pessoas que cometeram suicídio.
- 6 - Lançamento do Manual de Prevenção do Suicídio para Profissionais das Equipes de Saúde Mental no dia 10 de outubro de 2006, em comemoração ao Dia Mundial da Saúde Mental.
- 7 - Lançamento da Publicação - Referências Bibliográficas Comentadas sobre Suicídio, Sobreviventes e Família.
- 8 - Lançamento do DVD do I Seminário de Prevenção do Suicídio.

Entretanto, ao investigarmos cuidadosamente as postagens do site do MS - única fonte de notícias sobre o andamento da Campanha Nacional de Prevenção de Suicídio - observamos que as datas não são precisas, ou seja, parece não haver uma continuidade na divulgação das ações do governo. Além disso, cabe destacar que o Projeto ComViver do MS, que se propunha a atender os

sobreviventes ao suicídio, durou apenas dois anos, apesar de ainda manter seu site on-line. O material educativo publicado também teve sua distribuição descontinuada, e atualmente está acessível somente em formato digital.

Observa-se, contudo, que existem ações de prevenção de suicídio em curso no Brasil que tem como prioridade a informação e a comunicação em saúde mental voltadas para profissionais. Encontramos desdobramentos da campanha do MS em setores privados ou setores ligados a fundações governamentais e não governamentais, como por exemplo: na Fiocruz, na UERJ, na UNB, na Unicamp e na Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

Na UERJ devido aos seus casos de tentativas e suicídio consumado, e a repercussão que ocorre dentro do seu campus após os eventos, iniciou-se um projeto chamado “UERJ pela vida”. Este projeto é voltado para a prevenção do suicídio bem como a identificação e eliminação de fatores de risco para suicídio, propondo-se a trabalhar com ações preventivas, educativas, assistenciais e de pesquisa, sensibilizando e mobilizando todos da Universidade para o fortalecimento de um ambiente solidário, comprometido com a valorização da vida. O trabalho que vem sendo desenvolvido abarca desde o treinamento dos seguranças do campus para atuar em uma situação de risco até a promoção de eventos abertos no campus da universidade com o intuito de dar visibilidade ao tema em questão. Trata-se de articular o conhecimento científico existente com as experiências e habilidades, socialmente produzidas, naquele contexto específico. Dar visibilidade a um tema tabu em diferentes ambientes de ação é justamente uma das recomendações da Organização Mundial de Saúde (2004). Cabe ressaltar que o trabalho já apresenta alguns resultados: desde outubro de 2008 não houve mortes por suicídio no campus da UERJ. As tentativas persistem, mas a equipe encontra-se mais preparada para lidar e intervir em situações de crise.

O Grupo de Pesquisa da UNB, liderado pelo Prof. Marcelo Tavares, do Departamento de Psicologia desenvolve um trabalho no interior da Universidade focando-se em casos de alunos com risco de crise psíquica ou suicídio. Apesar do foco de suas pesquisas centraram-se nas diferentes intervenções clínicas,

encontramos um trabalho de intervenção na arquitetura do Shopping de Brasília, que culminou em uma discussão sobre meios e arquitetura na mídia. A informação em saúde mental ganhou considerável relevo.

A ABP lançou em 2009 uma campanha nacional educativa de prevenção ao suicídio que coloca como objetivo esclarecer a população brasileira sobre a sua incidência e sobre a importância de procurar ajuda médica. Esta campanha foi veiculada na TV em horário nobre e pode ser assistida no site da própria ABP. Concomitantemente, foi lançado um manual dirigido aos profissionais de comunicação com orientações sobre como abordar o tema na imprensa, preservando o direito da informação e colaborando para a prevenção. Este projeto foi feito em parceria com as secretarias do Ministério da Saúde, universidades e organizações civis. Chama a atenção o fato de que o material desenvolvido pelo MS não foi aproveitado pela ABP, sendo realizada toda uma nova produção editorial.

Apesar dos dados expostos ainda existe uma enorme negligência por parte dos governos e da sociedade em geral no que concerne a essas ações. Mostra-se necessário e indispensável desenhar intervenções de educação continuada e informação em risco de suicídio.

6.1.3 Análise comparativa dos dados qualitativos e revisão bibliográfica sobre depressão

A análise dos dados qualitativos que trabalharei nesta dissertação vem da pesquisa que vem sendo feita na FIOCRUZ desde 2008, pelo Grupo de Pesquisa de Prevenção do Suicídio pertencente ao laboratório ICICT/LABCITIES, que atua na pesquisa sobre suicídio e ideação suicida, além do uso de emergências pela população e métodos de educação em massa sobre saúde mental. Este grupo tem com o objetivo de promover a reflexão sobre as estratégias de prevenção e

promoção da saúde mental. Observa-se que a omissão evasiva da grande mídia considerada 'politicamente correta' pode carregar certo descuido na hora de abordar o tema. A percepção é de que, por um lado, o suicídio, quando divulgado, pode ser 'contagioso'; por outro, que o silêncio sobre os casos tende a ser mais danoso para a sociedade. É preciso colocar o suicídio na agenda pública. As pessoas devem entender que o suicídio existe e pode ser prevenido. O problema maior é como construir esta informação. Além de contribuir para a discussão sobre as estratégias de prevenção e promoção da saúde mental, o grupo de pesquisa visa chamar a atenção de profissionais da comunicação, da comunidade acadêmica e da sociedade como um todo para a conexão entre informação e suicídio.

A investigação de campo envolveu dois anos de pesquisa empírica com usuários, acompanhantes e profissionais de uma emergência psiquiátrica, utilizando metodologia qualitativa com triangulação na coleta de dados. Todos os sujeitos presentes no espaço da emergência foram passíveis de interesse, observação e recrutamento para entrevistas semi-estruturadas. Foram realizadas codificação e análise de conteúdo, privilegiando experiências relacionadas com a narrativa de doença, problemas na utilização de serviços de urgência e atitudes de empoderamento. O processo de comunicação-informação em saúde mental foi examinado como subtema nas entrevistas e grupos focais.

Na análise dos resultados foi destacado o considerável interesse dos usuários nas informações em saúde mental. Com o intuito de ilustrar os achados da pesquisa, considerados importantes para o debate acerca da informação em saúde mental, separei algumas passagens dos grupos focais e entrevistas.

Foi reconhecido espontaneamente em grupos focais e entrevistas que seus familiares, vizinhos e empregadores, além deles próprios, esperam mais informação sobre saúde mental. Percebem-se sofrimento, demanda por soluções e inovações e problemas desafiadores, mais do que uma curiosidade intelectual. A produção destas informações - diretamente ligada a pesquisas - escapa ao mérito da comunidade, porém, esta população que não tem uma visão sobre pesquisa

em si mostra uma demanda legítima por respostas a suas perguntas. Seria a clínica verdadeiramente soberana, como afirma o velho aforisma? Ou devemos nos questionar sobre interesses em pesquisa que são práticos, pragmáticos e necessários em contraposição àqueles institucionais e abstratos?

A pesquisa qualitativa empírica procurou entender a experiência dos usuários de uma emergência psiquiátrica interessando-se pelo modo como a utilizam. Já no levantamento bibliográfico essa questão não aparece explicitamente. Estas atitudes implicam em conhecimentos e práticas compartilhados socialmente. O conjunto de experiências estudado é parcialmente representativo daquilo que os usuários dispõem de capacidade em relação aos equipamentos de saúde mental, contribuindo com nossa compreensão da *health literacy* envolvida.

Emerge claramente um aspecto que tem sido revelado na literatura qualitativa acerca das emergências gerais, mas que não foi descrito ainda nas emergências psiquiátricas. Trata-se da incompreensão acerca de categorias médico-administrativas sobre as emergências. Os pacientes dirigem-se a unidades que os atendem ou a unidades que marcam uma consulta e criam uma fila de espera subsequente. Os pacientes não distinguem uma emergência de um ambulatório ou outro *setting* clínico utilizando os mesmos critérios compartilhados pelos profissionais de saúde ou pela comunidade científica. Eles não dispõem claramente dessa distinção, o que não significa imediatamente ignorância nem simplesmente mal-entendido. Vários aspectos antropológicos devem ser considerados, entretanto importa neste momento destacar aspectos de *health literacy* envolvidos.

A distinção entre dispositivos de emergência e outros nós da rede assistencial exige pelo menos conhecimentos de três ordens. Em primeiro lugar uma formação educacional com conhecimentos acadêmicos, envolvendo aspectos técnicos e conteúdos biomédicos. Naturalmente este tipo de informação é constantemente veiculado pela sociedade envolvendo formas distintas de mediação que ultrapassam a educação formal e escolaridade. Em segundo lugar,

convoca-se todo o conhecimento prévio construído a partir de uma experiência anterior com eventos de emergência médico sanitária, sancionada por determinada composição de espaços institucionais. O que existe compõe uma visão exata daquilo que se conhece e que deve ser, não cabendo espaço no imaginário popular para um tipo de assistência que não pode ser imaginado ou concebido sem conhecimento prévio. Em terceiro lugar devem-se admitir distinções hierárquicas variadas sobre o que se pode esperar e aquilo que é efetivamente preciso. Neste ponto as emergências serão concebidas a partir de sua resolutividade, eficácia assim como de sua conveniência, utilidade e função imanente para um determinado indivíduo, problema, circunstância e comunidade. Aqui aparece o paradoxo sociológico do: “eles sabem usar porque usam como sabem”, que destaca os conhecimentos populares de sua racionalidade científica. A posição de Giglio-Jacquemot (2005) vai nesta direção em sua etnografia de uma emergência de Campinas. Em verdade os usuários não sabem o que é uma emergência, embora tenham plena capacidade de avaliar suas necessidades e priorizar o que lhes parece ou se configura necessário e imprescindível, mas evidentemente não reconhecida.

