



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM



MILENA SILVA DOS SANTOS

**LITERACIA EM SAÚDE MENTAL DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO
BÁSICA: Uma contribuição para a prática de enfermagem**

BELÉM/PA

2016

MILENA SILVA DOS SANTOS

**LITERACIA EM SAÚDE MENTAL DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO
BÁSICA: Uma contribuição para a prática de enfermagem**

LINHA DE PESQUISA: EDUCAÇÃO, FORMAÇÃO E GESTÃO PARA A PRÁXIS DO
CUIDADO EM SAÚDE E ENFERMAGEM NO CONTEXTO AMAZÔNICO.

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA), como requisito de obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Marília de Fátima Vieira de Oliveira.

Co-orientadora: Dra. Aida Maria de Oliveira Cruz Mendes.

BELÉM/PA

2016

MILENA SILVA DOS SANTOS

**LITERACIA EM SAÚDE MENTAL DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO
BÁSICA: Uma contribuição para a prática de enfermagem**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA), como requisito de obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Belém, 23 de Novembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Marília de Fátima Vieira de Oliveira – UFPA (Presidente)

Dra. Aida Maria de Oliveira Cruz Mendes – ESEnfc (Membro)

Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos – UFPA (Membro)

Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves – UFPA (Membro)

Dra. Jacira Nunes Carvalho – UFPA (Suplente)

Aprovado em: ___/___/_____

À minha família, em especial aos amores da minha vida, meus pais Orlean e Marli por sempre terem me dado suporte para ser o que sou hoje. Amo infinitamente!

AGRADECIMENTOS

Sempre e em primeiro lugar agradeço à Deus e a Virgem Mãe Nossa, pela sua proteção e infinita misericórdia, pela vida, por ter me dado a oportunidade de ser aquilo que escolhi, por estar sempre no meu caminho, iluminando e guiando às escolhas certas e por todas as maravilhas que têm feito em minha vida. E, por ter me dado a oportunidade de ter trabalho com o tema deste estudo, do qual nos encanta a cada dia, a cada experiência vivenciada.

Aos meus pais, Orlean e Marli, minhas bênçãos, exemplos de luta, dedicação e honestidade, que sempre foram à base de tudo pra mim, apoiando-me nos momentos difíceis, com força, confiança, amor, ensinando-me a persistir nos meus objetivos e ajudando a alcançá-los. Por mais uma vez estarem do meu lado em mais um objetivo que por mim foi traçado. Que meteram a mão na massa junto comigo nas conferências de todos os questionários respondidos nesta pesquisa. Vocês são minha vida. Amo com todas as minhas forças.

Ao meu irmão, João Macílio, pelo apoio, companhia, carinho e momentos de descontração vividos a cada dia, que nos ajudaram a superar as diferenças. Por todas as infinitas vezes que precisei de ajudas com as tecnologias e estive presente.

Ao meu namorado Sergei Rodrigo, que esteve comigo durante toda essa luta, desde quando fui aprovada no Mestrado, acompanhando meu desempenho, minhas correrias, me ajudando sempre em tudo que foi possível, principalmente na coleta de dados e a fase final desta pesquisa. Que sempre tentou entender as ausências, que por muitas vezes, foram necessárias para que esta etapa fosse concluída. Obrigada sempre amor. Te amo!

À minha eterna e sempre orientadora, Profa. Dra. Marília de Fátima Vieira de Oliveira, “Mãe Marília”, por toda competência, paciência, confiança, proteção, cuidado, carinho; pelos ensinamentos e pelo incentivo à pesquisa, ao aprendizado e por acreditar no meu potencial, desde o momento da seleção para bolsista do Programa de Apoio ao Recém-Doutor (PARD) até hoje. Você é muito mais que minha orientadora, muito mais que doutora, é uma mãe que ganhei e que jamais esquecerei todo carinho que me proporcionou na minha trajetória ao seu lado. Que puxa orelha quando precisa, que ama quando precisa e que, também, tem “ciuminhos” de mãe. Que Deus continue sempre abençoando esse seu modo de ser tão especial. Muito obrigada!

À Prof. Dra. Aida Maria de Oliveira Cruz Mendes, por ter me oportunizado e apresentado a temática deste estudo, onde pude aprender bastante e ser uma conhecedora da Literacia. Obrigada professora Aida por sempre estar solícita e de braços abertos a nos ajudar mesmo com a distância entre Brasil e Portugal. Você é especial!

Ao querido Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos, que me recebeu gentilmente

para ajudar nesta pesquisa, que disponibilizou o seu precioso tempo para contribuir, mais uma vez, com a Enfermagem. Saiba que sou muito grata a sua paciência e bondade da qual demonstrou a mim durante esse período em que convivemos. Que Deus o abençoe cada dia mais para que possas contribuir muito mais com a pesquisa no Brasil e no Mundo. Obrigada Professor!

À toda minha família, meus avôs João e Macílio (em memória), minhas avós Maria e Luzia por todo amor dedicado aos meus pais e a mim. Aos meus tios e tias pelo apoio e orações durante minha caminhada pessoal, profissional e acadêmica.

Aos meus primos e primas que sempre torceram por mim, em especial a minha prima-irmã Leanes Batalha.

Às minhas amigas Geyse Aline “Gê” e Karina Faine, por nossas parcerias, todo companheirismo, carinho, lealdade e atenção. Por nossas conversas, sonhos, desabafos, estudos, discursões sobre os textos que tínhamos que ler. Pelos incansáveis momentos dedicados as nossas vidas acadêmica, da qual sempre tivemos a oportunidade de vivenciá-las juntas. Por estar presente em distintos e importantes momentos da minha trajetória acadêmica e pessoal. Tenho certeza que nosso crescimento conjunto foi muito mais iluminado, do que se estivéssemos sozinhas. Obrigada meninas.

Às minhas amigas Ranna e Rosane, da minha amada Paróquia Santa Paula Frassinetti, seres iluminadas que Deus trouxe para minha vida e que me dá a oportunidade de sempre crescer na fé com elas. Que vivenciaram todo o meu processo de construção do conhecimento, que sempre compartilham comigo expectativas, alegrias, gargalhadas e ansiedades e soubemos cultivar uma amizade que com o tempo amadureceu grandiosamente.

À todos que sempre torceram por mim.

À minha Universidade Federal do Pará, universidade que amo, que tenho orgulho de fazer parte dela e que me tornou a profissional que sou hoje, e à CAPES por ter oportunizado cursar o meu tão sonhado mestrado como bolsista.

Aos Enfermeiros com os quais pude realizar uma das etapas da minha pesquisa, pela atenção e receptividade que puderam me proporcionar durante minha coleta de dados.

Enfim, a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente com a realização desse sonho e para que este trabalho fosse concluído com sucesso e aos que não foram mencionados. Muito Obrigada, de coração!

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

Leonardo Boff

RESUMO

A incidência de pessoas que sofrem algum tipo de transtorno psicossocial vem crescendo progressivamente na população mundial. Os prejuízos gerados por esses transtornos atinge vários aspectos da vida do indivíduo. Neste sentido, sabemos que o profissional enfermeiro é o ator importante no desencadeamento das ações de cuidado coletivo na saúde da família, pois propõe, organiza, desenvolve e avalia tais ações (FORTUNA et al, 2011), além de presenciar com maior proximidade e propriedade a realidade nas quais vivem estas famílias. A Literacia em Saúde Mental configura-se e integra vários componentes, como: a capacidade de reconhecer perturbações específicas ou diferentes tipos de estresse psicológico; o conhecimento e crenças acerca das causas e fatores de risco; o conhecimento e crenças sobre atividades de auto-ajuda; o conhecimento e crenças acerca da ajuda profissional disponível e adequada; as atitudes facilitadoras da procura de ajuda e ainda o conhecimento sobre como e onde procurar informação sobre a Saúde Mental (JORM, 2000). Assim, percebe-se a necessidade dos profissionais enfermeiros apropriarem-se de saberes relacionados à saúde mental para que estes saibam identificar, encaminhar e resolver os problemas que se apresentam à eles. Diante do exposto, este estudo objetiva identificar o perfil e caracterizar a literacia em saúde mental, especificamente aos transtornos depressivos, dos enfermeiros que atuam no contexto da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família no Município de Belém-PA. Trata-se de um estudo quantitativo, no qual foi aplicado o questionário QualisMental que foi adaptado de acordo com os objetivos deste estudo. A amostra deste estudo foi composta por enfermeiros que atuam no Programa Estratégias Saúde da Família ($n= 76;49,09\%$) e enfermeiros que atuam Unidades Municipais de Saúde do Município de Belém-PA ($n= 77;50,91\%$). Além das Técnicas de Amostragem, foi utilizada a técnicas estatística da Análise Exploratória de Dados para a investigação das respostas dos 154enfermeiros participantes. O resultado mostrou que a maioria dos entrevistados é do sexo feminino (94,81%), tem Bacharelado em Enfermagem e são Especialistas (59,09%). Quanto a literacia em saúde mental os resultados foram: Dentre as alternativas, a maior parte acredita que Joana tem Problemas Psicológicos (19,48%); todos os enfermeiros responderam que “marcar uma consulta no Médico da Atenção Básica com o seu conhecimento” (100,00%) é importante para ajudar Joana. Dentre as pessoas e profissionais de saúde que poderiam ajudar Joana, pode-se observar o Psicólogo como mais prevalente (100,00%); houve dúvida se os enfermeiros poderiam ajudar (85,06%); a maioria dos enfermeiros concordam que Vitaminas (50,64%) é um dos Medicamento/Produto que podem ajudar Joana, que a maior parte teve dúvidas ou não souber responder se Antidepressivos e Comprimidos para dormir poderiam ajudar Joana; que fazer exercício físico faz bem a saúde (85,06%) e praticar treinos de relaxamento (85,06%); que a maioria concorda que não devem utilizar drogas (100,00%) e que a melhor forma de evitar o desenvolvimento de uma situação como a de Joana é afastar-se dela (100,00%); A maioria concorda que as pessoas: Acreditam que se a Joana quisesse, poderia sair desta situação sozinha (66,24%); A maioria concorda em se disponibilizar em: Ir à casa da Joana (83,77%) e Trabalhar em um projeto ou grupo com a Joana (59,74%) e pode-se observar que a maioria (61,69%) não tem alguém na família ou círculo próximo de amigos esteve numa situação similar à da Joana. Dentre os resultados observados podemos concluir que os Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família e da Unidade Municipal de Saúde de Belém-PA ainda não estão capacitados para identificar um transtorno mental, principalmente a depressão que foi o caso abordado neste estudo e que ainda existe uma carência de capacitações para esta área da enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão; Enfermagem; Literacia; Saúde Mental

ABSTRACT

The incidence of people suffering from some kind of psychosocial disorder has been progressively growing in the world population. The losses generated by psychosocial disorder affects many aspects of the individual's life. In this sense, we know that professional nurses is important actor in triggering collective care actions in family health, because it proposes, organizes, develops and assesses such actions (FORTUNA et al, 2011), and witness more closely and property reality in which lives these families. The Mental Health Literacy sets up itself and integrates multiple components, such as the ability to recognize specific disorders or different types of psychological stress; knowledge and beliefs about the causes and risk factors; knowledge and beliefs about self-help activities; knowledge and beliefs about appropriate available professional help; the facilitative attitudes of seeking help and also the knowledge of how and where to look for information on Mental Health (Jorm, 2000). Thus, we see the need for professional nurses to appropriate knowledge related to mental health so what know how to identify, route and solve the problems presented to them. In view of the above, this study aims to identify the profile and characterize mental health literacy, specifically to depressive disorders, of nurses working in the context of Primary Care and the Family Health Strategy in the Municipality of Belém-PA. This is a quantitative study, which was applied a QualisMental's questionnaire that was adapted in accordance with the objectives of this study. The sample consisted of nurses working in the Program Estratégias Saúde da Família (n = 76; 49.09%) and nurses who work Municipal Health Units in the city of Belém (n = 77;. 50.91%). In addition, beyond the sampling techniques of this study, were used statistical techniques like Exploratory Data Analysis for research of the answers of 154 participant nurses too. The results showed that the majority are female (94.81%), have Bachelor of Nursing and Specialist (59.09%). As for literacy in mental health, the outcomes were: Among the markings, most believe that Joan has psychological problems (19.48%), all nurses responded that "make an appointment at Doctor at Atenção Básica with your knowledge" (100.00%) is important to help Joan. Among the people and health professionals who could help Joan, it can be seen Psychologist like more prevalent (100.00%); there was doubt if nurses could help (85.06%), the majority of nurses agree that vitamins (50.64%) is one of Drug / Product that can help Joan, that most had questions or can not answer if Antidepressants and sleeping pills could help Joan, to do physical exercise is good for health (85.06%) and practicing relaxation training (85.06%), which most agree that they should not use drugs (100.00%) and that the best way to prevent the development of a situation like that of Joan is move away from her (100.00%); Most of nurses agree that people: They believe that if Joan wanted to, could get out of this situation alone (66.24%); Most of them agree to provide: Go home Joana (83.77%) and working on a project or group with Joana (59.74%) and can be seen that the majority (61.69%) has not someone in the family or close circle of friends was in a situation similar to Joan. Among the observed results we can conclude that the nurses of the Estratégia Saúde da Família and the Municipal Health Unit are still not able to identify a mental disorder, particularly depression that was the case addressed in this study and there is still a lack of training for this area of nursing.

KEYWORDS: Depression; Literacy; Mental health; Nursing;

RESUMEN

La incidencia de personas que padecen algún tipo de trastorno psicosocial ha ido creciendo progresivamente en la población mundial. Las pérdidas generadas por estos trastornos afectan a varios aspectos de la vida del individuo. En este sentido, se sabe que la enfermera es el jugador clave en el desencadenamiento de las acciones de atención colectiva en la salud familiar, porque propone, organiza, desarrolla y evalúa este tipo de acciones (Fortuna et al, 2011), y el testimonio más de cerca y la propiedad la realidad en la que viven estas familias. La Salud Mental Alfabetización se configura y se integra múltiples componentes, tales como la capacidad de reconocer tipos específicos o diferentes de los trastornos de estrés psicológicos; conocimientos y creencias sobre las causas y los factores de riesgo; el conocimiento y las creencias acerca de las actividades de autoayuda; conocimientos y creencias sobre la ayuda profesional disponible y adecuada; las actitudes facilitadoras de la búsqueda de ayuda y también el conocimiento de cómo y dónde buscar información sobre la salud mental (Jorm, 2000). Por lo tanto, vemos la necesidad de que los profesionales de enfermería a los conocimientos apropiados relacionados con la salud mental para que sepan cómo identificar, ruta y resolver los problemas que se presentan a ellos. Teniendo en cuenta lo anterior, este estudio tiene como objetivo identificar el perfil y caracterizar el conocimiento sobre la salud mental, específicamente con los trastornos depresivos entre las enfermeras que trabajan en el ámbito de la Atención Primaria y Salud de la Familia en la ciudad de Belém-PA. Se trata de un estudio cuantitativo en el que se aplicó el cuestionario QualisMental que fue adaptado de acuerdo con los objetivos de este estudio. La muestra estuvo constituida por las enfermeras que trabajan en el Programa de Estrategias de Salud Familiar (n = 76; 49,09%) y las enfermeras que trabajan en Unidades de Salud Municipal de la ciudad de Belém-PA (n = 77; 50,91%) . Además de las técnicas de muestreo se utilizó técnicas estadísticas exploratoria de análisis de datos para investigar las respuestas de los participantes 154enfermeiros. El resultado mostró que la mayoría de los encuestados son mujeres (94,81%) tiene Licenciatura en Enfermería y son expertos (59,09%). En cuanto a la alfabetización en los resultados de salud mental fueron: Entre las alternativas, la mayoría cree que Joan tiene problemas psicológicos (19,48%); todas las enfermeras respondieron que "hacer una cita en médico de atención primaria con su conocimiento" (100.00%) es importante para ayudar a Joan. Entre las personas y los profesionales de la salud que podrían ayudar a Joan, podemos observar como el psicólogo más prevalente (100.00%); no había duda de si las enfermeras podrían ayudar (85.06%); la mayoría de las enfermeras están de acuerdo en que las vitaminas (50,64%) es uno de droga / del producto que puede ayudar a Joan, que tenía más preguntas o no puede responder si los antidepresivos y pastillas para dormir podría ayudar a Joan; hacer ejercicio físico es bueno para la salud (85.06%) y la formación práctica de la relajación (85.06%); mayoría estaría de acuerdo con que no usan drogas (100.00%) y la mejor manera de prevenir el desarrollo de una situación como la de Joan está lejos de ella (100.00%); La mayoría coincide en que las personas: Creen que Joan quería, podría salir de esta situación por sí sola (66,24%); La mayoría coincide en que esté disponible en: Ir a la casa de Joana (83,77%) y trabajando en un proyecto o grupo con Joana (59,74%) y se puede ver que la mayoría (61,69%) no lo hizo tener a alguien en el círculo de amigos de la familia o cercano se encontraba en una situación similar a la de Joan. Entre los resultados observados se puede concluir que las enfermeras de la Estrategia Salud de la Familia y la Unidad Municipal de Salud Belém-PA aún no son capaces de identificar un trastorno mental, especialmente depresión que era el caso abordado en este trabajo y todavía hay una escasez de entrenamiento para esta área de la enfermería.

PALABRAS CLAVE: Enfermería; Depresión; Literacia; Salud Mental

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Aspectos de potencial intervenção na estrutura da Literacia em saúde	21
Figura 2: Modelo conceitual da Literacia em saúde	23
Figura 3 – Mapa da distribuição dos Distritos Administrativos de Belém-PA	37
Figura 4: Sexo dos Entrevistados	50
Figura 5: Faixa Etária dos Entrevistados	51
Figura 6: Formação dos Entrevistados	51
Figura 7: Acontecido com Joana	53
Figura 8: Família ou Círculo de Amigos em Situação Similar à da Joana	60
Figura 9: Família ou Círculo de Amigos em Situação Similar à da Joana que recebeu ajuda ou tratamento especializado	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Diferenciação dos tipos de depressão	33
Tabela 2 – Quantidade de Enfermeiros que atuam no Programa Estratégias Saúde da Família do Município de Belém, por Bairro e Distrito Administrativo, em 2014	37
Tabela 3 – Quantidade de Enfermeiros que atuam nas Unidades Municipais de Saúde do Município de Belém, por Bairro e Distrito Administrativo, em 2014	39
Tabela 4 – Peso Amostral por Distrito Administrativo a partir da Quantidade de Enfermeiros que atuam no Programa Estratégias Saúde da Família do Município de Belém, em 2014.....	40
Tabela 5 – Peso Amostral por Distrito Administrativo a partir da Quantidade de Enfermeiros que atuam nas Unidades Municipais de Saúde do Município de Belém, em 2014.....	41
Tabela 6 – Amostra por Distrito Administrativo a partir do Peso Amostral para Quantidade de Enfermeiros que atuam no Programa Estratégias Saúde da Família do Município de Belém, em 2014	43
Tabela 7 – Amostra por Distrito Administrativo a partir do Peso Amostral para Quantidade de Enfermeiros que atuam nas Unidades Municipais de Saúde do Município de Belém, em 2014	44
Tabela 8 – Possibilidades de Ajuda para Joana	54
Tabela 9 – Pessoas e profissionais de saúde que poderão ajudar Joana	55
Tabela 10 – Medicamentos/Produtos que poderão ajudar Joana	55
Tabela 11 – Atividades que Poderão ajudar Joana	56
Tabela 12 – Atividades/Atitudes para Reduzir o Risco de Desenvolver uma Situação como a de Joana	57
Tabela 13 – Análise de Cenários sobre a Situação de Joana	58
Tabela 14 – Análise de Cenários sobre o que Pensam as Pessoas	59
Tabela 15 – Disponibilidade das Pessoas	60

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	19
2.1 LITERACIA EM SAÚDE.....	19
2.2 LITERACIA EM SAÚDE MENTAL.....	24
2.3 HISTÓRICO DA ATENÇÃO BÁSICA E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	26
2.4 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL	28
2.5 TRANSTORNOS DEPRESSIVOS	31
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	35
3.1 TIPO DE ESTUDO	35
3.2 AMOSTRAGEM	35
3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	46
3.4.....	PROC
EDIMENTO DE ANÁLISE.....	46
3.4.1 Técnicas Estatísticas	46
3.4.2 Análise Exploratória de Dados	47
3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA	47
3.6 RISCOS E BENEFÍCIOS.....	48
4 RESULTADOS E ANÁLISES DOS DADOS	50
4.1 PERFIL DOS ENFERMEIROS(AS)	50
4.1.1 Quanto ao gênero, idade e formação	50
4.2 LITERACIA DOS ENFERMEIROS(AS) NA SAÚDE MENTAL.....	52
4.2.1 Reconhecimento dos enfermeiros(as) sobre o transtorno de Joana	53
4.2.2 Reconhecimento das possibilidades de ajuda	53
4.2.3 Reconhecimento da necessidade da equipe multiprofissional para ajudar Joana	54
4.2.4 Reconhecimento dos enfermeiros quanto ao tratamento de Joana	55
4.2.5 Reconhecimento das atividades que poderão ajudar Joana e/ou reduzir o risco de desenvolver uma situação como a dela	56
4.2.6 Reconhecimento do cenário da situação de Joana	58

4.2.7 Disponibilidade das pessoas em ajudar Joana	59
4.2.8 Reconhecimento de pessoas que possam ter tido o mesmo problema que Joana em seu entorno e que tenham recebido tratamento com especialistas	60
5. DISCUSSÃO DOS DADOS.....	62
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS.....	75
APÊNDICE	85
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	86
ANEXOS.....	88
ANEXO A – QUESTIONÁRIO QUALISMENTAL	89
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	97

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A incidência de pessoas que sofrem algum tipo de transtorno psicossocial vem crescendo progressivamente na população mundial. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, aproximadamente, 450 milhões de pessoas sofram de algum transtorno psicossocial no mundo, e que uma em cada quatro pessoas será afetada por uma doença psiquiátrica em algum estágio de suas vidas (ROSENTHAL & SUNDDRAM, 2002).

A saúde mental, a saúde física e a social constituem fios de vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. À medida que cresce a compreensão desse relacionamento, torna-se cada vez mais evidente que a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos, sociedades e países (OMS, 2001).

O Ministério da Saúde (2008) afirma que os transtornos psicossociais se dividem em três grandes grupos: transtornos mentais graves e persistentes; transtornos psiquiátricos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; transtornos depressivos, ansiosos e alimentares. Nesse contexto, 3% da população geral sofrem com transtornos psicossociais severos e persistentes; mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual (BRASIL, 2008).

Conforme dados do Ministério da Saúde, em 2010 o acesso à atenção em saúde mental aumentou, chegando a 63% de cobertura, com forte participação da atenção básica e de ações inter-setoriais como inclusão social pelo trabalho, assistência social e promoção de direitos. Cerca de 16.000 leitos com baixa qualidade assistencial foram fechados de forma pactuada e programada. Os hospitais psiquiátricos ficaram menores, e 44% dos leitos de psiquiatria estão situados em hospitais de pequeno porte (BRASIL, 2010).

Os prejuízos gerados pelo transtorno psicossocial atingem vários aspectos da vida do indivíduo. Além do sofrimento psíquico e somático, ocorre o isolamento social, discriminação, estigma, além da interrupção nas atividades diárias. Neste sentido, Funk e Saraceno (2004), afirmam que esses transtornos envolvem não apenas o setor saúde, mas necessariamente vários setores da sociedade como a educação, emprego, justiça, assistência social, entre outros. É importante que exista um engajamento e um esforço conjunto entre o Estado, associações de portadores de transtornos psicossociais, familiares e sociedade civil organizada, no sentido de desenvolver diretrizes específicas e serviços de saúde nesta área.

As pessoas que sofrem de algum transtorno psicossocial, além do sofrimento e falta de cuidados, vivenciam o estigma, a vergonha, além de exclusão social (WAIDMAN et al.,

2012). As autoras referem ainda que essa realidade está intimamente relacionada com o serviço de saúde e, sobretudo, com a Atenção Básica e, no Brasil, de forma particular, com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois esta é a principal porta de entrada das pessoas que buscam atendimento para suas necessidades de saúde.

Nesta modalidade de assistência, Dalla Vecchia & Martins (2009), revelam que a atenção no âmbito da saúde mental, inclui não apenas a assistência a pessoas em sofrimento psíquico ou com transtornos psicossociais já instalados, mas também o desenvolvimento de ações preventivas e de detecção precoce, que envolvem a pessoa e sua família.

Nesse sentido, sabemos que o profissional enfermeiro é ator importante no desencadeamento das ações de cuidado coletivo na saúde da família, pois propõe, organiza, desenvolve e avalia tais ações (FORTUNA et al, 2011), além de presenciar com maior proximidade e propriedade a realidade nas quais vivem estas famílias. Isto demanda muita dedicação e esforço destes profissionais, pois se trata da incorporação de novas concepções de trabalho na atenção Básica, focado na família no contexto da ESF, tornando-o um desafio para prática diária (POLARO, GONÇALVES e ALVAREZ, 2013).

Para tanto, é fundamental que os profissionais de saúde tenham um olhar para além de do modelo biomédico de assistência e sejam educadores em saúde, em especial na saúde mental, já que é uma área que percebemos grandes estigmas. Isso contribuirá para uma mudança nas concepções de familiares de portadores de transtorno psicossocial, bem como a população em geral. Vários estudos estão sendo produzidos com intuito de potencializar a implantação das políticas públicas em prol da promoção da saúde em saúde mental. Amarante (2007) acrescenta que a promoção em saúde mental compõe um avanço na área, na interação social e nas transformações territoriais, o que proporcionará uma personificação na construção de novos modos de lidar com o sofrimento mental.

O profissional enfermeiro, dada às características de sua formação pode perceber melhor a pessoa na sua integralidade, o que favorece uma atuação diferenciada no âmbito da saúde / transtorno psicossocial, mesmo quando esta formação não é específica nesta área. Sendo assim, faz uso de habilidades e conhecimento científico para compreender, acolher e apoiar as pessoas com transtorno psicossocial e sua família (WAIDMAN et al., 2012).

No entanto, entendemos que certos limites ainda não foram ultrapassados quando se fala de atendimento em saúde mental nos diferentes níveis de complexidade em saúde. E se tratando de atenção primária, espaço de aproximação entre usuários e profissionais, conforme preconiza o Ministério da Saúde, nota-se que a realidade não é condizente com o avanço da

atual política de saúde mental e conseqüentemente com os dispositivos estratégicos de reorganização da rede de atenção em saúde mental.

Atender pessoas com transtornos psicossociais e suas famílias é uma ação primordial da atenção Básica e, particularmente na ESF da qual não podemos nos isentar, afinal a aproximação da unidade de saúde da família aumenta a capacidade de mudanças dos problemas de saúde local, dentre eles os de saúde mental. Considerando as mudanças que vem ocorrendo desde o primeiro movimento de reforma psiquiátrica, talvez estejamos diante de um desafio no que diz respeito à articulação do sistema de saúde que, de acordo com Oliveira et al. (2009), trata-se da falta de profissionais capacitados, a ausência de grupos de apoio (pastorais, comunidades de bairro, grupos terapêuticos), além das dificuldades dos usuários em encontrar na rede básica a assistência em saúde mental.

A autora acima refere ainda que alguns estudos mostram que o nível de informação das equipes da Atenção Básica, bem como das ESF's acerca de assuntos relativos à saúde mental ainda é baixo. Nessa mesma consequência, na maioria das vezes, estas equipes não estão capacitadas para atender a demanda de saúde mental, atribuindo esse papel a psiquiatras e psicólogos. Muitas vezes, nota-se uma forte tendência ao modelo biomédico/hospitalocêntrico, no qual o foco da atenção é a doença e não o sujeito como um todo, bem como um forte estigma em relação à pessoa com transtorno psicossocial (CAÇAPAVA & COLVEIRO, 2008).

Assim, percebe-se a necessidade dos profissionais enfermeiros apropriarem-se de saberes relacionados à saúde mental para que estes saibam identificar, encaminhar e resolver os problemas que se apresentarem à eles. Portanto, torna-se imprescindível que estes profissionais participem de capacitações constantes onde seus conhecimentos sejam ampliados para que, essa dinâmica diária de lidar com pessoas portadores de transtorno psicossocial seja transformado e o atendimento seja no sentido de melhorar a qualidade de vida da população.

A capacitação das Equipes da Atenção Básica e da ESF na Saúde Mental constitui o ponto de partida para a reinvenção da prática em saúde, do exercício profissional a partir de uma nova abordagem do processo saúde-doença, com enfoque na saúde da família, tomando-a parceira no tratamento e na construção de redes de apoio e integração (OLIVEIRA et al, 2009).

Na época presente, os conhecimentos em saúde fazem de um conceito mais abrangente, atualmente referido como literacia em saúde que, em conformidade com a UNESCO:

Literacia é a capacidade para identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e usar as novas tecnologias, de acordo com os diversos contextos. A literacia envolve um processo contínuo de aprendizagem que capacita o indivíduo a alcançar os seus objetivos, a desenvolver os seus potenciais e o seu conhecimento, de modo a poder participar de forma completa na sociedade. (UNESCO, 2009).

Deste modo, Seligman e colaboradores (2005) referem a existência de dificuldades por parte dos profissionais de saúde no reconhecimento de baixos níveis de literacia em saúde nos pacientes, não sendo assim capazes de adequar a sua linguagem ao nível de literacia que se lhes é apresentado. Existe ainda uma grande dificuldade dos médicos em compreender o estado de saúde dos seus doentes com exatidão, visto que estes últimos também não conseguem exprimir-se da melhor maneira, o que acaba por resultar no estabelecimento de um diagnóstico menos preciso (SANTOS, 2010).

Existem limitados recursos para profissionais de saúde que procuram uma orientação específica sobre como abordar as questões da literacia em saúde no seu próprio trabalho e, organizacionalmente, como integrar esse tema transversal na filosofia de funcionamento, políticas e procedimentos do seu contexto clínico para melhorar a comunicação técnica com os pacientes e ajuda-los a uma melhor auto-gestão da sua condição clínica (BARRETT & PURYEAR, 2006).

Diante do exposto, visando responder a problemática apresentada neste estudo, elaboramos questões que nortearão nossa pesquisa. Perguntamos: Os enfermeiros da Atenção Básica e da ESF do Município de Belém-PA tem literacia em saúde mental suficiente para atender pessoas com transtornos psicossociais?

Baseados nestas perspectivas, traçamos o seguinte objetivo para o nosso estudo: **Identificar o perfil e caracterizar a literacia em saúde mental, especificamente aos transtornos depressivos, dos enfermeiros que atuam no contexto da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família no Município de Belém-PA.**

2. REVISÃO DE LITERATURA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura que utilizará como fundamento publicações que trazem contribuições relevantes à temática em estudo.

A revisão narrativa da literatura consiste na apresentação de novas informações ao proporcionar conhecimentos atuais sobre o tema explorado ou enfatizar lacunas no corpo de pesquisas, e assim instigar pesquisadores a melhorar a base de dados científicos (POLIT & BECK, 2011).

As publicações utilizadas neste estudo constam de manuais, artigos científicos e livros, compreendidos dos anos de 2003 a 2013. As publicações utilizadas fora deste período foram selecionadas pela sua importância e contribuição para o estudo. Dessa forma, desenvolvemos quatro sub-temas que serão expostos a seguir, sendo eles: *Literacia, Literacia em Saúde Mental, Histórico da Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família, Política Nacional de saúde Mental e os Transtornos depressivos*.

2.1. LITERACIA

O termo literacia, no dicionário de língua portuguesa, está referido como qualidade ou condição de quem é letrado (HOUAISS, 2013). Porém, este conceito é usado atualmente não só para fazer referência à capacidade de ler, escrever ou ainda referir-se aquele que possui profundo conhecimento, mas também para descrever o conhecimento e/ou competências da pessoa relativamente a um campo ou assunto específico.