Seria preciso narrar uma classe de anedotas que efetivamente ocorrem de modo bastante freqüente, da moça que vai procurar a emergência de madrugada com um corrimento vaginal. Evidentemente não se trata de achar que candidíase vaginal é uma emergência, porém de tirar partido da oportunidade de atendimento. Os pacientes não identificam quando seria realmente uma emergência psiquiátrica pois não compartilham o mesmo grau de *literacy* de outros setores, porém conseguem perfeitamente utilizar o serviço à sua maneira. Um exemplo importante da incompreensão acerca das prioridades de emergência verificou-se em um grupo focal quando um familiar menciona o risco de suicídio de sua parente que dizia que ia se matar, pensava nisto e tinha um plano. Sua decisão em não levá-la até uma emergência pautava-se em um agendamento prévio ambulatorial: “porque tinha consulta uma semana depois”. Aqui aparece a flagrante necessidade de conhecimentos sobre o curso de uma depressão e sua forte associação com o

risco de suicídio. A noção de quando e como valorizar a ideação suicida tem sido consensual na literatura, representando um avanço na prevenção do suicídio.

Por outro lado, cabe reconhecer neste sentido que talvez nem os profissionais/trabalhadores de saúde consigam efetivamente fazer uma distinção clara acerca daquilo que constitui um atendimento de emergência, pois isto exige claramente uma expertise que se encontra fora do treinamento médico-psicológico regular no Brasil. Aparece o problema do campo de saúde mental ser heteróclito, interdisciplinar e conflituoso, admitindo várias teorias que disputam hegemonia com razoável influência na prática clínica. Apesar de não se ter levantado na revisão bibliográfica pesquisas que compreendam a questão do conhecimento e uso da emergência psiquiátrica, a pesquisa quali supracitada reafirma os dados que apontam para a falta de compreensão da emergência e a falta de competência em saúde mental encontrados na busca. Demonstrando assim que o mau uso de uma emergência psiquiátrica se deve também ao fato da falta de conhecimento em saúde mental.

Foi visto tanto na pesquisa quali quanto na revisão bibliográfica que a informação em saúde mental relacionada com o espectro depressivo e o risco de suicídio vem sendo considerada imprescindível. Percebe-se, contudo que a comunidade estudada não compartilha destes conhecimentos de modo uniforme ou satisfatório. Contudo, percebe-se que não se trata apenas de receber explicação e mudar, como um efeito linear ou dose-resposta que seria desejado. Existem outros motivos para dar densidade e complexidade ao processo de informação que não se esgotam imediatamente no processo de informar. Cabe inclusive fazer uma distinção mais clara entre conhecer e utilizar os serviços de saúde. Trata-se de dois tipos de habilidade que podem ser desenvolvidos e aperfeiçoados, porém de modo diferente. Há uma distinção entre dever e fato. Seria bastante relevante para a comunidade aprender o que é uma emergência, quando isso realmente acontece dentro da racionalidade clínica, o que se pode esperar, qual o sentido da pressa. Em psiquiatria cabe explicar as situações

típicas, o que se pode realmente fazer e o que se deve esperar, que representam aspectos decisivos na adesão tratamento e na resolutividade das medidas.

A pesquisa revela um duplo critério que separa diferentes aspectos de uma emergência psiquiátrica de acordo com o grau de perturbação que a situação promove. Ou estamos lidando com uma situação agressiva ou trata-se de um sofrimento silencioso. O enorme privilégio concedido ao primeiro caso gera grande descuido em relação aos casos de depressão com risco de suicídio que caracterizam o segundo.

Existe uma distinção fundamental que se refere a duas estratégias: explicar ao paciente ou explicar aos cuidadores. Em muitas situações clínicas do espectro depressivo encontramos aspectos do distúrbio que tornam mais difícil qualquer tentativa de explicar para o paciente sua condição. O predomínio da ansiedade, o prejuízo cognitivo e o quadro de desinteresse podem ser mencionados. Há problemas em explicar, ensinar, argumentar e orientar deprimidos que supostamente estão situados numa faixa de prejuízo cognitivo. Um paciente com depressão tem problemas na concentração, atenção sustentada, e maior dificuldade de compreensão. Por outro lado há necessidade de estudos que digam se aquele que está diretamente afetado não é realmente capaz de receber e processar informações mesmo sob desvantagem cognitiva. Em casos de maior gravidade espera-se evidentemente maior dificuldade, sem mencionar a melancolia com negativismo. Contudo, possivelmente o deprimido grave terá pessoas preocupadas, cuidadores que necessitam aumentar o grau de informação acerca do distúrbio e dos cuidados necessários. Considera-se que quando sujeitos gravemente deprimidos não tem qualquer suporte, ficam desassistidos e suicidam-se com maior frequência. Estudos de rede social sugerem que o suporte é fundamental. A *literacy* dos cuidadores parece ser igualmente relevante neste nexos.

A informação em saúde mental dirige-se também ao processo de estigmatização. Há diferenças no processo de estigmatização. O estigma na depressão não deve ser considerado igual ao da psicose. Um psicótico é visto

como “maluco”, desviante, esquisito e aberrante, porém a pesquisa de campo revelou que os deprimidos tendem a serem vistos como preguiçosos. Cabe destacar que na revisão bibliográfica, os entrevistados tinham dificuldade de diferenciar um esquizofrênico de um deprimido, considerando, por vezes, os esquizofrênicos como “perigosos”. O processo de informação-comunicação precisa voltar-se diretamente para este problema. Vários entrevistados ou participantes do grupo focal insistem na importância de informar “primeiro” aos seus familiares e co-habitantes. O conteúdo da comunicação ensejada consiste em “explicar” que a depressão não é preguiça, comodismo ou “falta de vergonha na cara”. Neste sentido devemos admitir que existem problemas para a família: a) compreender, b) aceitar, c) cooperar no caso de depressão.

A família, compreendendo os cuidadores principais, não entende que se trata de um distúrbio ou uma doença, “achando que é preguiça”, “chilique”, teimosia, esquisitice. Não se pode simplesmente falar em negação da doença, nem tampouco compreender a estigmatização sem considerar o repertório de críticas, de responsabilização e culpabilização do deprimido, especialmente em situação econômica desfavorável. A inatividade e o custo do paciente se transformam em uma percepção negativa do distúrbio que é compartilhada por seu entorno.

A dificuldade em “aceitar” também está diretamente relacionada ao entendimento do que é doença, em acreditar que é uma doença, o que implica em distingui-la ou aproximá-la de outras experiências de adoecimento compartilhadas. Entre as representações que emergiram na codificação do material percebe-se que também se considera que a depressão é uma fraqueza. Aqui aparece uma distinção mais clara entre o modelo da deficiência, mais medicalizante e aquele do “nervoso”, mais popular. A fraqueza emerge como uma segunda natureza: “ele é assim...”.

Na investigação acerca da dificuldade de cooperação, revela-se que os pacientes acham que os cuidadores parecem não saber o que fazer; perdem frequentemente a paciência; e utilizam métodos de ajuda errados, equivocados,

ineficazes. Os “conselhos” que os pacientes deprimidos recebem são bastante representativos como, por exemplo: “existem pessoas em dificuldades piores que você...”; “Você precisa ter fé”; “precisa ter força de vontade”, etc... Muitas observações são marcadamente condenações morais ou advertências que ressaltam o paradoxo da inatividade na depressão: “Você é jovem, não pode ficar assim”; “depressão é coisa de rico”; “se você tiver uma sacola de roupa pra lavar vai acabar rapidinho essa depressão”. Pesquisas encontradas na revisão afirmaram que treinamentos para cuidadores de esquizofrênicos eram mais eficazes quanto aos de outras patologias. Pode-se Observar que os protocolos de informação em saúde mental, como é o caso do *first-aid*, tentam ressaltar aspectos positivos como: escutar a pessoa. Não julgar. Respeitar silenciosamente o sofrimento alheio. Seria ingênuo acreditar que um conjunto de recomendações poderia modificar diretamente a experiência social de um distúrbio enigmático e devastador. Por outro lado, o processo de comunicação-informação em saúde mental também faz parte da experiência social e há evidência de que pode adquirir impacto em saúde em longo prazo.

Os entrevistados mencionaram recorrentemente sua necessidade de informação em saúde mental, além da expectativa de esclarecimento para seus familiares e outros envolvidos acerca dos transtornos de que padecem. Da voz abatida dos entrevistados, vem o pedido: é necessário o esclarecimento sobre síndromes depressivas e sua relação com o suicídio, sobretudo para as famílias, que muitas vezes tomam uma frase ou atitude como ameaça ou tentativa de chamar a atenção. Um equívoco, já que estudos demonstram que boa parte das pessoas que se matam manifesta essa intenção. Tardiamente, familiares se lamentam: “Não fizemos nada para evitar”. O principal foco comparece no sentido de diminuir o preconceito quanto ao suicídio, cometido ou pensado.

O estigma que envolve o suicídio constitui obstáculo de difícil transposição e fator que dificulta a busca de ajuda e tratamento. Moralmente condenado por diferentes denominações religiosas, seu espectro de contra-valor também esbarra em preconceitos sociais como o que classifica o sujeito deprimido como “apenas

preguiçoso ou vagabundo”. Os familiares manifestam descrença em relação às ameaças e não compreendem o sofrimento experimentado por um de seus membros. Os problemas não são abertamente compartilhados. E, embora o discurso dominante seja o de que esse é um drama vivido isolada e solitariamente, a doença psiquiátrica atinge a família numa espécie de contato ansiogênico, demonstrando que o transtorno mental tem um considerável raio de ressonância.

Não é raro ainda que muitos familiares entrem em tratamento psiquiátrico. Resta saber se os problemas são adquiridos por proximidade, por parentesco ou mesmo por responsabilidade moral. O que se comprova é a necessidade de intervenção junto à família. Nesse contexto, outros atores, como professores e líderes religiosos, podem desempenhar um papel crucial na identificação do problema e no encaminhamento para tratamento especializado. Recorrentemente há menções a padres, pastores e conselheiros espirituais que não só estiveram atentos para a situação enfrentada como foram capazes de indicar um serviço de saúde que, ao menos inicialmente, pudesse prestar um atendimento. Esse tipo de trabalho precisa e merece ser reforçado (BTESHE et al., 2010).

“já tem um ano que estou nesse quadro, mas até então para mim não era depressão.” (GF 11)

Os participantes reconheceram o hospital como veiculador privilegiado de informação, parecendo pensar que ele é o único elemento capaz de realizar isto. No entanto, as equipes de saúde em geral, em particular o médico, reagem negativamente a pacientes suicidas, e tal ato muitas vezes provoca agressividade ou desprezo, visto que este paciente é abordado como alguém que “brinca com a vida”, o que para uma equipe, que luta contra morte o tempo todo, é uma afronta ao seu saber e fazer. Estas atitudes, que demonstram a falta de preparo de profissionais, atingirão o paciente, que dificilmente terá um atendimento adequado

justamente no momento que conseguiu dar seu “grito de socorro” (CASSORLA, 1998).

Para os profissionais de saúde mental, a questão do suicídio deveria, ao contrário, possuir particular importância, pois a tentativa de suicídio é um desfecho após muito sofrimento em que existe, na maioria das vezes, a presença de transtornos psiquiátricos, principalmente depressão, outros transtornos de humor e situações de uso e abuso de álcool e drogas (KUTCHNER e CHENIL, 2007).

Se, a forma de comunicação esperada e considerada mais importante seria a orientação realizada pelos próprios médicos, seguida por palestras de educação, as campanhas na televisão aberta também são muito citadas como referências para adquirir informações em saúde mental.

“Livro, não, palestra eu acho melhor porque a família participa, não é? A família participa e já fica ciente dos problemas do paciente”(GF12)

“O livro eu não lia, porque eu não sou muito chegada a ler. Então eu poderia até começar, mas terminar ia ser um pouquinho difícil porque eu tenho dificuldade em relação a ler, em escrever....É muito chato. A palestra a gente vai aprendendo um com outros” (GF13)

A despeito da exclusão digital da comunidade de baixa renda envolvida, são enumerados folhetos, folders, livros e cartazes como mídia desejável, aparecendo em terceiro lugar o vídeo e a Internet.

“algumas publicações mais fáceis de leitura” (GF14)

“livro com letra miudinha não!” (GF14)

“Eu acho que podia até ter assim tipo um papel com informações básicas do tipo assim: ‘havendo risco de suicídio tome tais e tais providências ou ligue para 193’...” (GF12)

O analfabetismo ou a alfabetização funcional faz diferença no grau de *health literacy*, mas não é evidente sua magnitude quando comparamos doenças clínicas com doenças mentais. Cabe distinguir a alfabetização do conceito de *health literacy*. A educação popular em saúde nos restituiu a importância da crítica ao modelo anglo-saxão, baseado em uma sociedade supostamente coesa e equalitária. Até mesmo o analfabeto pode ter conhecimentos em saúde, dispor de informações e ser capaz de usá-las corretamente. Ser analfabeto não é sinônimo de burrice. Somente no caso da deficiência mental existe impedimento parcial em entender ou compreender, o que não invalida outras iniciativas de *literacy* dirigidas aos deficientes cognitivos mais comprometidos.

Há um grande privilégio e valorização da palestra em ambiente de atendimento clínico. Por um lado isto reforça o poder do discurso médico, mas por outro indica um grau complexo de adesão aos equipamentos de assistência habitualmente utilizados. Verificou-se que os usuários desta emergência não conseguem utilizar meios digitais normalmente. A maioria dos usuários não consegue usar a internet. Quando dispõem de informação proveniente da internet, significa que terceiros fizeram a pesquisa para eles. Quando estimulada à escolha espontânea, considerável maioria prefere a “TV”, “palestras” e “cartazes”.

Os usuários esperam campanhas amplas de saúde, lembrando-se da TV aberta imediatamente, sendo esta o principal meio de comunicação de massa freqüentado e encarado como agente responsável, e usualmente imputado ao “Governo” como responsável direto (possivelmente falam de campanhas de saúde).

“Depressão só virou doença depois que eu vi o Globo Repórter”.(GF13)

“Debate de médico psiquiátrico na TV aberta”; anúncio, reclame, “um comercial fica mais fácil para o pessoal assimilar”, “até na TVE”, (GF15)

“(...)a única coisa que eu vejo é a televisão” (GF16)

“Se tiver uma campanha que seja uma coisa autorizada, de alguma coisa que tenha autoridade, como um livro do Ministério da Saúde, sabe?” (GF17)

De fato, a divulgação das informações científicas é um fator importante que deve ser ressaltado. Nesses termos, o conceito de *literacy* em saúde está sendo utilizado como guia para pesquisas que buscam discutir, avaliar e promover maior *literacy* em saúde mental. É notório que a comunidade possui uma leitura do problema (na verdade, várias) que tende a ser desconhecida pelos profissionais de saúde, o que aumenta a desumanização da assistência, sua baixa efetividade e baixa adesão aos tratamentos propostos.

Sendo assim, destaco o trabalho feito na Austrália, *Mental Health First Aid* (MHFA), com o propósito de mapear um possível caminho para o uso da informação em saúde mental, sobretudo no que diz respeito à prevenção do suicídio e ao cuidado das pessoas com transtornos depressivos.

6.2. Mental Health First Aid (MHFA)

Diante das intervenções encontradas, o *Mental Health First Aid* (MHFA), se enquadra como uma opção de intervenção para a nossa realidade nos problemas de competência em saúde mental no risco de suicídio.

Mental Health First Aid (MHFA) é um curso desenvolvido em 2001 por Betty Kitchener e Professor Tony Jorm cujo objetivo maior é melhorar a competência em saúde mental da população Australiana, através do programa de treinamento para instrutores de primeiros socorros. O MHFA pode ajudar na intervenção e detecção precoce de uma pessoa que está desenvolvendo algum tipo de transtorno mental ou saber como apoiar e intervir em crises, até que chegue ajuda apropriada (profissionais da área de saúde).

Os cursos são recomendados para pessoas ligadas a serviços que atuem diretamente com pessoas, como profissionais de RH, professores, pessoas que trabalham em comunidades, serviços de emergências, policiais, profissionais que atuam em ambulância e bombeiros. Porém, pessoas que tenham interesse em fazer o curso - sejam por ter alguém próximo com problemas mentais, ou porque sofre de algum transtorno mental ou por achar que isso é um dever como cidadão aprender as técnicas de primeiros socorros em saúde mental - também podem fazer o curso. Todos os candidatos do curso passam por uma seleção em que 8 critérios devem ser atendidos: a) bom conhecimento das doenças mentais e seu tratamento; b) experiência pessoal ou profissional com pessoas com doenças mentais; c) atitudes favoráveis em relação aos portadores de transtorno mental; d) Entusiasmo para realizar cursos de MHFA; e) bom ensino e habilidades de comunicação; f) conhecimento básico acerca do fundo de serviços de saúde mental locais; g) boa capacidade de se relacionar.

Os cursos disponíveis são:

- Standard MHFA course – destinados a adultos que trabalham com adultos
- Youth MHFA course - destinados a adultos que trabalham ou vivem com jovens.
- Vietnamese MHFA course – destinados a pessoas que trabalham com as comunidades Vitienamitas na Australia.
- Aboriginal MHFA course – destinados a pessoas que trabalhas com Aborígenes e Torres Strait Islanders

Estes cursos têm em média duração de 12 e 14 horas ao longo de quatro dias de aulas com duração de 3 horas casa. Existe um manual do curso que está disponível para compra ou pode-se fazer download no site da MHFA (<http://www.mhfa.com.au>) No final do curso é entregue aos participantes um certificado de Saúde Mental de Primeiros Socorros. Este curso não está habilitando os alunos a serem médicos ou enfermeiros, mas sim promover uma ajuda inicial antes que a ajuda profissional chegue. A idéia é justamente instrumentalizar a população para atuar de maneira efetiva nos casos de crise psíquica, em especial, diante das tentativas de suicídio. Para tanto, o curso tem como currículo básico: uma explanação acerca de sintomas, prováveis causas e tratamentos e, sobretudo, como atuar em situações de risco como, por exemplo: manejar situações de crises como comportamento e pensamentos suicidas, ataque de pânico, experiência traumática recente, comportamento psicótico agudo e overdose.