Por sua vez, o termo literacia em saúde foi usado pela primeira vez na década de setenta, a partir daí iniciou a relação entre a literacia e a saúde. Este conceito tem sido analisado por vários autores e há indicações de que governos e organizações internacionais estão cada vez mais atentos à literacia em saúde como um fator capaz de garantir igualdade na acessibilidade aos cuidados de saúde e também como um direito dos cidadãos (LOUREIRO *et al.*, 2012).

De acordo com Selden et al. (2000, p.06), a literacia em saúde pode ser definida como “a medida em que os indivíduos têm capacidade para obter, processar e entender informação básica em saúde e serviços disponíveis para tomar decisões de saúde apropriadas”. Neste âmbito, a literacia abrange diferentes domínios do saber e áreas de atuação profissional, tais como Enfermagem, Serviço Social, Medicina, Psicologia, Sociologia (KICKBUSCH,

MAAGG e SAAN, 2005), que tendo implícito diferentes preocupações, compromissos e modelos de intervenção nas suas práticas profissionais, lhe configuram diferentes modos de aplicação.

A clareza deste conceito nem sempre foi consensual. O termo literacia em saúde foi primeiramente utilizado em 1974 em um relatório acerca dos *standards* mínimos de educação para a saúde necessários no ensino secundário americano (MANCUSO, 2009).

O Departamento Americano de Saúde e Serviços Humanos define literacia em saúde como o grau com que as pessoas têm a capacidade para obter, processar e perceber informações básicas de saúde necessária para a tomada de decisão em relação a sua própria saúde (US Departamento of Health and Human Service, em *Healthy People*, 2010).

Nutbeam (2008) considera diferentes interpretações do conceito literacia em saúde, nomeadamente, que a baixa literacia em saúde pode ser vista como um fator de risco, visto que, a partir do maior entendimento das pessoas em relação ao seu estado de saúde, tem levado à criação de um conjunto de ações, nomeadamente na prática clínica. Estas ações procuram suavizar o efeito negativo da baixa literacia em saúde através da melhoria da comunicação e da organização de serviços, portanto a baixa literacia em saúde é encarada, também, como um fator decisivo para a saúde e tomada de decisões relacionadas com os aspetos clínicos (FERNANDES, 2012).

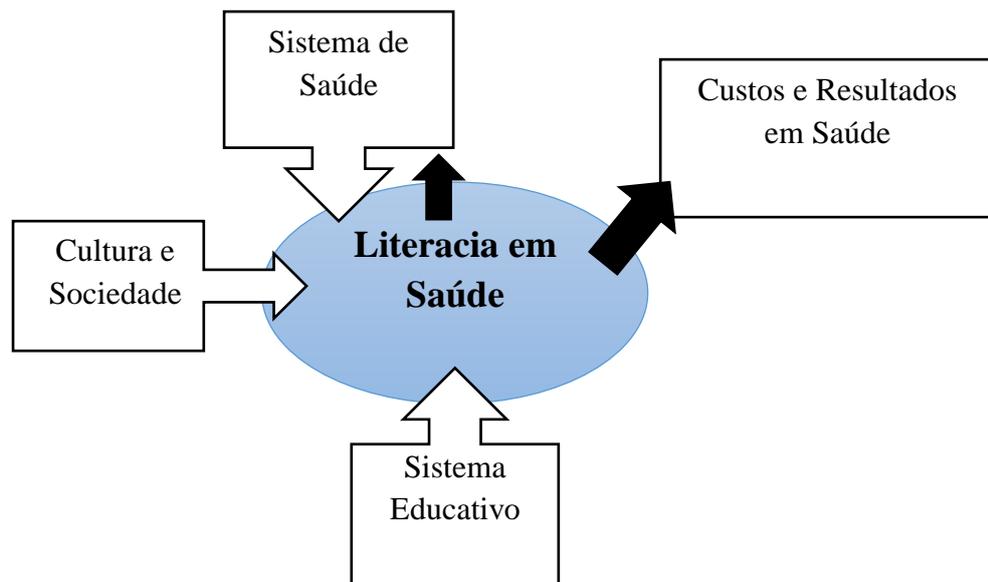
A literacia em saúde deve também ser encarada, tendo em consideração o papel da educação e da comunicação no desenvolvimento de competências de ação em saúde, como um “bem” ou uma mais-valia que um indivíduo possui e está baseada na pesquisa educacional e promoção da saúde constituindo um aspecto de valor como resultado da educação para a saúde (NUTBEAM, 2008).

Conforme Santos (2010), através de políticas de educação para a saúde, quer sejam aplicadas a crianças, adolescentes, adultos ou idosos, pretende-se aumentar a possibilidade das pessoas se envolverem em comportamentos de saúde, adotando atitudes e estilos de vida saudáveis. Sabendo-se que o conhecimento relacionado com aspetos de saúde, a literacia em saúde, não é uma condição suficiente para a mudança comportamental, ainda assim este tipo de conhecimento seja entendido como uma condição necessária para que esta mudança ocorra (SANTOS, 2010).

Portanto, a literacia em saúde resulta assim de uma convergência entre educação, serviços de saúde, fatores sociais e culturais (FREEDMAN, 2009). Deste modo, o conceito de literacia em saúde consiste em múltiplos determinantes individuais e populacionais (MANCUSO, 2009).

Nielsen-Bohlman, Panzer e Kindig (2004), afirma que é necessário incorporar os sistemas presentes no cotidiano das pessoas e que intervêm com a Literacia. Portanto, apresenta uma proposta dos aspectos de potencial intervenção na estrutura da Literacia em saúde, nomeadamente o cultural (sociedade), o educacional e o de saúde. Baseado nestes conceitos, é essencial estabelecer estratégias de intervenção no domínio da saúde mental, conforme a figura 1 abaixo:

Figura 1: Aspectos de potencial intervenção na estrutura da Literacia em saúde.



Fonte: Nielsen-Bohlman, Panzer e Kindig (2004)

Entre os antecedentes da literacia em saúde encontram-se a própria literacia da pessoa, o uso de informações impressas e escritas para o funcionamento em sociedade, com vista ao alcance de objetivos e ao desenvolvimento do conhecimento (SPEROS, 2005). Esta inclui as competências meta-cognitivas associadas à leitura, compreensão e numérica.

Além da literacia, uma experiência anterior com a doença e com o sistema de saúde ou a exposição à linguagem e vocabulário médicos são necessários para o desenvolvimento de uma literacia em saúde adequadas, aqui descrito como uma experiência relacionada com a saúde, devendo haver também algum contexto lógico de informações de saúde, dentro do quadro cognitivo do indivíduo (SPEROS, 2005).

Portanto, a literacia em saúde vem ser a capacidade que os pacientes têm de comunicar com os profissionais de saúde, ler e seguir as informações médica, tomar decisões acerca de

tratamentos e decidir quando, além de saber como e quando procurar ajuda médica. Conforme Monteiro (2009), a literacia em saúde inclui a capacidade para compreender instruções e prescrições de medicamentos, folhetos médicos, consentimento informado e a capacidade para negociar sistemas de saúde, designadamente seguros de saúde. Assim, a literacia em saúde não é somente a capacidade para ler. Requer um grupo complexo de capacidades de leitura, escuta e saber tomar decisões e a capacidade de aplicar essas competências em situações de saúde.

Portanto, partindo de uma análise conceitual do que foi produzido sobre Literacia, Mancuso (2008) sugere um modelo que engloba de forma sistematizada aqueles que são os antecedentes, definidos pelo autor enquanto competências, os atributos e as consequências individuais e sociais, tendo como pano de fundo a relação indivíduo-sociedade.

A ênfase ao conceito de competências (antecedentes) é entendida como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que implicam que o indivíduo perante uma situação seja capaz de mobilizar conhecimentos e recursos de modo adequado, dando uma resposta ajustada à situação (LOUREIRO et al., 2014a). Os autores ainda afirmam que os atributos da Literacia em saúde são: capacidade, compreensão e comunicação, estão integrados e são precedidos pelas aptidões, estratégias e capacidades firmadas dentro das competências necessárias para atingir a literacia em saúde, conforme figura 2 a seguir:

Figura 2: Modelo conceitual da Literacia em saúde.



Fonte: Loureiro (2014a), adaptado de Manusco (2008).

Loureiro (2014) salienta a capacidade (ou aptidão), a compreensão e a comunicação. A capacidade refere-se não só aquilo que é inato, mas as competências adquiridas, mediadas pela educação e afetadas pela cultura e que resultam ou são adquiridas através do processo de aprendizagem. Na compreensão (lógica, linguagem e experiência) aponta para conjugação de fatores de diversa ordem que permitem uma interpretação e entendimento da imensa informação existente e disponibilizada (ex: matérias de educação em saúde, bulas de medicamentos, formulários de consentimento, etc.). E o atributo da comunicação reporta para uma troca (mensagens, pensamentos, informação) que deve promover a compreensão, a escuta e a observação crítica, ainda que no domínio da saúde, a comunicação se destina, sobretudo, a informar e influenciar as decisões relativas a melhoria da saúde.

2.2 LITERACIA EM SAÚDE MENTAL

No tocante à literacia em saúde mental, o seu conceito é recente e foi utilizado pela primeira vez, no ano de 1997, por Anthony Jorm, professor da University of Melbourne, Austrália, referindo-se ao conhecimento e crenças acerca das perturbações mentais, incluindo o seu reconhecimento, gestão e prevenção. Nesse sentido, a Literacia em Saúde Mental configura-se e integra vários componentes, como: a capacidade de reconhecer perturbações específicas ou diferentes tipos de estresse psicológico; o conhecimento e crenças acerca das causas e fatores de risco; o conhecimento e crenças sobre atividades de auto-ajuda; o conhecimento e crenças acerca da ajuda profissional disponível e adequada; as atitudes facilitadoras da procura de ajuda e ainda o conhecimento sobre como e onde procurar informação sobre a Saúde Mental (JORM, 2000).

Com base na definição de literacia em saúde de Nutbeam, Jorm et al, (1997) estes introduziram o conceito de literacia em saúde mental na análise de vários fatores relacionados com a saúde mental, o que demonstrou estar na continuidade com o conceito de literacia em saúde que refere-se ao “conhecimento e crenças acerca das perturbações mentais incluindo o seu reconhecimento, gestão e prevenção” (JORM *et al.*, 1997).

Este conhecimento está relacionado com a ação da própria pessoa, em benefício da sua saúde. Na perspectiva de Jorm (2000), a pessoa afetada pelos sintomas é vista como o agente principal da gestão da sua doença, contudo muitos indivíduos do público em geral não conseguem reconhecer corretamente as perturbações mentais e não conhecem o significado de alguns termos psiquiátricos.

As pessoas com um nível de literacia em saúde insuficiente, ou reduzido, relatam maiores limitações nas atividades de vida diárias e uma saúde física e mental inferior (WOLF, GAZMARARIAN e BAKER, 2005), confirmando a relação que existe entre todas estas vertentes. A literacia em saúde mental surge como um fator a considerar no amplo espectro da literacia em saúde dada a prevalência destas perturbações, de acordo com estudo realizado no mundo, onde estima-se que os transtornos mentais atingem cerca de 700 milhões de pessoas no mundo, representando 13% do total de todas as doenças. E no Brasil, 23 milhões de pessoas (12% da população) necessitam de algum atendimento em saúde mental. Pelo menos 5 milhões de brasileiros (3% da população) sofrem com transtornos mentais graves e persistentes (BROMET, et al. 2011). No entanto, percebe-se que há uma escassez de investigação de qualidade nesta área, sendo premente a inclusão da Literacia em Saúde

Mental nos programas de intervenção direcionados para a promoção da saúde mental (PEDREIRO, LOUREIRO e CORREIA, 2011).

A promoção da saúde das pessoas é uma preocupação universal e a promoção da saúde mental é sustentada pelo entendimento do que constitui a saúde mental. Keleher e Armstrong (2005, p. 13) definem a promoção da saúde mental como:

“Um contributo para a promoção da saúde em geral, intervindo de forma a assegurar as condições sociais necessárias ao desenvolvimento de um ambiente positivo que favoreça uma boa saúde mental e o bem-estar das populações, comunidades e indivíduos”.

É desejável que se desenvolvam estratégias para melhorar a saúde mental, para prevenir os transtornos mentais e para reduzir os danos que lhes estão frequentemente associados. Pois o reconhecimento precoce das doenças mentais e a procura de ajuda apropriada devem ser fatores a considerar na promoção da saúde mental uma vez que a procura de ajuda só acontecerá se as pessoas conhecerem as primeiras alterações provocadas por estas perturbações (reconhecimento dos sinais), os tipos de ajuda disponíveis e como procurá-los (KELLY, JORM e WRIGTH, 2007).

As falhas ou défices no reconhecimento dos transtornos psicossociais, da procura de ajuda profissional e dos tratamentos apropriados são algumas das principais preocupações de quem estuda a literacia em saúde mental (Kelly, Jorm e Wright, 2007).

Estudos revelam que níveis reduzidos de literacia em saúde mental em suas diferentes psicopatologias, surgem associados a algumas barreiras encontradas pela pessoa com transtorno psicossocial quando vai à procura de ajuda profissional e este está ausente do serviço, ou adia as consultas. Estes fatores podem levar a algumas consequências, sendo uma delas agravamento dos sintomas, e a possível evolução para situações de dependência (REAVLEY et al., 2010).

Apesar dos níveis elevados ou reduzidos de literacia em saúde mental, o estigma, o preconceito e a discriminação social relacionado às pessoas com transtornos mentais parece ser uma constante em todas as sociedades, relacionando-se com a literacia em saúde mental porque pode ser considerado um entrave ao reconhecimento das doenças e à procura de ajuda (LOUREIRO, DIAS e ARAGÃO, 2008).

A falta de esclarecimento e conhecimento das populações sobre as perturbações mentais, como foi referido anteriormente, é um fator concorrente para a rejeição, preconceito, discriminação e exclusão social de pessoas que têm este tipo de doença (LOUREIRO, DIAS e

ARAGÃO, 2008). De fato, as pessoas que vivem com doenças crônicas, como é o caso das doenças mentais, estão enquadradas nas populações consideradas mais vulneráveis, ou expostas ao risco de sofrer por exclusão social (KELEHER & ARMSTRONG, 2005).

2.3. HISTÓRICO DA ATENÇÃO BÁSICA E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Desde a Conferência de Alma-Ata, em 1978, diversos autores vêm propondo definições sobre a Atenção Primária à Saúde (APS). A APS Renovada (OPAS, 2005), conforme a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) deve constituir a base dos sistemas nacionais de saúde por ser a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e maior equidade no estado de saúde da população.

Historicamente, a idéia de atenção primária foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. Esse documento do governo inglês procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e por outro, constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade (MATTA e MOROSINI, 2009).

O referido relatório organizava o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos por médicos com formação em clínica geral. Conforme Mendes, (2002), os casos que o médico não tivesse condições de solucionar com os recursos disponíveis nesse âmbito da atenção deveriam ser encaminhados para os centros de atenção secundária, onde haveria especialistas das mais diversas áreas, ou então, para os hospitais, quando existisse indicação de internação ou cirurgia. Essa organização caracteriza-se pela hierarquização dos níveis de atenção à saúde.

Esta concepção de hierarquização dos níveis de atenção à saúde foi elaborada pelo governo inglês e influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, definindo duas características básicas da Atenção Primária à Saúde (APS). A primeira seria a regionalização, ou seja, os serviços de saúde devem estar organizados de forma a atender as

diversas regiões nacionais, através da sua distribuição a partir de bases populacionais, bem como devem identificar as necessidades de saúde de cada região. A segunda característica é a integralidade, que fortalece a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas (STARFIELD, 2004).

A APS pode ser definida como: um conjunto de valores – direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade – um conjunto de princípios – responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social, entre outros – e como um conjunto indissociável de elementos estruturantes – atributos – do sistema de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2004).

Atualmente, a principal estratégia de configuração da APS no Brasil é a saúde da família que tem recebido importantes incentivos financeiros visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes de saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente o contexto do SUS (BRASIL, 2006).

A estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 2006).

A avaliação de uma estratégia da magnitude da ESF é uma tarefa que exige a participação de diversas instituições e profissionais em um esforço coletivo contínuo e perseverante. Devido à amplitude própria da Atenção Primária à Saúde, uma proposta específica de avaliação costuma se restringir a uma de suas tantas perspectivas.

Assim, identificar, dentro do cenário de heterogeneidade que caracteriza a ESF, o grau de orientação à APS de cada serviço de saúde ou equipe da ESF avaliados, permite a produção rigorosa de conhecimento sobre sua efetividade, evitando a utilização da ESF como uma categoria geral de análise (MATTA & MOROSINI, 2009).

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família (BRASIL, 2006).

2.4 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

O desenvolvimento da ESF nos últimos anos marca um progresso indiscutível da política do SUS. Atendendo ao compromisso da integralidade da atenção à saúde, o Programa Saúde da Família (PSF), criado na década de 90, vem investindo na promoção da saúde da população e na prevenção de doenças, alcançando resultados importantes para a saúde coletiva (RUFINO, 2009).

Estruturado em equipes de Atenção Básica, a cobertura do Programa já alcança todo o país. O campo de intervenção de cada Equipe de Atenção Básica é sempre composto pelas pessoas, famílias e suas relações com a comunidade e com o meio ambiente. A realidade destas equipes de Atenção Básica vem demonstrando que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de saúde mental (BRASIL, 2005).

A proximidade dos profissionais com famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico (BRASIL, 2003). Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis.

Consoante a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental em 2005, pode-se dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica.

Contudo, nem sempre a Atenção Básica apresenta condições para dar conta desta importante tarefa. Por esta razão, o Ministério da Saúde vem estimulando ativamente, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da Atenção Básica, diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais frequentes de saúde mental. Afinal, de acordo com o Ministério da Saúde (2003), grande parte das pessoas com transtornos psicossociais leves ou severos está sendo efetivamente atendida pelas equipes de Atenção Básica nos grandes e pequenos municípios. Assumir este compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção de equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo.

Para o amparo e proteção das pessoas com transtornos psicossociais foi promulgada a Lei 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psicossociais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, reflete o consenso possível sobre uma lei nacional para a reforma psiquiátrica no Brasil, redireciona o modelo da assistência psiquiátrica, regulamenta cuidado especial com as pessoas internadas por longos anos e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária e desnecessária.

Com esta Lei houve uma conquista de uma luta social que durou 12 anos, o que proporcionou uma ampla mudança no atendimento público em saúde mental, garantindo o acesso da população aos serviços especializados. Teve como objetivo reduzir de forma pactuada e programada os leitos psiquiátricos de baixa qualidade; qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais; incluir as ações de saúde mental na atenção básica; implementar uma política de atenção integral voltada a usuários de álcool e outras drogas; manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica; promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado; avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2001).

Em 19 de fevereiro de 2002, foi decretada a Portaria nº336/GM, onde todos os serviços substitutivos que surgiram no País (Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, Residências Terapêuticas, Leitos em Hospitais Gerais, Programa “Volta pra Casa”) foram regulamentados pelo Ministério da Saúde no SUS (Sistema Único de Saúde), reconhecendo a complexidade dos serviços prestados e a amplitude de atuação, tanto no território onde se encontra, quanto na luta pela substituição do modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde mental.

Os CAPS são serviços abertos e comunitários de saúde do SUS, local de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos psicossociais, psicoses, neuroses graves e persistentes e demais quadros que justifiquem sua permanência num dispositivo de atenção diária, personalizado e promotor da vida (BRASIL, 2002).

Assim, o Ministério da Saúde vem construindo nos últimos anos as diretrizes e condições para que nos municípios com menos de 20.000 habitantes (cerca de 70% dos municípios brasileiros, onde residem 18% da população do país) a rede de cuidados em saúde mental estruture-se a partir da Atenção Básica, obedecendo ao modelo de redes de cuidado de base territorial e buscando o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Nestes municípios, pequenas equipes de saúde mental, que podem estar lotadas em ambulatórios (ou CAPS de municípios vizinhos), por exemplo, passam a dar apoio matricial às equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2005).

O apoio matricial é um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Nesse arranjo, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de Atenção Básica. Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação (DIMENSTEIN et al, 2009).

A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutive de problemas de saúde pela equipe local. No caso de municípios maiores, onde estão implantados CAPS ou outros equipamentos da rede de atenção à saúde mental, a lógica do apoio matricial é a mesma: a equipe do CAPS, juntamente com membros das equipes dos outros equipamentos, apoiam as diferentes equipes de Atenção Básica através de ações de supervisão, atendimento conjunto e específico e capacitação. Em todos os cenários, as equipes matriciais de saúde mental e da Atenção Básica compartilham os casos e constroem coletivamente as estratégias para a abordagem de problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e outras drogas, as estratégias para redução de danos, o fomento de ações para a diminuição da segregação pela loucura e combate ao estigma, e o desenvolvimento de ações de mobilização dos recursos comunitários para a reabilitação psicossocial (BRASIL, 2005).

Essas diretrizes, estabelecidas pela articulação entre as políticas de saúde mental e de atenção primária à saúde, visam ampliar e tornar mais eficazes as intervenções dos dois campos. Consoante ao Ministério da Saúde (2005), as experiências das equipes matriciais de

saúde mental estão, no entanto, ainda em construção. Assim, algumas experiências piloto, sobretudo para a atenção em álcool e outras drogas e para o manejo da epilepsia na rede básica têm sido acompanhadas, para possibilitar uma melhor apreensão desta articulação e formulação de estratégias de implementação destas diretrizes em todos os municípios brasileiros. Neste momento, os indicadores de saúde mental já compõem o rol de indicadores das equipes de atenção básica e inicia-se o esforço fundamental de garantir o acesso da população, em especial nos pequenos municípios brasileiros, à atenção em saúde mental.

2.5. TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

A depressão tem alcançado níveis epidemiológicos na faixa de 8 a 12% no mundo e no Brasil, havendo associação direta com mulheres e solteiras (VILLANO & NANHAY, 2011).

No século passado, os idosos apresentavam uma prevalência da psicopatologia de 28,9%, sendo algumas variáveis determinantes para o percentual elevado, como: idade, estado civil, prática religiosa, história migratória e etc (OLIVEIRA, 1993). Já no século atual, observam-se diferenças nos fatores de risco para a doença. De acordo com Conte e Souza (2009), os fatores de risco para a depressão foram o abandono familiar, sedentarismo, doenças físicas e perdas de entes queridos.

Somente no Brasil, 0,4% a 3% das crianças apresentam características da depressão. Os jovens também estão dentro dessa perspectiva, alcançando níveis de 12,4%, com fortes tendências de desenvolver a doença na idade adulta (SCHWAN & RAMIRES, 2011).

Os transtornos depressivos constituem um grupo de patologias com alta e crescente prevalência na população geral. Conforme a Organização Mundial de Saúde, haverá nas próximas duas décadas uma mudança dramática nas necessidades de saúde da população mundial, devido ao fato de que doenças como depressão e cardiopatias estão substituindo os tradicionais problemas das doenças infecciosas e de má nutrição (BAHLS, 2002).

De acordo com Porto (1999), depressão se caracteriza por um estado afetivo de tristeza, podendo desenvolver vários sintomas, síndromes e até doenças.

A depressão consiste em um sentimento que é universalmente experimentado por todos os seres humanos no decorrer de suas vidas. A distinção entre o sentimento depressivo normal e o quadro patológico, que necessita de tratamento médico, é extremamente problemática para pessoas não especializadas em saúde mental. Os critérios de diagnóstico dos distúrbios de humor estão em constante evolução, com atualizações nosológicas agrupadas no Manual de

Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais -DMS-IV (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 1994).

No geral, ainda não se tem certeza sobre as causas possíveis a depressão, além de alguns fatores de risco, tem-se postulado que traumas ou perdas podem aumentar a chance para psicopatologia, além dessas, observa-se também, dificuldade de lidar com estresse, baixa auto-estima ou pessimismo extremo podem ser fatores contributivos, além do álcool e drogas (WFMH, 2016).

No folheto de auto-ajuda inicial publicado em 2012 pela Oficina de Psicologia, os sintomas descritos são:

- Tristeza;
- Ansiedade;
- Aborrecimento/Preocupação;
- Culpa;
- Sensação de não ter valor;
- Irritabilidade;
- Desesperança;
- Alterações repentinas de humor;
- Sensação de que nada nos dá prazer;
- Sensação de distanciamento emocional das pessoas que nos rodeiam;
- Sentir-se só;
- Insatisfação com a vida em geral;
- Sensação de vazio.

Nos manuais psiquiátricos, os sintomas apresentam uma gama de variedades, podendo ser distinguidos entre quadro brandos, severos e isolados. Entretanto, QUINTELLA (2010) atenta, dentro das diretrizes para o diagnóstico da doença, a melancolia como um primeiro elemento problemático para diagnóstico.

De acordo com Romeiro (2003), no diagnóstico de saúde mental observam-se diversos transtornos depressivos, podendo ser distinguidos pela frequência que esses sintomas ocorrem e sua gravidade (Tabela 1).

Tabela 1 – Diferenciação dos tipos de depressão.

Tipo	Características Diagnósticas	Comentários
Reativa ou secundária (exógena)	Perda (eventos vitais adversos) Doença física (infarto do miocárdio, câncer) Drogas e fármacos (álcool, anti-hipertensivos, hormônios) Outros distúrbios psiquiátricos (senilidade)	Mais de 60% de todas as depressões; Síndrome depressiva nuclear: depressão, ansiedade, queixas somáticas, tensão e culpa; Pode responder espontaneamente ou a diversos procedimentos terapêuticos.
Depressão Maior (endógena)	Anedonia; Autônoma (não responde a mudanças na vida) Independência de faixa etária Distúrbio bioquímico de origem genética (histórico familiar)	Cerca de 25% de todas as depressões; Síndrome depressiva nuclear mais sinais vitais: ritmos anormais de sono, atividade motora, libido e apetite; Geralmente responde especificamente a antidepressivos ou eletroconvulsoterapia; Tende a recidivar durante toda a vida.
Afetiva-bipolar (maníaco-depressiva)	Caracterizada por episódios de mania (cíclica) Mania isolada (rara) Depressão isolada (ocasional) Mania-depressão (habitual)	Cerca de 10-15% de todas as depressões; Pode ser erroneamente diagnosticada como endógena se os episódios hipomaníacos passarem despercebidos; Carbonato de lítio estabiliza o humor; A mania pode incluir o uso de antipsicóticos; Depressão tratada com antidepressivos.

FONTE: ROMEIRO et al, 2003

Conforme Barlow e Durand (2008), o transtorno depressivo maior é o reconhecido com mais facilidade, apesar de ser o mais raro pela ausência de episódios maníacos ou hipomaníacos, sendo denominado também episódio único.

O transtorno depressivo maior recorrente ocorre quando dois ou mais episódios depressivos ocorreram entre dois meses, pelo menos, sem a presença do indivíduo deprimido. Já o transtorno distímico é definido como um humor persistente deprimido que apresenta muitos sintomas semelhantes ao transtorno depressivo maior, podendo ser diferenciada pelo curso da doença que pode alcançar níveis estáveis de até 30 anos (BARLOW E DURAND, 2008).

Por fim, quando o indivíduo apresenta tanto episódios depressivos maiores quanto transtorno distímico, essa característica define a depressão dupla que apresenta uma psicopatologia grave, sendo de grande importância o diagnóstico prévio (BARLOW E DURAND, 2008). Na psiquiatria biológica, tem-se achado associação direta entre a depressão e as vias de sinalização celular que regulam a neuroplasticidade e a sobrevivência celular. Esses achados corroboram com possíveis estratégias de fabricação de novos fármacos (PERITO & FORTUNATO, 2012). Entretanto, alguns autores têm pontuado a diferença entre psicopatologia da depressão com a psiquiatria biológica, devendo pontuar-se a outra

abordagem de diagnóstico e um possível tratamento, como a psicanálise (CAVALCANTE et al, 2007).

O tratamento para a depressão deve ser observado de maneira globalizada, enfatizando o ser humano em sua totalidade, além disso, deve-se pontuar suas dimensões biológicas e sócio-familiar. Medicamentos como os sais de lítio, carbamazepina e o tipiramato são utilizados como profiláticos e no tratamento de episódios maníacos, estabilizando o humor, sendo o lítio o de maior eficácia no tratamento da mania aguda (ABREU et al, 2006).

As intervenções psicoterápicas também são uma alternativa para o tratamento. De acordo com Liskow et al (1997) psicoterapia de apoio, psicodinâmica breve, terapia interpessoal, comportamental, cognitiva comportamental, de grupo, de casais e de família, auxiliados com a motivação, ambiente estável e capacidade para insight, são fatores que contribuem para o sucesso psicoterápico.

Romeiro et al (2003) lista, também, diversas estratégias terapêuticas farmacológicas de tratamento para a depressão, são elas:

- Inibidores da Monoamino-oxidase;
- Inibidores da Recaptação de Aminas Biogênicas como Antidepressivos Tricíclicos;
- Inibidores Seletivos da Recaptação de 5-HT;
- Inibidores Duais de 5-HT;
- Atípicos que Agem como Antagonistas de 5-HT e os Inibidores de sua Recaptação.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DO ESTUDO

Este estudo consiste em uma pesquisa quantitativa, de caráter, exploratório, descritivo e inferencial para identificar a literacia em saúde mental dos sujeitos do estudo. Utilizou-se método transversal, onde os dados foram coletados num recorte de tempo apenas, sendo este o segundo semestre de 2014 (DANCEY; REIDY, 2006).

A pesquisa quantitativa, segundo Polit (2011), trata-se, portanto, de um levantamento de informações (variáveis selecionadas para a pesquisa), considerado como um auto-relato estruturado, visto que se constitui da aplicação da técnica de observação indireta por meio da entrevista pessoal com os sujeitos de pesquisa. Este levantamento de informações apresenta uma descrição quantitativa ou numérica de tendências, atitudes ou opiniões de uma população, estruturando-se uma amostra desta população (CRESWELL, 2010).

3.2. AMOSTRAGEM

A amostra desta pesquisa foi extraída da população de enfermeiros que atuam no Programa Estratégias Saúde da Família do município de Belém e nas Unidades Municipais de Saúde do município de Belém. A amostra foi composta por enfermeiros que atuam no Programa Estratégias Saúde da Família ($n = 76$; 49,09%) e enfermeiros que atuam Unidades Municipais de Saúde do município de Belém ($n = 77$; 50,91%).

Procedeu-se o cálculo amostral visando generalizar os resultados obtidos na população alvo. Para tanto se fez necessário uma amostra probabilística, onde cada elemento da população possui a mesma probabilidade de ser selecionado. Somente com base em amostragens probabilísticas é que se podem realizar inferências sobre a população a partir do conhecimento da amostra. Neste estudo os procedimentos de amostragem utilizados foram a Amostragem Aleatória Estratificada e a Amostra Aleatória Simples. Assim atribuiu-se a cada elemento da população um número distinto, em seguida, realizaram-se sucessivos sorteios até se completar o tamanho da amostra (BOLFARINE; BUSSAB, 2005).

Inicialmente foi obtida a população de enfermeiros que atuam no Programa Estratégias Saúde da Família do município de Belém (Tabela 1) e a população de enfermeiros que atuam nas Unidades Municipais de Saúde do município de Belém (Tabela 2), por Bairro e Distrito Administrativo.

O município de Belém (PA) é oficialmente dividido em 71 bairros distribuídos por 8 Distritos Administrativos, por onde a Prefeitura de Belém destina as diretrizes do planejamento para a cidade em geral. Essa divisão está relacionada a incorporação histórica dos bairros à malha urbana de Belém (GUSMÃO, 2013).