O que nos parece interessante é que este programa investe em pesquisas científicas para verificar a sua eficácia e propor mudanças e melhorias visando a literacia do público alvo em questão. Vários ensaios clínicos randomizados e estudos qualitativos foram feitos nesses últimos 10 anos. E, atualmente o Programa de Pesquisa recebe apoio do *Orygen Youth Health Research Centre da Universidade de Melbourne*.

Cabe destacar que a primeira avaliação foi feita em 2001 em um ensaio clínico não-controlado com 210 participantes que responderam questionários no começo e no final do curso. Foi encontrado uma melhora no conhecimento de problemas de saúde mental, diminuição nas atitudes estigmatizantes, aumento na confiança em poder ajudar aos outros e um aumento na quantidade de ajuda efetiva (KITCHENER & JORM, 2002b). Em seguida, foi feita uma pesquisa controlada com 301 servidores públicos que apresentou resultados semelhantes aos da pesquisa anterior. Contudo, foi encontrada uma diferença em relação aos próprios alunos. Estes se beneficiaram na melhora de sua própria saúde mental,

talvez pela oportunidade do curso oferecer aos participantes informações de qualidade que propiciaram melhores escolhas a respeito de atitudes que pudessem influenciar em sua saúde mental (KITCHENER e JORM, 2004).

Inicialmente, os cursos foram ministrados por Kitchener, entanto houve a necessidade de testar se os mesmos cursos dados por outros instrutores teriam resultados ao menos semelhantes com outros alunos. Assim, foi aplicado o segundo estudo randomizado em uma grande área rural da Austrália em que os resultados foram bem parecidos com os das pesquisas anteriores, confirmando os benefícios do MHFA (JORM *et al.*, 2004).

O programa de Saúde Mental de Primeiros Socorros tem elementos fundamentais que se traduzem em diversas grupos culturais. No entanto, eles reconhecem a necessidade de algumas modificações culturais e traduções. Na própria Austrália, desenvolveu-se o curso para se adequar as diferenças de sua sociedade.

O que nos parece importante é justamente considerar que o uso das informações sobre saúde mental depende não somente do acesso a estas informações, mas como elas são construídas. Proposta que vem ao encontro das propostas de entender a informação no campo da saúde como vinculada a um determinado contexto histórico, social e político (GUIMARÃES, 2009). É notório que esforços são mais bem sucedidos quando utilizam soluções multifacetadas que abordam não só os sujeitos diretamente envolvidos, mas também em seus diferentes espaços de ação. Nesse sentido, nos perguntamos: com base na experiência e pesquisas desenvolvidas sobre esse programa, seria possível adaptarmos a MHFA a nossa cultura? Que passos seriam necessários para que isso ocorra? Afinal, como podemos ver nos capítulos anteriores, necessidade e demanda existem.

Apostando que o ato de falar, divulgar e discutir abertamente os dados sobre os impactos reais e devastadores da depressão e do desfecho suicídio não

deve ser somente visto como uma ação de intervenção em saúde, mas como uma estratégia prioritária de cuidado, na qual a informação ganha relevo.

7. CONCLUSÃO

No Brasil as políticas de saúde mental indicam que, além do acesso aos serviços humanizados, existe o desafio da inserção social do portador de transtornos mentais em seu território. Destaca-se assim a importância dos cuidados, que devem ser construídos de forma participativa e comunitária. Como vimos, é em observação a este princípio, que a Lei 10216 reafirma o direito do cidadão de receber todas as informações disponíveis sobre a sua doença e sobre quaisquer tratamentos disponíveis.

Encontramos esta discussão sobre a participação social e o direito sobre a informação em saúde mental tanto nas Conferências Nacionais de Saúde Mental como nas diretrizes da OMS que tratam da promoção de saúde mental. No entanto, é notório que grande parte da população ainda não tem conhecimento sobre o funcionamento do SUS, sobre o processo de regionalização e de municipalização da assistência. Esta incompreensão da rede de referência e do sistema dos pólos acarreta estresse dos usuários, peregrinações, queixas e conflitos freqüentes, o que acarreta desestímulo para busca de tratamento e diminuição de adesão à terapêutica.

Muitas vezes privado de seu exercício de escolha e tendo sua capacidade de autoconhecimento desvalorizada continuamente, o portador de transtorno mental tende a ficar excluído da participação efetiva em seu tratamento e por vezes de qualquer tentativa de inclusão social. Nesse contexto, discutimos as políticas de controle social buscando apontar para a importância das iniciativas que possibilitam o empoderamento desse grupo para além da importante participação nos canais políticos instituídos (conselhos de saúde, conferências nacionais, etc.). Reconhecemos a importância do debate acerca dos espaços de luta e defesa dos direitos sociais através da gestão e do controle das políticas públicas. Entretanto, decidimos focar nosso estudo nos esquecimentos, descaso e leniência que ocorrem na construção do processo de informação no cotidiano da própria assistência. O interesse da dissertação situa-se na prevenção e promoção

de saúde mental, destacando o papel do acesso e uso da informação como importante estratégia de cuidado.

Considerando que a informação representa um recurso estratégico pouco abordado no cenário brasileiro, que pode contribuir de forma efetiva no âmbito da saúde mental, nos propusemos a aprofundar este debate, destacando o conceito de competência em saúde mental. No intuito de nos aproximarmos desta discussão, encontramos nos estudos de *mental health literacy* um caminho possível. Nesta perspectiva empreendemos uma busca bibliográfica explorando esta noção, secundada pelo exame da base de dados qualitativa de uma pesquisa sobre a experiência do suicídio examinando diversas concepções de competência em saúde praticadas pelos sujeitos da pesquisa. Vimos que a produção científica sobre o conceito nos estudos encontrados sublinham a importância da produção, circulação e uso da informação voltada tanto para a população como para os profissionais que atuam na saúde mental. Percebemos ainda que a comunidade estudada espera iniciativas de educação em saúde, possuindo demandas bastante específicas em relação aos problemas de depressão e risco de suicídio.

A despeito do grande número de pesquisas sobre abordagens e estratégias dirigidas à competência em saúde mental no mundo encontradas, poucos foram os estudos que realmente acompanharam as iniciativas implementadas que prosseguiram por um período de tempo determinado. Entre as exceções podemos assinalar o programa *Beyondblue* que é voltado para uma população jovem e o *First Aid dedicado à população em geral e comunidades específicas de aborígenes*. Ambos confirmam a hipótese de Jorm (1997) de que há uma melhora na competência em saúde mental a partir de estratégias que focam no uso da informação.

Vale notar que atualmente o programa *First Aid* encontra-se disponível em mais de quinze países localizados em diferentes continentes. Isso se deve a seriedade do programa e ao investimento em pesquisas científicas para verificar a sua eficácia, propondo mudanças e melhorias de acordo com o perfil do público-alvo. Optou-se pela descrição mais aprofundada do *First Aid* justamente em

função de sua capacidade de propagação capilar, ou seja, por sua simplicidade, operacionalidade e possibilidade de replicação em diferentes países do mundo.

Como se pôde verificar na literatura estudada, assim como em estratégias do *First Aid*, deve-se valorizar pesquisas que visem o reconhecimento dos problemas de competência em saúde mental. Para que haja qualquer estratégia ou investimento em um projeto de fomento a informação em saúde mental deve-se primeiramente investir em pesquisas que possam mapear quais são as verdadeiras necessidades do público e adaptá-las de forma adequada nestas estratégias. Nesse sentido, cabe destacar a necessidade crescente de investimentos em pesquisas em saúde mental que possam guiar a criação de políticas públicas.

Por fim, como vimos, deficiências no conhecimento, grau de informação e capacidade de utilização de equipamentos de saúde mental, envolvendo diversos transtornos mentais são muito comuns tanto na população com grau de instrução baixo como naquela dotada de grau mais elevado (incluindo profissionais de saúde, por exemplo). Dentre os inúmeros fatores que contribuem para estas defasagens de conhecimento e competência em saúde mental, pode-se destacar, em primeiro lugar, a complexidade do conhecimento científico que atua como uma grande barreira. Em segundo lugar, a heterogeneidade dos saberes em disputa no campo. Em terceiro lugar o alto índice de analfabetismo e alfabetização funcional ainda remanescente no país (quando comparado com outras nações através do PIB, etc.). Deve-se mencionar ainda que os recursos destinados à pesquisa em saúde mental no Brasil são relativamente baixos em comparação ao montante destinado a outros agravos em saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, 1998.

ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; IMS-UERJ; Abrasco, 2001. p. 167-76.

AMARANTE, P *et al.* **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMERICAN LIBRARY ASSOCIATION. **Report of the presidential committee on information literacy: final report**. [S.l.: s.n.], 1989. Disponível em: <<http://www.ala.org/acrl/nili/ilit1st.html>>. Acesso: 13 de jul. 2011.

BIRD, H. R.; DUARTE, C. S. Dados epidemiológicos em psiquiatria infantil: orientando políticas de saúde mental. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 4, 2002.