Conforme o Art 6º da Lei 7682/94 que dispõe sobre a regionalização administrativa do Município de Belém-PA, delimitando os respectivos espaços territoriais dos distritos administrativos, o Município ficou assim dividido:

I - 1º Distrito Administrativo - Mosqueiro - DAMOS;

II - 2º Distrito Administrativo - Outeiro - DAOUT;

III - 3º Distrito Administrativo - Icoaraci - DAICO;

IV - 4º Distrito Administrativo - Bengui - DABEN;

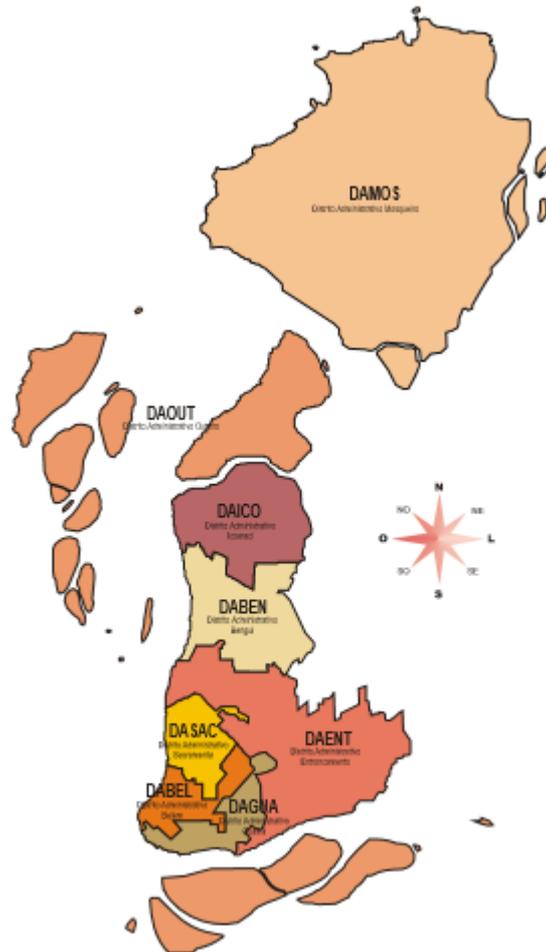
V - 5º Distrito Administrativo - Entroncamento - DAENT;

VI - 6º Distrito Administrativo - Sacramenta - DASAC;

VII - 7º Distrito Administrativo - Belém - DABEL;

VIII - 8º Distrito Administrativo - Guamá – DAGUA”.

(BRASIL, 1994)

Figura 3 – Mapa da distribuição dos Distritos Administrativos de Belém-PA

Base cartográfica: Cadastro Técnico Multifinalitário - PMB

FONTE: Base cartográfica de Belém. Prefeitura Municipal de Belém, 1994.

Tabela 2 – Quantidade de Enfermeiros que atuam no Programa Estratégias Saúde da Família do Município de Belém, por Bairro e Distrito Administrativo, em 2014.

Distrito	Bairro	Quantidade	Total
DAICO	Águas Negras	1	14
	Agulha	3	
	Eduardo Angelin	3	
	Parque Guajará	2	
	Paracuri I	3	
	Paracuri II	1	
	Tenoné	1	
DAMOS	Aeroporto	2	10
	Baia do Sol	1	
	Carananduba	2	
	F. da Marinhas	1	

	Maracajá	2	
	Sucurijuquar	2	
DAOUT	Cotijuba	1	5
	Fama	1	
	Fidélis	1	
	PACS outeiro	2	
DASAC	Barreiro I	2	29
	Barreiro II	2	
	C. da visconde	2	
	Canal do Galo I	2	
	Canal do Galo II	2	
	Canal do Pirajá	4	
	CDP	3	
	Malvinas	2	
	Sacramenta	4	
	São Joaquim	3	
	Telégrafo	1	
	Vila da Barca	2	
	DABEN	Bengui II	
Carmelandia		1	
Cristo redentor		2	
Panorama XXI		2	
Mangueirão		2	
Parque Verde		2	
Pratinha I		2	
Pratinha II		1	
Una		1	
Tapanã I		6	
Tapanã II		2	
DAGUA		Condor	2
	Combú	1	
	Parque Amazônia I	2	
	Parque Amazônia II	2	
	Radional II	2	
	Riacho Doce	2	
	Terra Firme	4	
DAENT	Água Cristal	3	11
	Águas Lindas I	2	
	Águas Lindas II	2	
	Paraíso Verde	2	
	Souza	2	
Total		108	

Legenda: DAICO – Distrito Administrativo de Icoaraci; DAMOS – Distrito Administrativo de Mosqueiro; DAOUT – Distrito

Administrativo de Outeiro; DASAC – Distrito Administrativo da Sacramento; DABEN – Distrito Administrativo do Bengui; DAGUA – Distrito Administrativo do Guamá e DAENT – Distrito Administrativo do Entroncamento.

Tabela 3 – Quantidade de Enfermeiros que atuam nas Unidades Municipais de Saúde do Município de Belém, por Bairro e Distrito Administrativo, em 2014.

Distrito	Bairro	Quantidade	Total
DAICO	Icoaraci	7	18
	Magari	5	
	Outeiro	5	
	Cotijuba	1	
DAMOS	Baia do Sol	1	3
	Carananduba	1	
	Maracajá	1	
DASAC	Fátima	6	22
	Paraíso dos Pássaros	4	
	Sacramento	6	
	Telégrafo	4	
	Vila da Barca	2	
DABEN	Pratinha	2	22
	Cabanagem	4	
	Tapanã	5	
	Bengui I	2	
	Bengui II	2	
	Sideral	2	
	Satélite	5	
DAGUA	Jurunas	5	27
	Condor	5	
	Terra Firme	6	
	Cremação	5	
	Guamá	6	
DAENT	Providencia	3	20
	Águas Lindas	4	
	Curió	2	
	Tavares Bastos	5	
	Marambaia	6	
Total		112	

Legenda: DAICO – Distrito Administrativo de Icoaraci; DAMOS – Distrito Administrativo de Mosqueiro; DAOUT – Distrito Administrativo de Outeiro; DASAC – Distrito Administrativo da Sacramento; DABEN – Distrito Administrativo do Bengui; DAGUA – Distrito Administrativo do Guamá e DAENT – Distrito Administrativo do Entroncamento.

Em seguida foram calculados pesos proporcionalmente as populações, por distrito administrativo, de enfermeiros que atuam no Programa Estratégias Saúde da Família do município de Belém (Tabela 3) e de enfermeiros que atuam Unidades Municipais de Saúde do município de Belém (Tabela 4), a partir de,

$$Peso = \frac{\text{População do Distrito Administrativo}}{\text{Qtd Total de Enfermeiros no Programa Estratégias Saúde da Família}}$$

ou

$$Peso = \frac{\text{População do Distrito Administrativo}}{\text{Qtd Total de Enfermeiros nas Unidades Municipais de Saúde}}$$

Tabela 4 – Peso Amostral por Distrito Administrativo a partir da Quantidade de Enfermeiros que atuam no Programa Estratégias Saúde da Família do Município de Belém, em 2014.

Distrito	Bairro	Quantidade	Total	Peso
DAICO	Águas Negras	1	14	0,1296
	Agulha	3		
	Eduardo Angelin	3		
	Parque Guajará	2		
	Paracuri I	3		
	Paracuri II	1		
	Tenoné	1		
DAMOS	Aeroporto	2	10	0,0926
	Baia do Sol	1		
	Carananduba	2		
	F. da Marinhas	1		
	Maracajá	2		
	Sucurijuquar	2		
DAOUT	Cotijuba	1	5	0,0463
	Fama	1		
	Fidélis	1		
	PACS outeiro	2		
DASAC	Barreiro I	2	29	0,2685
	Barreiro II	2		
	C. da visconde	2		
	Canal do Galo I	2		
	Canal do Galo II	2		
	Canal do Pirajá	4		
	CDP	3		

	Malvinas	2		
	Sacramenta	4		
	São Joaquim	3		
	Telégrafo	1		
	Vila da Barca	2		
DABEN	Bengui II	3	24	0,2222
	Carmelandia	1		
	Cristo redentor	2		
	Panorama XXI	2		
	Mangueirão	2		
	Parque Verde	2		
	Pratinha I	2		
	Pratinha II	1		
	Una	1		
	Tapanã I	6		
	Tapanã II	2		
DAGUA	Condor	2	15	0,1389
	Combú	1		
	Parque Amazônia I	2		
	Parque Amazônia II	2		
	Radional II	2		
	Riacho Doce	2		
	Terra Firme	4		
DAENT	Água Cristal	3	11	0,1019
	Águas Lindas I	2		
	Águas Lindas II	2		
	Paraíso Verde	2		
	Souza	2		
Total		108		0,4909

Legenda: DAICO – Distrito Administrativo de Icoaraci; DAMOS – Distrito Administrativo de Mosqueiro; DAOUT – Distrito Administrativo de Outeiro; DASAC – Distrito Administrativo da Sacramenta; DABEN – Distrito Administrativo do Bengui; DAGUA – Distrito Administrativo do Guamá e DAENT – Distrito Administrativo do Entroncamento.

Tabela 5 – Peso Amostral por Distrito Administrativo a partir da Quantidade de Enfermeiros que atuam nas Unidades Municipais de Saúde do Município de Belém, em 2014.

Distrito	Bairro	Quantidade	Total	Peso
DAICO	Icoaraci	7	18	0,1607
	Magari	5		
	Outeiro	5		
	Cotijuba	1		
DAMOS	Baia do Sol	1	3	0,0268
	Carananduba	1		

	Maracajá	1		
DASAC	Fátima	6		
	Paraíso dos Pássaros	4		
	Sacramenta	6	22	0,1964
	Telégrafo	4		
	Vila da Barca	2		
DABEN	Pratinha	2		
	Cabanagem	4		
	Tapanã	5		
	Bengui I	2	22	0,1964
	Bengui II	2		
	Sideral	2		
	Satélite	5		
DAGUA	Jurunas	5		
	Condor	5		
	Terra Firme	6	27	0,2411
	Cremação	5		
	Guamá	6		
DAENT	Providencia	3		
	Águas Lindas	4		
	Curió	2	20	0,1786
	Tavares Bastos	5		
	Marambaia	6		
Total		112		0,5091

Legenda: DAICO – Distrito Administrativo de Icoaraci; DAMOS – Distrito Administrativo de Mosqueiro; DAOUT – Distrito Administrativo de Outeiro; DASAC – Distrito Administrativo da Sacramenta; DABEN – Distrito Administrativo do Bengui; DAGUA – Distrito Administrativo do Guamá e DAENT – Distrito Administrativo do Entroncamento.

O tamanho de amostra por Distrito Administrativo foi determinado a partir de,

$$n_0 = \frac{N \times n_0}{N + n_0},$$

onde N - Quantidade total de Enfermeiros e $n_0 = \frac{1}{e^2} = \frac{1}{0,05^2}$, ($e = \text{Erro Amostral}$). O erro amostral máximo estabelecido, neste estudo foi fixado em 5%, já que em pesquisas envolvendo as áreas da saúde o erro amostral máximo sugerido por Bolfarine e Bussab (2005) é de 5%. Os tamanhos amostrais para enfermeiros que atuam no Programa Estratégias Saúde da Família do município de Belém para os enfermeiros que atuam Unidades Municipais de Saúde do município de Belém, são respectivamente 77 e 76 enfermeiros.

Em seguida foram obtidos os tamanhos da amostra estratificada para cada um dos distritos administrativos que atuam os enfermeiros do Programa Estratégias Saúde da Família do município de Belém (Tabela 5) e para os distritos administrativos que atuam os enfermeiros das Unidades Municipais de Saúde do município de Belém (Tabela 6), a partir

$$n = \frac{\text{Qtd de Enfermeiros por Distrito do Programa Estratégias Saúde da Família}}{\text{Qtd Total de Enfermeiros no Programa Estratégias Saúde da Família}}$$

ou

$$n = \frac{\text{Qtd de Enfermeiros que Atuam nas Unidades Municipais de Saúde}}{\text{Qtd Total de Enfermeiros nas Unidades Municipais de Saúde}}$$

Tabela 6 – Amostra por Distrito Administrativo a partir do Peso Amostral para Quantidade de Enfermeiros que atuam no Programa Estratégias Saúde da Família do Município de Belém, em 2014.

Distrito	Bairro	Quantidade	Total	Peso	Amostra
DAICO	Águas Negras	1	14	0,1296	10
	Agulha	3			
	Eduardo Angelin	3			
	Parque Guajará	2			
	Paracuri I	3			
	Paracuri II	1			
	Tenoné	1			
DAMOS	Aeroporto	2	10	0,0926	7
	Baia do Sol	1			
	Carananduba	2			
	F. da Marinhas	1			
	Maracajá	2			
	Sucurijuquar	2			
DAOUT	Cotijuba	1	5	0,0463	4
	Fama	1			
	Fidélis	1			
	PACS outeiro	2			
DASAC	Barreiro I	2	29	0,2685	19
	Barreiro II	2			
	C. da visconde	2			
	Canal do Galo I	2			
	Canal do Galo II	2			
	Canal do Pirajá	4			
	CDP	3			

	Malvinas	2			
	Sacramenta	4			
	São Joaquim	3			
	Telégrafo	1			
	Vila da Barca	2			
DABEN	Bengui II	3	24	0,2222	16
	Carmelandia	1			
	Cristo redentor	2			
	Panorama XXI	2			
	Mangueirão	2			
	Parque Verde	2			
	Pratinha I	2			
	Pratinha II	1			
	Una	1			
	Tapanã I	6			
Tapanã II	2				
DAGUA	Condor	2	15	0,1389	10
	Combú	1			
	Parque Amazônia I	2			
	Parque Amazônia II	2			
	Radional II	2			
	Riacho Doce	2			
	Terra Firme	4			
DAENT	Água Cristal	3	11	0,1019	11
	Águas Lindas I	2			
	Águas Lindas II	2			
	Paraíso Verde	2			
	Souza	2			
Total		108	0,4909	77	

Legenda: DAICO – Distrito Administrativo de Icoaraci; DAMOS – Distrito Administrativo de Mosqueiro; DAOUT – Distrito Administrativo de Outeiro; DASAC – Distrito Administrativo da Sacramenta; DABEN – Distrito Administrativo do Bengui; DAGUA – Distrito Administrativo do Guamá e DAENT – Distrito Administrativo do Entroncamento.

Tabela 7 – Amostra por Distrito Administrativo a partir do Peso Amostral para Quantidade de Enfermeiros que atuam nas Unidades Municipais de Saúde do Município de Belém, em 2014.

Distrito	Bairro	Quantidade	Total	Peso	Amostra
DAICO	Icoaraci	7	18	0,1607	12
	Magari	5			
	Outeiro	5			
	Cotijuba	1			
DAMOS	Baia do Sol	1	3	0,0268	2
	Caranduba	1			

	Maracajá	1			
DASAC	Fátima	6			
	Paraíso dos Pássaros	4			
	Sacramenta	6	22	0,1964	15
	Telégrafo	4			
	Vila da Barca	2			
DABEN	Pratinha	2			
	Cabanagem	4			
	Tapanã	5			
	Bengui I	2	22	0,1964	15
	Bengui II	2			
	Sideral	2			
	Satélite	5			
DAGUA	Jurunas	5			
	Condor	5			
	Terra Firme	6	27	0,2411	19
	Cremação	5			
	Guamá	6			
DAENT	Providencia	3			
	Águas Lindas	4			
	Curió	2	20	0,1786	14
	Tavares Bastos	5			
	Marambaia	6			
Total		112		0,5091	77

Legenda: DAICO – Distrito Administrativo de Icoaraci; DAMOS – Distrito Administrativo de Mosqueiro; DAOUT – Distrito Administrativo de Outeiro; DASAC – Distrito Administrativo da Sacramenta; DABEN – Distrito Administrativo do Bengui; DAGUA – Distrito Administrativo do Guamá e DAENT – Distrito Administrativo do Entroncamento.

Após a obtenção do tamanho amostral, os participantes da pesquisa foram selecionados aleatoriamente por meio de sorteio. No caso de um enfermeiro que não concordasse em participar, realizou-se novo sorteio para a inclusão de outro participante.

A amostra final sofreu uma sutil diferença da amostra inicial. A pesquisa seria aplicada a 153 enfermeiros, no entanto com a distribuição entre populações por distrito administrativo, o valor inicial foi aumentado. Desta forma a amostra final foi de 154 enfermeiros. Finalmente o erro amostral foi reduzido de 5,00% para 4,41%.

3.3. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Utilizou-se um instrumento adaptado e validado para sua aplicação no Brasil para coleta dos dados: o Questionário denominado QuALISMental (ANEXO A). Este instrumento é parte integrante de um programa designado de “Educação e Sensibilização para a Saúde Mental: um programa de intervenção com base na Escola para Adolescentes e Jovens” que acontece na Região Central de Portugal Continental, inscrito na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Este questionário tem por objetivo avaliar o nível de literacia que um determinado grupo tem a respeito de saúde mental. É composto por 60 itens divididos por quatro etapas que descrevem sintomas de depressão, de psicose, de fobia social e de abuso de substâncias associado à depressão. Às perguntas tratam de questões sobre o reconhecimento das perturbações, ações de procura de ajuda e barreiras percebidas, crenças e intenções sobre prestar a primeira ajuda, crenças sobre intervenções, crenças sobre prevenção, atitudes estigmatizantes e distância social, exposição pessoal às perturbações mentais, e impactos das campanhas e da exposição nos meios de comunicação (MORGAN e JORM, 2007).

Para aplicação neste estudo, o questionário QuALISMental foi adaptado em conformidade com os objetivos desta pesquisa. Os questionamentos foram respondidos no próprio questionário. Os sujeitos assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), garantindo seu anonimato por meio de codinomes, atribuídos pelo coletador dos dados, preservando valores éticos e morais. A aplicação dos questionários foram previamente agendados e realizados em local privativo, conforme escolha dos sujeitos. O tempo de aplicação do instrumento variou entre 40 minutos a uma hora.

3.4. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE

3.4.1. Técnicas Estatísticas

Neste estudo além das Técnicas de Amostragem, foi utilizada a técnicas estatística Análise Exploratória de Dados para a investigação das respostas dos 154 enfermeiros participantes.

3.4.2. Análise Exploratória de Dados

Para Levine *et al.* (1998), a análise exploratória de dados, conhecida também como análise descritiva, é o método que envolve a coleta, caracterização e apresentação, de um conjunto de dados de modo a descrever apropriadamente as características deste conjunto.

Na estatística existem inúmeras ferramentas descritivas, como gráficos, tabelas e medidas de síntese, como porcentagens, índices e médias para organização e resumo dos dados, sendo que as mais utilizadas são séries estatísticas, conhecidas também por tabelas, que tem por finalidade, resumir em um quadro de laterais abertas um conjunto de observações, conseguindo expor sinteticamente os resultados dos dados analisados relacionados a fatores como tempo, local, fenômeno e especificação, e ainda, os gráficos que tem como objetivo principal produzir no leitor uma impressão mais rápida e viva dos dados de uma tabela, podendo ser na forma de barras, colunas, setores e linhas (BUSSAB; MORETTIN, 2013). Já as medidas de tendência central ou de posição fornece uma descrição mais rápida e compacta dos resultados para variáveis quantitativas.

De nada adianta um excelente planejamento e execução da pesquisa se o pesquisador cometer falhas no momento de sua análise. Dessa forma, o método a ser escolhido depende do tipo de análise necessária e desejada. Há dois tipos básicos de análise que podem ser feitas: descrição dos dados e inferências. Os métodos descritivos têm por objetivo apresentar informações sumarizadas dos dados contidos no total de elementos da amostra estudada. A capacidade de descrever apropriadamente diversos atributos de um conjunto, apresentando e caracterizando seus dados é a característica da análise descritiva. As medidas de posição, dispersão e associação são as estatísticas mais utilizadas para descrever os dados. Neste trabalho é utilizada análise exploratória de dados, basicamente via tabelas, medidas de síntese e gráficos (LEVINE *et al.*, 1998).

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA

Esta dissertação de mestrado segue as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisas (CONEP) contidas na resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, sendo submetido à Plataforma Brasil, sendo aprovado pelo

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS-UFGPA) sob o número de parecer: 787.887 (ANEXO B).

Os profissionais de possível envolvimento no estudo foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, bem como sobre o método que foi utilizado, em seguida foi solicitado que se manifestassem sobre o aceite em participar da pesquisa com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Informado (APÊNDICE A), sendo garantido ainda o anonimato por meio da utilização de codinomes e o direito de desistência da participação na pesquisa, a qualquer momento.

3.6 RISCOS E BENEFÍCIOS

Como a pesquisa necessitou da realização do preenchimento do questionário Qualis Mental pelos sujeitos da pesquisa, existe o risco de exposição do indivíduo a partir do acesso as informações contidas nos mesmos por pessoas que não estão envolvidas neste.

Como forma de prevenir esse risco da exposição do sujeito da pesquisa, obtendo-se a garantia do sigilo total da sua participação, sendo que as informações obtidas nos questionários apenas serão acessadas pelos pesquisadores envolvidos no trabalho e que não houve a exigência da identificação do participante. Para minimizar possíveis desconfortos decorrentes das atividades da pesquisa, estávamos disponíveis a esclarecer dúvidas, quando existentes, a respeito do estudo e enfatizamos verbalmente aos sujeitos a importância da sua participação.

Os sujeitos eram livres para aceitarem e/ou recusarem a participação da pesquisa a qualquer momento, sem haver qualquer forma de represaria.

Contudo, poderá haver benefícios no que se refere à contribuição da pesquisa para o contexto e serviços envolvidos, visto que oferecerá subsídios para aprimorar e/ou melhorar o desenvolvimento da política de saúde mental do município, no que diz respeito aos atendimentos realizados pelos enfermeiros, bem como poderá influenciar positivamente as práticas cotidianas em saúde vivenciadas pelos sujeitos da pesquisa, além da produção do conhecimento científico, pois o término da pesquisa resultará no elaborado final da Dissertação de Mestrado em Enfermagem da pesquisadora, seguido da divulgação dos

resultados em nível nacional e/ou internacional, por meio da publicação de artigo(s) em periódicos da área.

4. RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

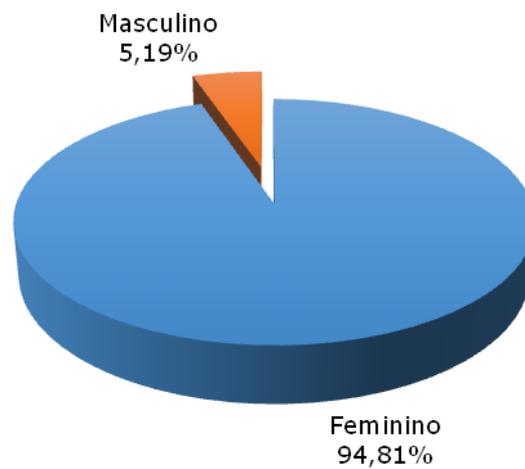
4.1. PERFIL DOS ENFERMEIROS(AS)

4.1.1. Quanto ao gênero, idade e formação:

A maioria é do sexo feminino (94,81%) (Figura 4).

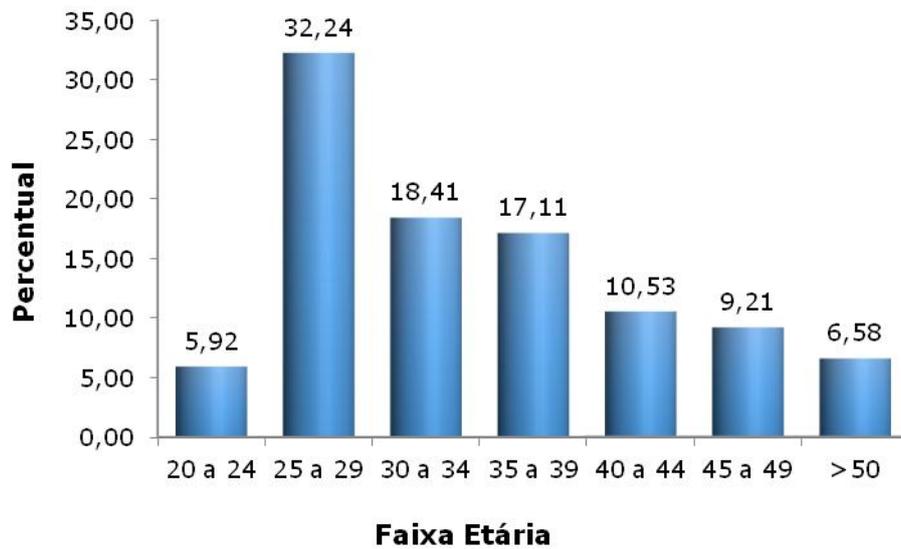
A Idade média é 35 anos, com desvio-padrão de 9 anos. A pessoa mais jovem tem 22 anos e a mais velha tem 55 anos.

Figura 4 – Gênero dos Enfermeiros.



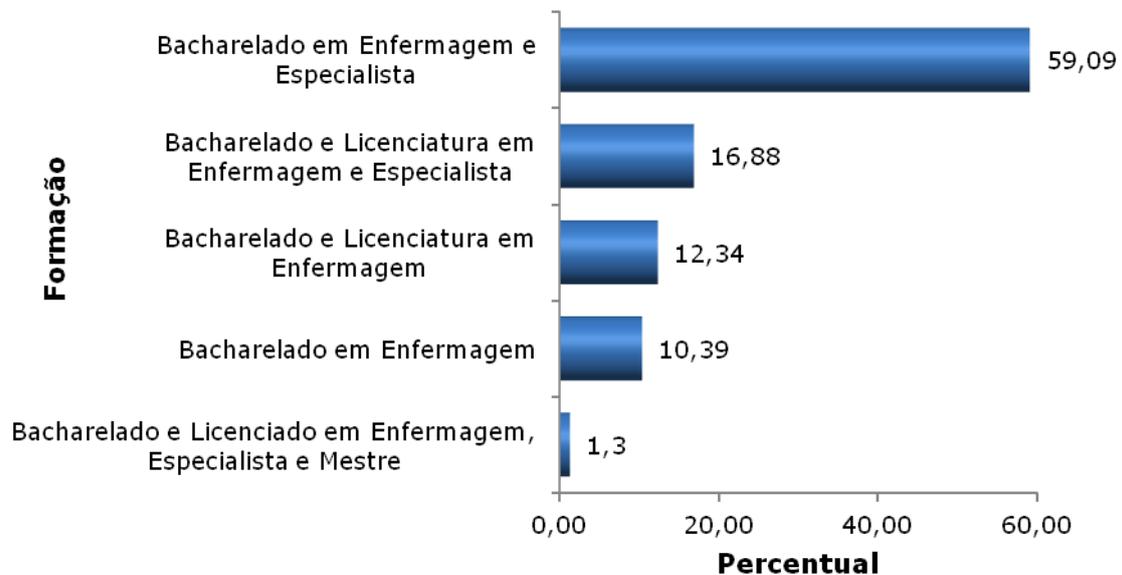
Fonte: pesquisa de campo deste estudo.

A Idade média é 35 anos, com desvio-padrão de 9 anos. A pessoa mais jovem tem 22 anos e a mais velha tem 55 anos. A maior parte dos enfermeiros tem faixa etária de 25 a 29 anos (32,24%) (Figura 5).

Figura 5 – Faixa Etária dos Enfermeiros

Fonte: pesquisa de campo deste estudo.

A maioria dos enfermeiros tem Bacharelado em Enfermagem e são Especialistas (59,09%) (Figura 6).

Figura 6 – Formação dos Enfermeiros.

Fonte: pesquisa de campo deste estudo.

4.2. LITERACIA DOS ENFERMEIROS(AS) NA SAÚDE MENTAL

Nesta parte da análise dos dados do questionário QualisMental apresentaremos o reconhecimento dos sujeitos do estudo que foram adquiridos por meio das suas respostas de acordo com as histórias que foram apresentada no instrumento de coleta de dados. Para a análise deste estudo selecionamos apenas uma história do QualisMental para verificar a Literacia em Saúde Mental dos sujeitos deste estudo. A seguir traremos uma simulação de um caso de uma pessoa. Não se trata de uma pessoa real, no entanto existem pessoas em situação semelhante. Abaixo, segue a história da qual foram respondidas as perguntas do questionário:

Joana é uma jovem de 16 anos que tem se sentido triste de forma incomum durante as últimas semanas. Sente-se sempre cansada e têm problemas para adormecer e manter o sono. Perdeu o apetite e ultimamente tem perdido peso. Tem dificuldade em concentrar-se no estudo e suas notas diminuíram. Mesmo as tarefas do dia-a-dia lhe parecem muito difíceis, motivo pelo qual tem adiado algumas decisões. Os seus pais e amigos estão muito preocupados com ela.

De acordo com a história apresentada acima e os sinais e sintomas apresentados, sendo estes: tristeza, cansaço, insônia, perda do apetite, perda de peso, dificuldade de concentração, podemos inferir que Joana está com Depressão.

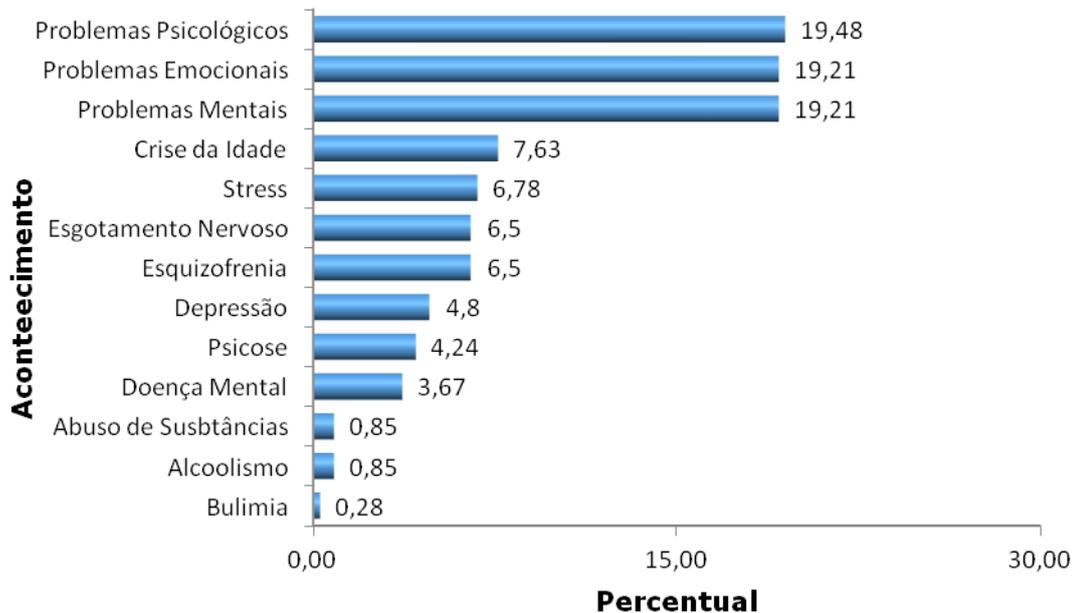
A depressão é um dos transtornos de humor mais sérios já descritos, caracteriza-se por um predomínio anormal de tristeza, com perda de interesse por atividades anteriormente consideradas prazerosas (...) Os indivíduos relatam sentir desânimo, desesperança, inutilidade, tristeza, contudo negam a existência de tais sentimentos, que podem aparecer de outras maneiras, como por um desinteresse por amizades e por convívio social podem fazer o indivíduo tender a se isolar, até mesmo dificultando a busca de ajuda especializada (AGUIAR, 2006).

A seguir analisaremos a cada pergunta e respostas da parte 2 do questionário QualisMental.

4.2.1. Reconhecimento dos enfermeiros(as) sobre o transtorno de Joana.

Nesta pergunta o respondente tinha a liberdade de marcar mais de uma alternativa. Dentre as marcações, a maior parte acredita que Joana tem Problemas Psicológicos (19,48%), Problemas Emocionais (19,21%) e Problemas Mentais (19,21%) conforme Figura 7.

Figura 7 – Acontecido com Joana.



Fonte: pesquisa de campo deste estudo.