BRASIL. Decreto 1.132, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a assistência a alienados. In: MOREIRA, J. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil. **Arquivo Brasileiro de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins**, v. 1, n. 1, p. 71-75, 1905.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temas de saúde mental**. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo a saúde dos municípios**. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Informação e Informática em saúde. Proposta Versão 2.2**. Brasília, DF, 29 de março de 2004. disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticalInformacaoSaude29_03_2004.pdf. Acesso em 01 de janeiro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **IV Conferência nacional de saúde mental – intersectorial**. Temário oficial. Versão preliminar 1, 2010. 46 p. Ementas dos eixos e sub-eixos elaborados pela comissão organizadora.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 1988.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 20 fev. 2006.

BRASIL. Senado Federal. Subsecretaria de Informações. Decreto 24.559, de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 jul. 1934. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextolIntegral.action?id=20366&norma=35529>>. Acesso em: 20 fev. 2006.

BRENDER, J.; NOHR, C.; MCNAIR, P. Research needs and priorities in health informatics. **International Journal of Medical Informatics**, v. 58, p. 257-289, 2000.

BROMET, E. et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC Medicine** 2011

BTESHE, M., DE OLIVEIRA, V., CLÉBICAR, T., ESTELLITA-LINS, C., SALLES, I.. Suicídio na literatura religiosa: o kardecismo como fonte bibliográfica privilegiada. **RECIIS**, Brasil, 4, jun. 2010.

BURCHINAL, L.G. **The communications revolution: america's third century challenge**. In the furtere of organizing Knowledge, In TEXAS A & M UNIVERSITY LIBRARY's CENTENNIAL ACADEMIC ASSEMBLY, College station, Texas, 1976.

CAMPOS, G. W. S. O debate necessário à construção de uma teoria sobre a reforma sanitária. **Saúde em Debate**, p. 7-12, dez. 1988.

CATHERINE, F. et al. **Improving mental health literacy: a review of the literature**. [S.l.]: University of Melbourne, 2002.

CHRISTENSEN, H. G. K. M.; JORM, A. F. Delivering interventions for depression by using the Internet: randomised controlled trial. **British Medical Journal**, v. 328, n. 7434, 2004.

COHN, A. **Caminhos da reforma sanitária**. São Paulo: Lua Nova; CEDEC, 1989. p. 123-140.

COHN, A. Por onde anda a reforma sanitária? **Teoria e Debate**, São Paulo, p. 10-14, ago. 2001.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE – CNCTIS, 2., 2004, Brasília, DF, **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CHISHOLM, D, Knapp M, Knudsen HC, Amaddeo F, Gaite L, van Wijngaarden B, EPSILON Study Group Client Socio-demographic and Service Receipt Inventory - EU version: development of an instrument for international research. EPSILON Study 5, **British Journal of Psychiatry**, 177, S39, 28-33, 2000.

DI PIETRO, M. S. Z. Processo administrativo. In: _____. **Direito administrativo**. 17. ed. atual. São Paulo: Atlas, 2004. cap. 14, p. 528-546.

DUDZIAK, E. A. Information literacy: princípios, filosofia e prática. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 32, n. 1, p. 23-35, jan./abr. 2003.

SCOREL, Sarah & MOREIRA, Marcelo Rasga. (2008). Participação Social. in.: GIOVANELLA, L.; et el. (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. p. 979-1010.

ESTELLITA-LINS, C. E. et al. **Experiencing suicide ideation: qualitative research concerning an emergency facility**. [S.l.: s.n.], 2010. Apresentação de trabalho/simpósio.

FRANCIS, C. et al. **Improving mental health literacy: a review of the literature**. [S.l.]: Center for Health Program Evolution, 2002.

FREDERICO, C. **Crise do socialismo e movimento operário**. São Paulo: Cortez Editora, 1994.

GADELHA, A. M. J. et al. **Relatório final do projeto estimativa da carga de doença do Brasil, 1998**. Rio de Janeiro: ENSP; FIOCRUZ; FENSPTEC, 2002.

GONZALEZ DE GOMEZ, M. N.; CANONGIA, C. (Org.). **Contribuições para políticas de ICT**. Brasília, DF: IBICT, 2001.

GIGLIO-JACQUEMONT, A. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

GUIMARÃES, M. C. **Rompendo o silêncio: competência (literacy) em saúde mental**. Relatório [S.l.: s.n.], 2008.

HATSCHBACH, M. H. L.; OLINTO, G. Competência em informação: caminhos percorridos e novas trilhas. *Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação*, Nova Série, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 20-34, jan./jun. 2008.

HIGHET, N. J. et al. a. Positive relationships between public awareness activity and recognition of the impacts of depression in Australia. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 40, p. 54–57, 2005.

HIGHET, N. J.; HICKIE, I. B.; DAVENPORT, T. A. Monitoring awareness of and attitudes to depression in Australia. **Medical Journal of Australia**, v. 176, p. S63-S68, 2002. Suplemento.

JORM, A. F.; CHRISTENSEN, H.; GRIFFITHS, K. M. The impact of beyondblue: the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 39, p. 248-254, 2005a.

JORM, A. F.; CHRISTENSEN, H.; GRIFFITHS, K. M. The public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about treatment: changes in Australia over 8 years. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 40, p. 35-40, 2005b.

JORM, A. F. et al. Mental health first aid training for members of the public. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, v. 7, p. 141-151, 2007. Disponível em: <www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-213.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2011.

JORM, A. F. et al. Mental health first aid training of the public in a rural area: a cluster randomized trial. **BMC Psychiatry**, v. 4, n. 33, 2004. Disponível em: <www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-4-33.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2011.

JORM, A. F. et al. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. **Medical Journal of Australia**, v. 166, n. 4, p. 182-186, 1997.

JORM, A. F. Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. **British Journal of Psychiatry**, v. 177, p. 396-401, 2000.

JORM, A. F. Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 40, p. 3-5, 2006.

KICKBUSCH, I. Gesundheitskompetenz. **Notícias Saúde Pública**, 2006. Disponível em: <www.public-health.ch>. Acesso em: 7 jul. 2011.

KICKBUSCH, I. Think health: what makes the difference? **Health Promotion International**, v. 12, p. 265-272, 1997.

KITCHENER, B. A.; JORM, A. F. Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. **BMC Psychiatry**, v. 2, n. 10, 2002. Disponível em: <www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-2-10.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2011.

KITCHENER, B. A.; JORM, A. F. Mental health first aid training in a workplace setting: a randomized controlled trial. **BMC Psychiatry**, v. 4, n. 23, 2004.

Disponível em: <www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-4-23.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2011.

KITCHENER, B. A.; JORM, A. F. Mental health first aid training: review of evaluation studies. **Australia and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 40, p. 6-8, 2006. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16403032?ordinalpos=5&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum>. Acesso em: 21 maio 2011.

KUHLTHAU, C. C. Inside the search process: information seeking from the user's perspective. **Journal of the American Society for Information Science**, v. 42, n. 5, p. 361-71, 1991.

KUHLTHAU, C. C. **Seeking meaning**. Norwood: Ablex, 1993.

MARI, J. J. et al. Mental health research in Brazil: policies, infrastructure, financing and human resources. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 161-9, 2006.

MEERDING, W.J. eTAL. demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in the Netherlands: cost of illness study. **British Medical Journal**.1998

NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promotion International**, v. 15, n. 3, 2000.

OLIVEIRA, F. **Difusão e divulgação**: os desafios do jornalismo científico. Comunicação pública e cultura científica. Parcerias estratégicas. [S.l: s.n.], 2001.

OLIVEIRA, J. A. Para uma teoria da reforma sanitária: “democracia progressiva” e políticas sociais. **Saúde em Debate**, p. 85-93, abr. 1988.

OLIVEIRA, J. A. Reformas e reformismos: para uma teoria política da reforma sanitária ou reflexões sobre a reforma sanitária de uma perspectiva popular. In: COSTA, N. R. et al. **Demandas populares, políticas públicas e saúde: volume I.** Ciências sociais e saúde coletiva. [S.l.]: Vozes, 1989. p.13-44. (Saúde e Realidade Brasileira, 1).

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação da rede de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, 2006.

PATEL, A. E KNAPPM, R. J. Costs of mental illness in England. **Mental health Research Review**, 5, 1998.

PITTA, A. M. R. Conferência nacional de saúde on line. Comunicação: que políticas para que SUS? In: ENCONTRO NACIONAL DE CONSELHEIROS DE SAÚDE, 2., 1998, [S.l.]. **Relatório final...** [S.l.: s.n.], 1998.

PITTA, A. M. R. Proposta de sistematização do tema comunicação a partir de uma releitura do relatório do II ENCS. In: PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHEIROS DE SAÚDE, 7., 1999, [S.l.]. **Anais...** [S.l.: s.n.], 1999. Mimeografado.

RICE, D. P. ET AL. **The economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness: 1985.** Rockville, Maryland: Alcohol, drug abuse and mental health administration. 1990.

RAMOS, M. C. Saúde, novas tecnologias e políticas públicas de comunicações. In: PITTA, A. M. R. **Saúde & comunicação: visibilidades e silêncios.** Rio de Janeiro; São Paulo: HUCITEC; Abrasco, 1995.

RUDD, R.; MOEYKENS, B.; COLTON, T. C. Health and literacy: a review of medical and public health literature. In: COMINGS, J.; GARNERS, B.; SMITH, C. (Ed.). **Annual review of adult learning and literacy, volume I.** New York: Jossey-Bass, 1999.