4.2.2. Reconhecimento das possibilidades de ajuda

A maioria aponta diversas opções para ajudar Joana: Todos os enfermeiros responderam que “Marcar uma consulta no Médico da Atenção Básica com o seu conhecimento” (100,00%) é importante para ajudar Joana; Reunir o grupo de amigos para animá-la (90,91%); Sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado (88,96%); Incentivá-la a praticar exercício físico (85,06%); Mantê-la ocupada para que não pense tanto nos seus problemas (76,62%); Dizer-lhe com firmeza para andar para frente (68,83%); Ouvir os seus problemas de forma compreensiva (63,64%) e Perguntar se tem tendências suicidas (51,30%).

Somente “Não valorizar o seu problema, ignorando-a até que se sinta melhor (72,73%)” não é apontada como opção de ajuda a Joana (Tabela 8).

Tabela 8 – Possibilidades de Ajuda para Joana.

Opções	Concordo	Não	Discordo	Não Sei	Total
		Concordo Nem Discordo			
Ouvir os seus problemas de forma compreensiva.	63,64	20,78	5,19	10,39	100,00
Dizer-lhe com firmeza para andar para frente.	68,83	21,43	7,79	1,95	100,00
Sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado.	88,96	8,44	0,00	2,60	100,00
Marcar uma consulta no Médico da Atenção Básica com o seu conhecimento.	100,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Perguntar se tem tendências suicidas.	51,30	27,92	10,39	10,39	100,00
Reunir o grupo de amigos para a animar.	90,91	3,25	0,00	5,84	100,00
Não valorizar o seu problema, ignorando-a até que se sinta melhor.	0,00	24,68	72,73	2,60	100,01
Mantê-la ocupada para que não pense tanto nos seus problemas.	76,62	18,83	0,00	4,55	100,00
Incentivá-la a praticar exercício físico.	85,06	11,69	0,00	3,25	100,00

Fonte: pesquisa de campo deste estudo.

4.2.3. Reconhecimento da necessidade da equipe multiprofissional para ajudar Joana

Nesta pergunta, pode-se observar que os enfermeiros responderam que dentre as pessoas e profissionais de saúde que poderiam ajudar Joana, seriam Psicólogo (100,00%), Psiquiatra (97,40%), Médico da Família (79,22%), Familiar Próximo (62,99%) e Amigo Significativo (60,39%), tiveram a concordância da maioria (Tabela 9).

Discordaram de que a saída poderia ser Joana resolver sozinha os seus problemas (100,00), ou que Professor (96,75%) e Serviço telefônico de aconselhamento (68,18%) poderiam ajudar Joana (Tabela 9).

Houve dúvida da maioria se Enfermeiro (85,06%) e Assistente Social (51,95%) poderiam ajudar Joana (Tabela 9).

Tabela 9 – Pessoas e profissionais de saúde que poderão ajudar Joana.

Pessoas e Profissionais	Concordo	Não			Total
		Concordo Nem Discordo	Discordo	Não Sei	
Médico de família	79,22	14,29	6,49	0,00	100,00
Professor	1,30	0,00	96,75	1,95	100,00
Psicólogo	100,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Enfermeiro	12,99	85,06	0,00	1,95	100,00
Assistente social	22,08	51,95	18,83	7,14	100,00
Psiquiatra	97,40	0,65	0,65	1,30	100,00
Serviço telefônico de aconselhamento	1,30	8,44	68,18	22,08	100,00
Familiar próximo	62,99	18,18	1,30	17,53	100,00
Amigo significativo	60,39	19,48	7,79	12,34	100,00
Resolver sozinha os seus problemas	0,00	0,00	100,00	0,00	100,00

Fonte: pesquisa de campo deste estudo.

4.2.4. Reconhecimento dos enfermeiros quanto ao tratamento de Joana

A maioria dos enfermeiros concordam que Vitaminas (50,64%) é um dos Medicamento/Produto que pode ajudar Joana (Tabela 10).

Há dúvidas se chás (85,06%) e Tranquilizantes/Calmantes (51,95%) podem ajudar Joana (Tabela 10). A maioria não soube responder se Antipsicóticos (59,10%) poderiam ajudar Joana (Tabela 10). A maior parte teve dúvidas ou não souber responder se Antidepressivos e Comprimidos para dormir poderiam ajudar Joana (Tabela 10).

Tabela 10 – Medicamentos/Produtos que poderão ajudar Joana.

Medicamentos/Produtos	Concordo	Não			Total
		Concordo Nem Discordo	Discordo	Não Sei	
Vitaminas	50,64	33,77	1,30	14,29	100,00
Chás (ex. camomila, cidreira, erva-doce)	12,99	85,06	0,00	1,95	100,00
Tranquilizantes/Calmantes	22,08	51,95	18,83	7,14	100,00
Antidepressivos	20,13	36,36	3,90	39,61	100,00
Antipsicóticos	16,23	9,09	15,58	59,10	100,00
Comprimidos para dormir	20,13	36,36	3,90	39,61	100,00

Fonte: pesquisa de campo deste estudo.

4.2.5. Reconhecimento das atividades que poderão ajudar Joana e/ou reduzir o risco de desenvolver uma situação como a dela

Neste questionamento, os enfermeiros responderam que Fazer exercício físico (85,06%); Praticar treinos de relaxamento (85,06%); Praticar meditação (Yoga) (68,19%); Fazer terapia com um profissional especializado (68,18%) e Procurar ajuda especializada de saúde mental (62,99%) são atividades que poderão ajudar Joana apontadas pela maioria (Tabela 11).

A maioria deles discordam que Ingerir bebidas alcoólicas para relaxar (100,00%); Fumar para relaxar (100,00%); Consultar um site que contenha informações sobre o problema (76,62%); Ler um livro de autoajuda sobre o problema (72,73%) e Levantar-se cedo todas as manhãs e pegar sol (51,94%) são atividades que podem ajudar Joana (Tabela 11).

A maioria tem dúvidas quanto ao ítem Juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas similares poderia ajudar Joana (Tabela 11).

Fazer acupuntura (32,47%) foi a atividade em que a maior parte não concordava e nem discordava que poderia ajudar Joana (Tabela 11).

Tabela 11 – Atividades que Poderão ajudar Joana.

Atividades	Concordo	Não Concordo Nem Discordo	Discordo	Não Sei	Total
Fazer exercício físico	85,06	11,69	0,00	3,25	100,00
Praticar treinos de relaxamento	85,06	11,69	0,00	3,25	100,00
Praticar meditação (Yoga)	68,19	15,58	16,23	0,00	100,00
Fazer acupuntura	23,38	32,47	27,27	16,88	100,00
Levantar-se cedo todas as manhãs e pegar sol	4,55	22,73	51,94	20,78	100,00
Fazer terapia com um profissional especializado	68,18	27,27	3,25	1,30	100,00
Consultar um site que contenha informações sobre o problema	0,00	11,69	76,62	11,69	100,00
Ler um livro de autoajuda sobre o problema	5,84	9,74	72,73	11,69	100,00
Juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas	17,53	67,54	9,74	5,19	100,00

similares					
Procurar ajuda especializada de saúde mental	62,99	18,18	1,30	17,53	100,00
Ingerir bebidas alcoólicas para relaxar	0,00	0,00	100,00	0,00	100,00
Fumar para relaxar	0,00	0,00	100,00	0,00	100,00

Fonte: pesquisa de campo deste estudo.

Quanto ao questionamento que trata da redução do risco para desenvolver o problema de Joana, a maioria dos enfermeiros concordam que Não utilizar drogas (100,00%); Não ingerir bebidas alcoólicas (100,00%); Evitar situações geradoras de estresse (96,10%); Manter o contato regular com amigos (96,10%); Manter o contato regular com a família (96,10%); Ter uma crença religiosa ou espiritual (96,10%); Praticar exercícios físicos (85,06%) e Praticar atividades relaxantes regularmente (85,06%), são Atividades/Atitudes apontadas para reduzir o risco de desenvolver uma situação como a de Joana (Tabela 12).

Tabela 12 – Atividades/Atitudes para Reduzir o Risco de Desenvolver uma Situação como a de Joana.

Atividades/Atitudes	Concordo	Não Concordo Nem Discordo	Discordo	Não Sei	Total
Praticassem exercícios físicos	85,06	11,69	0,00	3,25	100,00
Evitassem situações geradoras de estresse	96,10	0,00	0,00	3,90	100,00
Mantivessem o contato regular com amigos	96,10	0,00	0,00	3,90	100,00
Mantivessem o contato regular com a família	96,10	0,00	0,00	3,90	100,00
Não utilizassem drogas	100,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Não ingerissem bebidas alcoólicas	100,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Praticassem atividades relaxantes regularmente	85,06	11,69	0,00	3,25	100,00
Tivessem uma crença religiosa	96,10	0,00	0,00	3,90	100,00

ou espiritual

Fonte: pesquisa de campo deste estudo.

4.2.6. Reconhecimento do cenário da situação de Joana

A maioria dos enfermeiros discordam dos seguintes cenários: A melhor forma de evitar o desenvolvimento de uma situação como a de Joana é afastar-se dela (100,00%); A situação de Joana é um sinal de fraqueza pessoal (85,07%) e Se a Joana quisesse, poderia sair desta situação sozinha (62,99%).

A maioria (56,49%) tem dúvida em relação ao cenário “Esta situação não é, realmente, uma doença” (Tabela 13). A maior parte discorda dos cenários: A Joana é perigosa para os outros (47,40%) e A situação de Joana torna-a uma pessoa imprevisível (46,11%) (Tabela 13).

A maior parte discorda ou não sabe responder sobre o cenário Nunca contrariar alguém que esteja na situação de Joana (Tabela 13).

Tabela 13 – Análise de Cenários sobre a Situação de Joana.

Cenários	Concordo	Não Concordo Nem Discordo	Discordo	Não Sei	Total
Se a Joana quisesse, poderia sair desta situação sozinha	0,00	15,58	62,99	21,43	100,00
A situação de Joana é um sinal de fraqueza pessoal	0,00	7,14	85,07	7,79	100,00
Esta situação não é, realmente, uma doença	13,64	56,49	15,58	14,29	100,00
A Joana é perigosa para os outros	0,00	20,78	47,40	31,82	100,00
A melhor forma de evitar o desenvolvimento de uma situação como a de Joana é afastar-se dela	0,00	0,00	100,00	0,00	100,00
A situação de Joana torna-a uma pessoa imprevisível	11,69	16,23	46,11	25,97	100,00
Nunca contrariar alguém que esteja na situação de Joana	7,79	14,29	38,96	38,96	100,00

Fonte: pesquisa de campo deste estudo.

Quanto ao que pensam as pessoas sobre o cenário da situação de Joana, a maioria concorda que as pessoas: Acreditam que se a Joana quisesse, poderia sair desta situação sozinha (66,24%); Acreditam que a Joana é perigosa para os outros (61,69%); Acreditam que a situação de Joana torna-a uma pessoa imprevisível (60,39%); Nunca devem contrariar alguém que esteja na situação de Joana (56,49%) e Acredita que a situação de Joana é um sinal de fraqueza pessoal (53,90%) (Tabela 14).

A maioria crê que as pessoas têm dúvidas em relação ao cenário: Acredita que a melhor forma de evitar o desenvolvimento de uma situação como a de Joana é afastar-se dela (55,84%) (Tabela 14).

Não há consenso em relação ao sentimento da maioria pessoas sobre o cenário “Acredita que esta situação não é, realmente, uma doença” (Tabela 14).

Tabela 14 – Análise de Cenários sobre o que Pensam as Pessoas.

Cenários	Concordo	Não		Discordo	Não Sei	Total
		Concordo Nem	Discordo			
Acredita que se a Joana quisesse, poderia sair desta situação sozinha	66,24	5,19	2,60	25,97	100,00	
Acredita que a situação de Joana é um sinal de fraqueza pessoal	53,90	5,19	21,43	19,48	100,00	
Acredita que esta situação não é, realmente, uma doença	23,38	29,86	34,42	12,34	100,00	
Acredita que a Joana é perigosa para os outros	61,69	16,88	9,74	11,69	100,00	
Acredita que a melhor forma de evitar o desenvolvimento de uma situação como a de Joana é afastar-se dela	14,29	55,84	15,58	14,29	100,00	
Acredita que a situação de Joana torna-a uma pessoa imprevisível	60,39	19,48	7,79	12,34	100,00	
Nunca contrariar alguém que esteja na situação de Joana	56,49	18,18	12,99	12,34	100,00	

Fonte: pesquisa de campo deste estudo.

4.2.7. Disponibilidade das pessoas em ajudar Joana

A maioria dos enfermeiros concordam em se disponibilizar em: Ir a casa da Joana (83,77%) e Trabalhar em um projeto ou grupo com a Joana (59,74%) (Tabela 15).

A maioria discorda em Ser amigo(a) pessoal de Joana (74,03%) e Convidar a Joana para sua casa (72,73%) (Tabela 15).

A maior parte discorda em ter que Passar o final de semana com Joana (48,70%) (Tabela 15).

Tabela 15 – Disponibilidade das Pessoas.

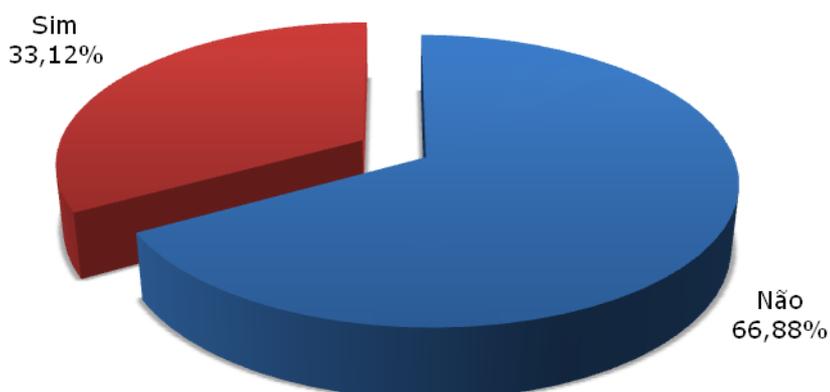
Cenários	Concordo	Não		Discordo	Não Sei	Total
		Concordo Nem	Discordo			
Passar o final de semana com Joana	9,74	18,83	48,70	22,73	100,00	
Trabalhar em um projeto ou grupo com a Joana	59,74	16,23	9,09	14,94	100,00	
Convidar a Joana para sua casa	5,84	9,74	72,73	11,69	100,00	
Ir a casa da Joana	83,77	8,44	5,19	2,60	100,00	
Ser amigo(a) pessoal de Joana	0,00	24,03	74,03	1,95	100,01	

Fonte: pesquisa de campo deste estudo.

4.2.8. Reconhecimento de pessoas que possam ter tido o mesmo problema que Joana em seu entorno e que tenham recebido tratamento com especialistas

Pode-se observar que a maioria (66,88%) não tem alguém na família ou círculo próximo de amigos esteve numa situação similar à da Joana (Figura 8).

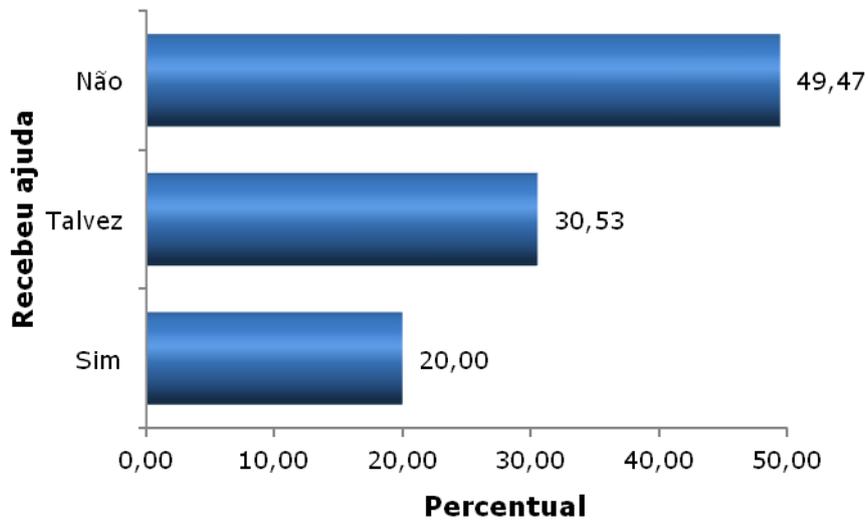
Figura 8 – Família ou Círculo de Amigos em Situação Similar à da Joana.