SAXENA, S et al. Research for Change: the role of scientific journals. **World Psychiatry** 3:2 - June 2004

SIMONDS, S. K. Health education as social policy. **Health Education Monograph**, v. 2, p. 1-2, 1974.

SULLIVAN, P. Developing freshman-level tutorials to promote information literacy. In: ROCKMAN, I. (Org.). **Integration information literacy into the higher education curriculum**. San Francisco: Ed. Jossey-Bass, 2004. p. 71-92.

TEIXEIRA, E. C. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. [S.l.]: AATR-BA, 2002.

TERRY C. et al. Literacy and misunderstanding prescription drug labels. **Annals of Internal Medicine**, v. 145, n. 12, p. 887-894, 2006.

THE INSTITUTE OF MEDICINE. **Health literacy: a prescription to end confusion**. [S.l.: s.n.], 2004.

E.U.A. Department of Health and Human Services: **Quick Guide to Health Literacy**

VASCONCELLOS, M. M.; MORAES, I. H. S.; CAVALCANTE, M. T. L. Política de saúde e potencialidades de uso das tecnologias de informação. **Saúde em Debate**, v. 26, n. 61, p. 219-35, maio 2002.

ZURKOWSKI, P. G. **Information services environment relationships and priorities**. Washington D.C. : National Commission on Libraries, 1974.

WHO. **Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report**. Switzerland: Geneve, 2004a.

WHO. **Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report**. Switzerland: Geneve, 2004b.

WHO. **Estudo multicêntrico de intervenção no Comportamento suicida (supre-miss)**. Switzerland: Geneve, 2001.

WHO. **Depression: What is depression?** Disponível em: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ . Acesso em: 7 jul. 2011.

Anexo

Anexo 1

N	PAIS	Transtorno	sujeito da pesquisa	Método	técnica-tipo de intervenção	objetivo da pesquisa
1	Singapura	psicose	psiquiatras	quali/quant	questionário	Comparação de estudos de MHL
	Austrália	esquizofrenia	profissionais de saúde mental		vinheta	Replicação de estudos em MHL
		mania	enfermeiro			
			allied health (prestadores de cuidados em saúde)			
2	Sem resumo					
3	Não mencionado	depressão	adolescentes australianos de 15-17 anos	quantitativo	questionário	avaliar a MHL
4	Austrália	depressão	adultos australianos maior 18 anos	quantitativo	questionário	avaliar a MHL
					vinheta	
		esquizofrenia			estudo	

					epidemiológico	
5	Sem resumo		African American clery			
			fiéis mais velhos de 60 anos			
			African American clery			
6	Índia	transtornos mentais	comunidade rural de Maharashtra	quantitativo	questionário	avaliar a MHL
		depressão	village health workers (VHWs)		estudo transversal sobre MHL	Comparação de estudos de MHL
		psicose			vinheta	
7	EUA	transtorno de ansiedade	estudantes de graduação de psicologia	quantitativo	vinheta	avaliar a MHL
		ansiedade generalizada				
		transtorno compulsivo				
8	Não mencionado	bulimia nervosa	Clínico geral	quantitativo	estudo postal	avaliar a MHL
			mulheres da comunidade		vinheta	avaliar a MHL

			cominidades indígenas			
9	Sem resumo	sem resumo				
10	Austrália	depressão	população do sul da Austrália em 2004	quali/quant	entrevistas frente a frente	Comparação de estudos de MHL
10			população do sul da Austrália em 1998			
11	Índia	transtornos mentais	comunidade rural de Maharashtra	quantitativo	estudo transversal	avaliar a MHL
			village health workers - VHWs		questionário	
					vinheta	
12	Austrália	depressão	população	quantitativo	estudo naturalístico conduzido entre 1998 e 2004	avaliar as mudanças em MHL
			com ou sem intenção suicida		(GHQ12) Questionário de Saúde Geral	
			nem deprimidos, nem suicidas			
13	Inglaterra	transtornos mentais	cuidadores	quantitativo	desenho transversal e entre	avaliar a MHL

					grupos	
			crianças com problemas mentais		regressão logística	
14	Revisão					
15	Sem resumo	Sem resumo				
16	Não mencionado	depressão	participantes	qualitativo	imersão experimental	avaliar a eficácia do programa
17	Austrália		jovens entre 12-25 anos	quantitativo	entrevista estruturada transversal	avaliar a MHL
					Entrevista ao telefone assistida por computador	
18	Austrália	depressão	Clínico geral	qualitativo	vinheta	avaliar a MHL
		demência			entrevistas	
		doenças coronarianas				
19	Sem resumo					

20	Japão	depressão	cominidades ruarais no Japão	estudo transversal	questionário	avaliar A MHL
		suicídio				
21	Sem resumo					
22	Revisão	transtornos mentais	público	revisão narrativa dentro de um contexto/cenário conceitual.		
23	Sem resumo					
24	EUA	depressão	adolescentes em sala de aula	qualitativo	gender-matched scenarios	avaliar a MHL
		ansiedade			entrevistas	
25	Alemanha	esquizofrenia	pessoas com esquizofrenia e transtorno depressivo	inquérito populacional	entrevistas psiquiátricas estruturadas	avaliar a MHL
		depressão maior		análise de tendências		
26	Suécia	saúde	população de 20 a 64 anos	quali/quant	questionário de	avaliar a MHL

		mental			triagem postal	
			pessoas com transtornos mentais		entrevistas 'frente a frente'	
27	Austrália	depressão	adultos		vinheta	avaliar a MHL
		esquizofrenia	mental health care contact.			
28	Singapore	esquizofrenia	enfermeiras			Comparação de estudos de MHL
		depressão	enfermeiras matriculadas			
		mania				
29	Não mencionado	depressão	estudantes universitários		pesquisa "on-line"	avaliar a MHL
		esquizofrenia				
30	Sem resumo					
31	Sem resumo					
32	Singapore	depressão	psiquiatras	estudo comparativo	questionário	Comparação de estudos de MHL
		esquizofrenia	profissionais de saúde		vinheta	avaliar a MHL

			primária			
		mania				
33	Sem resumo					
34	Não mencionado	depressão maior	comunidade	vinheta		avaliar MHL
	Não mencionado	ideação suicida				
35	Não mencionado	esquizofrenia	indivíduos 18-74 anos	estudo transversal	vinheta	avaliar a MHL
		depressão			questionário	
36	Não mencionado	depressão	adultos 60-74 anos	ensaio clínico randomizado		avaliar a eficácia do programa
	Não mencionado	depressão	remédio			prevenção da depressão
37	revisão					
38	Não mencionado	depressão	pessoas com depressão	estudo controlado	guia do consumidor	avaliar os mudanças em MHL
					folhetos	

					informativos	
39	Sem resumo					
40	Sem resumo					
41	Não mencionado	saúde mental	crianças 12-17 anos			avaliar a MHL
42	Não mencionado	saúde mental	médico	não mencionado	não mencionado	avaliar a eficácia do programa
			comunidade			
43	Canadá	transtornos mentais	Postsecondary Students		estudo de 'follow up'/seguimento	Avaliar o programa Transitions - MHL Program
44	Austrália	transtornos mentais	trabalhadores de saude mental	etnografia	entrevistas	avaliar a MHL
			aborigenas trabalhadores de saúde mental (Aboriginal mental health workers AMHW)	qualitativo	abordagem etnográfica	
					música	
					narração de história	

					fortografia	
45	Austrália	ansiedade	pacientes de tratamento de toxicod dependência com problemas psicológicos	qualitativo	entrevista	avaliar a MHL
		depressão	prestadores de serviço			
46	Paquistão	depressão	comunidade	qualitativa	vinheta	avaliar a MHL
				quantitativo		
47	Não mencionado		African American clergy	qualitativo	abordagem de teoria fundamentada	avaliar a MHL
48	Austrália	esquizofrenia	estudantes de obstetrícia		vinheta	avaliar a MHL
49	Nova Zelândia	depressão	Maori	qualitativo	vinheta	avaliar a MHL
			non-Maori	quantitativo	questionário	
50	Austrália	depressão	homens jovens 15 a 30	quantitativo		avaliar as mudanças em MHL
			rural e urbano	estudo comparativo		avaliar a MHL

51	Índia	depressão	trabalhadores de saúde das aldeias (VHWs)	quantitativo	GHQ12 Questionário Geral de Saúde	
52		psicose	membros da comunidade		vinheta	
52	Inglaterra	saúde mental		qualitativo	grupo focal	avaliar a MHL
53	Austrália	depressão	jovens	estudo comparativo		0 avaliar a MHL
			adultos			avaliar a MHL
54	Sem resumo					
55	Não mencionado	bulimia nervosa	mulheres adultas jovens	qualitativo	vinheta	Avaliar as implicações para os programas de promoção de saúde
				quantitativo	questionário	
56	Singapura	bulimia nervosa	mulheres adultas jovens	qualitativo	vinheta	avaliar a MHL
				quantitativo	questionário	
57	Austrália	transtornos mentais	treinadores esportivos de juniores e dirigentes	quantitativo	questionário	avaliação do programa em MHL

58	Não mencionado		cuidadores do sexo feminino Afro-americano e euro-americano	quantitativo	(ISP)Índice de Status/posição social de Hollingshead	avaliar a MHL
					escala MEIM	
					escala PES	
					escala CHADIS	
					escala MHLM	
59	Não mencionado	depressão	usuários de internet	quantitativo	vinhetas	avaliar a MHL
		psicose	usuários cadastrados site popular da Irlanda	quantitativo	pesquisa/estudo 'online'	
60	Não mencionado	bulimia nervosa	mulheres com bulimia nervosa	qualitativo	vinheta	avaliar a MHL
61	Não mencionado	bulimia nervosa	mulheres 16 anos com diagnóstico de bulimia nervosa (high school students)	qualitativo	vinheta	avaliar a MHL
					questionário	
62	Não mencionado	Transtorno obsessivo			vinheta	

					questionário	
63	Southeast Asian	depressão	idosos refugiados do Sudeste Asiático	qualitativo	grupo focal	avaliar a MHL
					MAX QDA2fo	
64	Não mencionado	depressão	pacientes japoneses com cancer	qualitativo	vinheta	avaliar a MHL
					entrevistas estruturadas	comparação
65	Austrália	depressão	comunidade rural	qualitativo	vinheta	avaliar a MHL
				quantitativo	estudo postal	avaliar as mudanças em MHL
66	Austrália	esquizofrenia	estudantes de enfermagem	estudo longitudinal	questionário	avaliar a MHL
					SPSS versão 15.0	
67	Não mencionado	autismo	japoneses		vinheta	avaliar a MHL
					questionário	
68	Singapura	esquizofrenia	clínicos gerais	estudo transversal	vinheta	Comparação de estudos de MHL

	Austrália	depressão			questionário	
69	Singapura	depressão	enfermeiros		vinheta	avaliar a MHL
		esquizofrenia				
		mania				
70	Não mencionado	saúde mental	adolescent help-seeking			
		suicídio	central to CYC			
71	Não mencionado	depressão	comunidade	quali/quant	PRIME-MD	avaliar a MHL
					questionário	
					vinheta	
72	Revisão de literatura					
73	Não mencionado	Transtorno obsessivo compulsivo (TOC)	comunidade (indivíduos saudáveis)	qualitativo	vinheta	
					questionário	
74	Austrália	esquizofrenia	farmecêuticos	qualitativo	vinheta	avaliar a MHL

74		depressão			instrumento de estudo/pesquisa	
75	Não mencionado	depressão	participantes recrutados da South Australian Health Omnibus Surveys 1998 and 2004.	quali/quant	South Australian Health Omnibus Surveys	Criação de um algoritmo para medir depressão relacionada a MHL
			profissionais de saúde		grupo focal	
76	Não mencionado	transtornos mentais	adolescentes femininas	não mencionado	não mencionado	
77	Revisão de literatura			Revisão da literatura		
				Pesquisa documental		
78	Austrália	saúde mental	adolescentes que vivem em área rural	qualitativo	vinhetas	avaliar a MHL
					Entrevistas individuais semi-estruturadas	
					gravação de áudio, transcrita e analisada	

79	Canadá	depressao	adultos		escala de estigma de depressão	avaliar a MHL
		stigma				
80	Austrália	depressão	participants recrutados Sul Surveys Omnibus Australian Health for the 1998, 2004 e 2008	quantitativo	questionário	avaliar a MHL
81	Austrália	saúde mental	comunidade de cidades rurais	quantitativo	questionário	avaliar a MHL

Anexo 2

1	<u>A comparative mental health literacy survey of psychiatrists and other mental health professionals in Singapore.</u> Parker G, Chen H, Kua J, Loh J, Jorm AF. Aust N Z J Psychiatry. 2000 Aug;34(4):627-36.
2	A study investigating mental health literacy in Pakistan Journal of Mental Health, 14(2), April 2005, pp.167-181 SURHAIL Kausar
3	<u>Addressing patient needs: the role of mental health literacy.</u> Coles ME, Coleman S, Heimberg RG. Am J Psychiatry. 2008 Mar;165(3):399. No abstract available.
4	<u>Adolescent mental health literacy: young people's knowledge of depression and help seeking.</u> Burns JR, Rapee RM. J Adolesc. 2006 Apr;29(2):225-39. Epub 2005 Jul 5.
5	<u>Age differences in mental health literacy.</u> Farrer L, Leach L, Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. BMC Public Health. 2008 Apr 20;8:125.
6	<u>An exploration of mental health literacy among African American clergy.</u> Stansbury K, Schumacher M. J Gerontol Soc Work. 2008;51(1-2):126-42.
7	7. An exploration of mental health literacy among African American clergy
8	<u>Attitudes to people with mental disorders: a mental health literacy survey in a rural area of Maharashtra, India.</u> Kermode M, Bowen K, Arole S, Pathare S, Jorm AF. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2009 Dec;44(12):1087-96. Epub 2009 Mar 21.
9	<u>Australian Bachelor of Midwifery students' mental health literacy: an exploratory study.</u> McCann TV, Clark E. Nurs Health Sci. 2010 Mar;12(1):14-20.
10	<u>Barriers to treatment seeking for anxiety disorders: initial data on the role of mental health literacy.</u> Coles ME, Coleman SL. Depress Anxiety. 2010;27(1):63-71.
11	Bulimia nervosa mental health literacy of general practitioners Hay, Phillipa J.; de Angelis, Carlie; Millar, Harry; Mond, Jonathan. Informa Healthcare Volume 10, Number 3, September 2005 , pp. 103-108(6)
12	<u>Categorical ethnicity and mental health literacy in New Zealand.</u> Marie D, Forsyth DK, Miles LK. Ethn Health. 2004 Aug;9(3):225-52.
13	Challenges in mental health literacy within top end remote indigenous communities
14	<u>Changes in depression-related mental health literacy in young men from rural and urban South Australia.</u> Eckert KA, Kutek SM, Dunn KI, Air TM, Goldney RD. Aust J Rural Health. 2010 Aug;18(4):153-8.

15	<u>Changes in mental health literacy about depression: South Australia, 1998 to 2004.</u> Goldney RD, Fisher LJ, Dal Grande E, Taylor AW. Med J Aust. 2005 Aug 1;183(3):134-7.
16	<u>Community beliefs about causes and risks for mental disorders: a mental health literacy survey in a rural area of Maharashtra, India.</u> Kermode M, Bowen K, Arole S, Joag K, Jorm AF. Int J Soc Psychiatry. 2010 Nov;56(6):606-22. Epub 2009 Sep 4.
17	<u>Community beliefs about treatments and outcomes of mental disorders: a mental health literacy survey in a rural area of Maharashtra, India.</u> Kermode M, Bowen K, Arole S, Joag K, Jorm AF. Public Health. 2009 Jul;123(7):476-83. Epub 2009 Jul 15.
18	Critical evaluation of the mental health literacy framework using qualitative data
19	<u>Differences in community mental health literacy in older and younger Australians.</u> Fisher LJ, Goldney RD. Int J Geriatr Psychiatry. 2003 Jan;18(1):33-40.
20	<u>Do people recognise mental illness? Factors influencing mental health literacy.</u> Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rössler W. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2003 Oct;253(5):248-51.
21	<u>Eating disorders "mental health literacy" in low risk, high risk and symptomatic women: implications for health promotion programs.</u> Mond JM, Hay PJ, Paxton SJ, Rodgers B, Darby A, Nillson J, Quirk F, Owen C. Eat Disord. 2010 Jul;18(4):267-85.
22	<u>Eating disorders mental health literacy in Singapore: beliefs of young adult women concerning treatment and outcome of bulimia nervosa.</u> Chen A, Mond JM, Kumar R. Early Interv Psychiatry. 2010 Feb;4(1):39-46.
23	<u>Evaluation of a mental health literacy training program for junior sporting clubs.</u> Bapat S, Jorm A, Lawrence K. Australas Psychiatry. 2009 Dec;17(6):475-479.
24	Female caregivers' educational expectations and behavioral perceptions of their elementary-age children: Ethnic identity, socioeconomic status, and mental health literacy as predictors
25	Have broad-based community and professional education programs influenced mental health literacy and treatment seeking of those with major depression and suicidal ideation? Goldney RD, Fisher LJ. Suicide Life Threat Behav. 2008 Apr;38(2):129-42.
26	Help-Seeking by Foster-Carers for their 'Looked After' Children: The Role of Mental Health Literacy and Treatment Attitudes. Siobain Bonfield, Suzanne Collins, Jeune Guishard-Pine. Published by Oxford University Press on behalf of The 2009

27	Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. Kelly CM, Jorm AF, Wright A. Med J Aust. 2007 Oct 1;187(7 Suppl):S26-30. Review.
28	In this issue. Mental health literacy . Silverman MM. Suicide Life Threat Behav. 2008 Apr;38(2):iii-v. No abstract available.
29	Increasing mental health literacy via narrative advertising. Chang C. J Health Commun. 2008 Jan-Feb;13(1):37-55.
30	Influence of gender on mental health literacy in young Australians. Cotton SM, Wright A, Harris MG, Jorm AF, McGorry PD. Aust N Z J Psychiatry. 2006 Sep;40(9):790-6.
31	Late life depression and dementia: a mental health literacy survey of Australian general practitioners. Wijeratne C, Harris P. Int Psychogeriatr. 2009 Apr;21(2):330-7. Epub 2009 Jan 13.
32	LONGITUDINAL EVALUATION OF A UNIVERSAL, COMMUNITY-BASED, NATIONAL INTERVENTION TO IMPROVE STIGMA, ATTITUDE, AND MENTAL HEALTH LITERACY IN FEMALE ADOLESCENTS
33	Male gender and low education with poor mental health literacy : a population-based study. Kaneko Y, Motohashi Y. J Epidemiol. 2007 Jul;17(4):114-9.
34	Media reporting of specific mental illnesses in the context of crime: implications for mental health literacy . Francis C, Pirkis JE, Blood RW, Burgess PM, Dunt DR. Med J Aust. 2003 Dec 1-15;179(11-12):638. No abstract available.
35	35. Mental health literacy - Public knowledge and beliefs about mental disorders
36	Mental health literacy among Internet users. Lawlor E, Breslin JG, Renwick L, Foley S, Mulkerrin U, Kinsella A, Turner N, O'Callaghan E. Early Interv Psychiatry. 2008 Nov;2(4):247-55.
36	" Mental health literacy ": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. Med J Aust. 1997 Feb 17;166(4):182-6.
37	MENTAL HEALTH LITERACY AMONG OLDER AFRICAN AMERICANS RESIDING IN A SOUTHERN STATE
38	Mental health literacy among young people in a small US town: recognition of disorders and hypothetical helping responses. Olsson DP, Kennedy MG. Early Interv Psychiatry. 2010 Nov;4(4):291-8.
39	Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: a trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H. Eur Psychiatry. 2009 May;24(4):225-32. Epub 2009 Apr 10.
40	Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample - investigating the role of personal experience of mental health care. Dahlberg KM, Waern M, Runeson B.
41	Mental health literacy and eating disorders: What do women with bulimic eating disorders think and know about bulimia nervosa and its Treatment 2008,

	Vol. 17, No. 6 , Pages 565-575 Journal of Mental Health
42	Mental health literacy and eating-disordered behavior: Beliefs of adolescent girls concerning the treatment of and treatment-seeking for bulimia nervosa J. M. Mond, P. Marks, P. J. Hay, B. Rodgers, C. Kelly, C. Owen and S. J. PaxtoJournal of Youth and Adolescence Volume 36, Number 6, 753-762, DOI: 10.1007/s10964-006-9087-9
43	Mental health literacy as a function of remoteness of residence: an Australian national study. Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. BMC Public Health. 2009 Mar 27;9:92.
44	Mental health literacy beliefs. A comparison of psychiatric trained nurses and enrolled nurses in Singapore. Yeo SG, Parker G, Yap HL, Mahendran R. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2003 Mar;41(3):34-41.
45	Mental Health Literacy Concerning Categories of Obsessive-Compulsive Symptoms
46	Mental health literacy in an educational elite -- an online survey among university students. Lauber C, Ajdacic-Gross V, Fritschi N, Stulz N, Rössler W. BMC Public Health. 2005 May 9;5:44.
47	Mental health literacy in developing countries. M. H. Mubbashar, S. Farooq, The British Journal of Psychiatry (2001) 179: 75
48	Mental health literacy in Hmong and Cambodian elderly refugees: a barrier to understanding, recognizing, and responding to depression. Lee HY, Lytle K, Yang PN, Lum T. Int J Aging Hum Dev. 2010;71(4):323-44.
48	Mental health literacy in Japanese cancer patients: ability to recognize depression and preferences of treatments-comparison with Japanese lay public. Okuyama T, Nakane Y, Endo C, Seto T, Kato M, Seki N, Akechi T, Furukawa TA, Eguchi K, Hosaka T. Psychooncology. 2007 Sep;16(9):834-42.
50	Mental health literacy in Japanese cancer patients: Ability to recognize depression and their preferences of the treatments - Comparison with Japanese general people
51	Mental health literacy in rural Queensland: results of a community survey. Bartlett H, Travers C, Cartwright C, Smith N. Aust N Z J Psychiatry. 2006 Sep;40(9):783-9
52	Mental health literacy in Singapore: a comparative survey of psychiatrists and primary health professionals. Chen H, Parker G, Kua J, Jorm A, Loh J. Ann Acad Med Singapore. 2000 Jul;29(4):467-73.
53	Mental health literacy of Australian Bachelor of Nursing students: a longitudinal study. McCann TV, Lu S, Berryman C. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2009 Feb;16(1):61-7.

54	Mental health literacy of autism spectrum disorders in the Japanese general population. Koyama T, Tachimori H, Sawamura K, Koyama A, Naganuma Y, Makino H, Takeshima T. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2009 Aug;44(8):651-7. Epub 2008 Dec 18.
55	[Mental health literacy of new students entering schools teaching welfare services]. Nakane M. Seishin Shinkeigaku Zasshi. 2006;108(8):821-4. Japanese. No abstract available.
	Mental health literacy of those with major depression and suicidal ideation: an impediment to help seeking. Goldney RD, Fisher LJ, Wilson DH, Cheek F. Suicide Life Threat Behav. 2002 Winter;32(4):394-403.
57	Mental health literacy study of general practitioners: A comparative study in Singapore and Australia Australasian Psychiatry Gordon Parker MD, PhD, DSc, FRANZCP. Cheng Lee, Helen Chen, Joshua Kua, Jennifer Loh, Anthony F Jorm. Volume 9, Issue 1, pages 55–59, March 2001
58	Mental health literacy survey of psychiatrically and generally trained nurses employed in a Singapore psychiatric hospital. Yeo SG, Parker G, Mahendran R, Jorm AF, Yap HL, Lee C, Loh MI. Int J Nurs Pract. 2001 Dec;7(6):414-21.
59	
60	Mental health literacy , folic acid and vitamin B12, and physical activity for the prevention of depression in older adults: randomised controlled trial. Walker JG, Mackinnon AJ, Batterham P, Jorm AF, Hickie I, McCarthy A, Fenech M, Christensen H. Br J Psychiatry. 2010 Jul;197(1):45-54.
61	Mental Health Literacy: A Conceptual Framework for Future Inquiry into Child and Youth Care Professionals' Practice with Suicidal Adolescents
62	Mental health literacy : an impediment to the optimum treatment of major depression in the community. Goldney RD, Fisher LJ, Wilson DH. J Affect Disord. 2001 May;64(2-3):277-84.
63	Mental health literacy : focus on developing countries. Ganasen KA, Parker S, Hugo CJ, Stein DJ, Emsley RA, Seedat S. Afr J Psychiatry (Johannesbg). 2008 Feb;11(1):23-8.
64	Mental health literacy . Public knowledge and beliefs about mental disorders. Jorm AF. Br J Psychiatry. 2000 Nov;177:396-401. Review.
65	Obsesif-kompulsif belirti kategorileri hakkında ruh saÄ±yaÄ± bilgisi. [Mental health literacy concerning categories of obsessive-compulsive symptoms
66	Pharmacists' beliefs about treatments and outcomes of mental disorders: a mental health literacy survey. O'Reilly CL, Bell JS, Chen TF. Aust N Z J Psychiatry. 2010 Dec;44(12):1089-96.
67	Providing information about the effectiveness of treatment options to depressed people in the community: a randomized controlled trial of effects on mental health literacy , help-seeking and symptoms. Jorm AF, Griffiths KM, Christensen H, Korten AE, Parslow RA, Rodgers B. Psychol Med. 2003 Aug;33(6):1071-9.
68	Quantification and examination of depression-related mental health literacy . Dunn KI, Goldney RD, Grande ED, Taylor A. J Eval Clin Pract. 2009

	Aug;15(4):650-3. Epub 2009 Jun 10.
69	Reducing stigma and improving mental health literacy through school-based mental illness education
70	Research on mental health literacy : what we know and what we still need to know. Jorm AF, Barney LJ, Christensen H, Highet NJ, Kelly CM, Kitchener BA. Aust N Z J Psychiatry. 2006 Jan;40(1):3-5. No abstract available.
71	Resilience in children of parents with mental illness: relations between mental health literacy , social connectedness and coping, and both adjustment and caregiving. Fraser E, Pakenham KI. Psychol Health Med. 2009 Oct;14(5):573-84.
72	School-based intervention to reduce stigma toward mental disorders and improve mental health literacy in female adolescents
73	Student and Staff Mental Health Literacy and MindMatters Plus
74	The Internet and mental health literacy . Christensen H, Griffiths K. Aust N Z J Psychiatry. 2000 Dec;34(6):975-9.
75	The mental health literacy of rural adolescents: Emo subculture and SMS texting. Scott L, Chur-Hansen A. Australas Psychiatry. 2008 Oct;16(5):359-62.
76	The relationship between mental health literacy , personal contacts and personal stigma against depression. Wang J, Lai D. J Affect Disord. 2008 Sep;110(1-2):191-6. Epub 2008 Feb 7.
77	Tracking depression-related mental health literacy across South Australia: a decade of change. Goldney RD, Dunn KI, Dal Grande E, Crabb S, Taylor A. Aust N Z J Psychiatry. 2009 May;43(5):476-83.
78	Transitions: A Mental Health Literacy Program for Postsecondary Students
79	Two-way approaches to Indigenous mental health literacy
80	Understanding comorbidity? Australian service-user and provider perspectives on drug treatment and mental-health literacy
81	Utilizing technology to raise mental health literacy in small rural towns