Fonte: pesquisa de campo deste estudo.

Daqueles que têm alguém na família ou círculo próximo de amigos que esteve numa situação similar à da Joana, 49,47% não recebeu alguma ajuda ou tratamento de profissionais especializados (Figura 9).

Figura 9 – Família ou Círculo de Amigos em Situação Similar à da Joana que recebeu ajuda ou tratamento especializado.



Fonte: pesquisa de campo deste estudo.

5. DISCUSSÃO DOS DADOS

Quanto ao sexo dos profissionais, sabe-se que a enfermagem é fortemente marcada pela hegemonia feminina, a qual se dá, sobretudo, pela sua trajetória histórica de ser um ofício eminentemente feminino, embora se perceba um movimento em relação à inserção do homem na profissão (BEZERRA et al, 2013).

O fato das mulheres, em épocas passadas, terem de demonstrar sempre servidão e submissão fez com que elas se tornassem, sob a ótica da sociedade vigente, perfeitas para cumprir o papel de enfermeiras. Dessa forma, ocorre a naturalização do papel feminino para essas atividades de cuidado (GOMES, 2004).

Em estudo do ministério da Saúde, em 2000, sobre o perfil de médicos e enfermeiros no Programa Saúde da Família (PSF), pode-se observar que a saúde pública é um espaço de concentração de trabalho feminino. A enfermagem, neste Programa institucional, compõe-se de 90,91% de mulheres (BRASIL, 2004).

Conforme Lopes e Leal (2005), a enfermagem e as enfermeiras não são mulheres na sua maioria por acaso. Tanto quanto a situação feminina, em sentido amplo, a enfermagem, as enfermeiras e os enfermeiros são produtos de uma construção complexa e dinâmica da definição de “ser” da enfermagem e das relações entre os sexos. Os valores simbólicos e vocacionais são um exemplo de concepção de trabalho feminino baseada em um sistema de qualidades, ditas naturais, que persistem a influenciar o recrutamento majoritariamente feminino da área.

Quanto à formação dos enfermeiros percebemos que o maior número deles são graduado e especialistas, porém não identificamos em nosso estudo profissionais especializados em saúde mental e psiquiatria e que a maioria deles não possui especialização que são voltadas para a Atenção básica. Sendo estas direcionadas a Rede Terciária de Saúde ou nas áreas de gestão, a saber: Especialização em Urgência e Emergência, Terapia Intensiva, Obstetrícia, Cardiologia, Gestão Hospitalar, Enfermagem do Trabalho, dentre outras direcionadas as áreas supracitadas.

A partir de então começaremos a discutir quanto ao reconhecimento do enfermeiros direcionados ao problema que a Joana apresenta, conforme perguntas e respostas direcionadas pelo questionário QualisMental.

Como observamos, a maioria das respostas foram generalizadas no que tange o problema de Joana. Como já foi citado neste estudo, Joana sofre de depressão, observado a partir dos sinais e sintomas desta. O ítem depressão obteve 4,8% das respostas.

Sabemos que a depressão é um problema psicológico, porém ela não está isolada no meio das doenças psiquiátricas. Podemos citar, também, a ansiedade e o transtorno bipolar são os exemplos mais comuns destes tipos de problemas.

Conforme Magalhães (2015) são chamadas de distúrbios, disfunções, transtornos ou perturbações, as doenças psicológicas que abalam o sistema nervoso do paciente que, muitas vezes, pode ter atitudes que levam risco à sua própria vida. Segundo especialistas, a maior parte dos casos de doenças psicológicas são atribuídas à bagagem e histórico pessoal do paciente, ao estilo de vida, à cultura e até à sociedade em que ele vive.

Percebe-se, portanto, que os enfermeiros conseguem identificar que Joana tem alguma alteração psicológica, porém, poucos conseguiram sinalizar que este problema psicológico seria a depressão a partir dos sinais e sintomas apresentados. Deste modo, por não saber identificar estes enfermeiros acabam encaminhando estes pacientes a uma equipe médica ou a serviços voltados ao atendimento de pacientes com transtornos psicossociais, como é o caso dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), dispositivo utilizado para atender pacientes com transtornos graves e persistentes.

Quando analisamos as possibilidades de ajuda dos enfermeiros a Joana, percebeu-se que houve uma grande variação de respostas, além de múltiplas alternativas marcadas. Isto corrobora com as respostas da pergunta número 1, quando percebemos a insegurança dos enfermeiros quando são generalistas ao informar o problema apresentado por Joana.

Se o profissional não consegue identificar o problema psicológico do paciente, é fato que, também, não terá segurança em designar ou orientar e até mesmo encaminhar estes à melhor ajuda possível.

Indicar ou sugerir para alguém um apoio psicológico é mais delicado do que pode parecer, pois a pessoa pode ainda não ter entrado em contato com seus conflitos e angustias ou, mesmo que já os esteja percebendo, pode ainda estar confusa e com medo de mexer ou analisar este conteúdo. Assim, esta é uma situação que não deve ser forçada nunca (VIDIGAL, 2014).

É de extrema importância que, em primeiro lugar, o paciente perceba que está precisando de ajuda, que reconheça os sinais e sintomas apresentados e que se permita aceitar ajuda necessária. Caso contrário, havendo resistências, todas as formas de ajuda serão

descartadas, pois estas não terão eficácia. O importante é que o profissional não pressione o paciente para realizar nenhum tipo de acompanhamento ou tratamento, pois isto pode causar um efeito reverso e esse processo de quebra de paradigmas em relação aos transtornos psiquiátricos que ainda são agravos estigmatizantes na nossa sociedade. A intensão não é pressionar para a realização de um certo tipo de tratamento, mas sim de demonstrar ao paciente que se compreende a sua situação e que estará lá para oferecer orientações para a ajuda.

Loureiro et al (2014), caracteriza a Primeira Ajuda em Saúde Mental pelo conjunto de ações realizadas em prol de uma pessoa que está a desenvolver um problema de saúde mental ou então numa crise relacionada com fatores psicológicos.

Os objetivos da primeira ajuda em Saúde Mental são: Preservar a vida quando a pessoa representa perigo para si e/ou para os outros; Providenciar ajuda, de forma a prevenir que os problemas de saúde mental se agravem; Promover a recuperação de boa saúde mental e Providenciar conforto a uma pessoa com um problema de saúde mental (KELLY et al, 2010 apud LOUREIRO, 2014).

Vidigal (2014), ainda sugere é que, em algumas conversas com a pessoa que está necessitando de tratamento, que possa estar precisando de ajuda, tentar exercer um papel de espelhamento. Mostre aos poucos e com muito tato e paciência os sintomas que a pessoa vem apresentando como: sofrimento, angústia, irritação, apetite descontrolado, dificuldade em se manter empregado ou qualquer que seja o quadro. Deve-se perceber e pensar na intensidade dos sintomas ou do caso e como isso pode estar fora de um grau saudável ou mesmo já esteja prejudicando sua vida, causando perdas e sofrimentos. Isto deve ser feito por meio de pequenas conversas orientadoras e explicativas dando a sua opinião, mas não a impondo como verdade. Pode também mostrar reportagens ou histórias de casos que vocês conhecem ou ouviram falar para ajudar na percepção e no auto-reconhecimento desta pessoa.

Portanto, percebemos que o ideal é que estas pessoas possam ser ajudadas por profissionais especializados dos quais poderão realizar um direcionamento mais específico.

O livro “Estudante: vamos conhecer a depressão” de Ponciano e Pereira (2005), orienta que deve-se providenciar imediatamente ajuda especializada em caso de:

- Inexistência de alguém de confiança com quem falar;

- Alterações drásticas na vida, no trabalho e nas relações interpessoais do paciente;
- Presença de pensamentos suicidas e/ou tentativas de suicídio.

Em seguida foi avaliado o reconhecimento da necessidade da equipe multiprofissional para ajudar Joana e o que podemos perceber é que o maior índice de dúvida foi quando a ajuda que o profissional enfermeiro poderia oferecer a Joana, o que demonstra mais uma vez que o enfermeiro da Estratégia Saúde da Família e da Unidade Básica de Saúde do município de Belém-PA não se reconhece como possível profissional de saúde que pode atender estes tipos de problemas de saúde, justificando, portanto, as respostas anteriores, onde os enfermeiros não souberam responder adequadamente quanto ao tipo de transtorno e quanto às possíveis formas de ajuda.

O enfermeiro na graduação recebe uma formação generalista e direcionada para desenvolver ações técnicas claras e definidas. Na enfermagem psiquiátrica, porém, exige-se dele iniciativa, criatividade e diferentes modos de assistir, exigências estas para as quais não é preparado nem na formação, nem na prática institucional (CASTRO E SILVA, 2000).

Em um projeto de pesquisa coordenado pela professora Lia Carneiro Silveira (2008) foi relatado que em suas experiência prática, tem-se constatado como o enfermeiro ainda enfrenta dificuldades de encontrar seu lugar como agente terapêutico.

O que percebemos, na maioria das vezes e nas visitas realizadas na Rede de Atenção Básica do Município de Belém-PA é que o profissional enfermeiro que atua nesta rede não possui formação e nem capacitação para o atendimento de pessoas portadoras de algum tipo de transtorno mental. A maioria destes profissionais não possuem, portanto nenhum referencial teórico, nem tão pouco prático para suas ações de cuidado na saúde mental.

Além disso, notamos também que a prática da enfermagem nesses serviços ainda permanece atrelada ao saber médico, e a consulta de enfermagem, muitas vezes, se resume ao acompanhamento da prescrição medicamentosa e de seus efeitos (ALMEIDA, 2009). Sobre isso, Silveira (2003) ressalta que o saber médico-psiquiátrico, historicamente, se impõe perante os demais saberes. Prevalece a lógica assistencial, em que a resposta de outros profissionais a situações-problema é negligenciada e são postos em ação, preferencialmente, mecanismos baseados na legitimidade do poder/intervenção médicas.

As funções do enfermeiro estão focadas na promoção da saúde mental, na prevenção da enfermidade mental, na ajuda ao doente a enfrentar as pressões da enfermidade mental e na capacidade de assistir ao paciente, à família e à comunidade, ajudando-os a encontrarem o verdadeiro sentido da enfermidade mental (VILELA e SCATENA, 2004).

A partir da década de 90, do século XX, a atenção do profissional de Enfermagem direcionou-se a novas formas de cuidar na saúde mental, buscando serviços extra-hospitalares. Nesses serviços, a Enfermagem direciona suas atividades de forma diferenciada no tratamento dos doentes mentais, implicando atitudes de respeito e dignidade para com o enfermo, ações voltadas às individualidades do sujeito e a participação deste em seu processo de tratamento, valorizando e estimulando o autocuidado, bem como a sua reinserção em grupos sociais e comunitários (KIRSCHBAUM, 2000).

Os papéis e funções preconizados para o enfermeiro em psiquiatria de acordo com o livro “Papéis e funções dos enfermeiros psiquiátricos: cuidado e competências” são:

- criar e manter ambiente terapêutico
 - aproveitamento de todos os recursos humanos e materiais para oferecer aos pacientes um bom acolhimento, compreensão, apoio, tratamento pessoal, atividades de reestruturação e inclusão na dinâmica global. O ambiente terapêutico compreende em ambiente físico seguro e estabelecimento de uma relação de confiança entre a equipe e o paciente;
 - Relação terapêutica – é aquela que estabelece cada membro da equipe (entre eles, enfermeiro) com o paciente e sua família e com todo o grupo de pacientes, permite ao paciente adquirir outros padrões de conduta mais adequados aumentando e melhorando a sua capacidade de adaptação, assim como a sua autonomia e independência;
 - Desempenhar funções de substituto de pessoas significativas;
 - Assistir o paciente em seus aspectos somáticos;
 - Educar o paciente sobre os fatores que afetam a saúde mental, e auxiliar na aceitação do tratamento e regulamento da instituição;
 - Agir como agente socializador;
 - Atuar como agente psicoterapêutico através do relacionamento um a um;
 - Colaborar na seleção de pessoal para favorecer o relacionamento pessoal de enfermagem e paciente;
 - Participar de ações comunitárias e em pesquisas relacionadas à saúde mental para contribuir com desenvolvimento da enfermagem e a utilização racional de recursos no planejamento e realização da assistência;

- Promoção e manutenção da saúde; gerenciamento; usar recursos do meio ambiente de forma terapêutica (ambiente terapêutico); usar de intervenções psicobiológicas; ensino de saúde; fazer intervenção em crise, fazer aconselhamento e visita domiciliar; intervenção através de ação comunitária; consulta e diagnóstico de enfermagem; planejamento, implementação do plano de cuidados e avaliação da assistência;

- Organiza, coordena, supervisiona, orienta e executa serviço de enfermagem psiquiátrica, colaborando no plano médico-terapêutico-profilático, para possibilitar a proteção e recuperação da saúde mental dos pacientes;

- Colabora na relação de pessoal para favorecer o relacionamento do pessoal de enfermagem e paciente.

(STUART, 2001).

Mendes e Castro (2005) relatam que em alguns estudos foi verificado que muitos profissionais atuam nessa área por necessidades pessoais e não por opção, justificando o desconhecimento encontrado em campo e, em consequência a má qualidade da assistência de enfermagem.

Quando nos remetemos ao reconhecimento dos enfermeiros quanto ao tratamento de Joana foi apontado as Vitaminas e Chás como primeiras opções de terapêutica aplicada a Joana.

Porém, de acordo com Souza (1999), a terapia que deve ser utilizada para o transtorno depressivo é a psicoterapia, mudanças no estilo de vida e a terapia farmacológica.

Não foi encontrado estudos que abordem a utilização de vitaminas e chás no tratamento de quaisquer tipos de transtornos mentais, o que mostra o desconhecimento dos enfermeiros pesquisados quanto a terapêutica utilizada nestes casos.

Estes produtos são valorizados pelas pessoas, embora não exista evidência científica que apoie a sua utilização nestes casos (Loureiro et al., 2013b) pois é necessária prescrição médica para os adquirir, ou seja, não é necessário contato com um profissional de saúde e são produtos de acesso fácil e sobre os quais existe a crença de que podem ajudar a resolver problemas como o de Joana (Reavley & Jorm, 2011).

A depressão ainda é subdiagnosticada e, quando corretamente diagnosticada, é muitas vezes tratada de forma inadequada, com subdoses de medicamentos de manutenção de sintomas residuais, que comprometem a evolução clínica dos pacientes (HIRSCHFELD et al, 1997).

As intervenções psicoterápicas podem ser de diferentes formatos, como psicoterapia de apoio, psicodinâmica breve, terapia interpessoal, comportamental, cognitiva comportamental, de grupo, de casais e de família. Fatores que influenciam no sucesso psicoterápico incluem: motivação, depressão leve ou moderada, ambiente estável e capacidade para insight (LISKOW, PERRY E ALEXANDER, 1997).

As mudanças no estilo de vida e nas atividades do dia-a-dia de cada paciente deverão ser acordadas com cada paciente, de acordo com a sua necessidade, disponibilidade, objetivando uma melhor qualidade de vida, contribuindo, portanto, para uma evolução no seu tratamento terapêutico.

Os antidepressivos produzem, em média, uma melhora dos sintomas depressivos de 60% a 70%. Esta taxa de melhora dificilmente é encontrada em outras abordagens terapêuticas de depressão, a não ser o ECT (eletroconvulsoterapia). Em termos de eficácia, em ensaios clínicos, parece não haver diferenças significativas entre as várias drogas, o que não significa dizer que cada paciente responderá a diferentes antidepressivos da mesma maneira (SOUZA, 1999).

Apesar de toda a evolução alcançada no campo de estudos dos distúrbios psiquiátricos e, de forma especial, no desenvolvimento de estratégias terapêuticas para o alívio da depressão, com o surgimento de fármacos antidepressivos, algumas lacunas permanecem obscuras. Pois sabe-se que estas terapêuticas utilizadas possuem efeitos adversos associados à sua multiplicidade de ações farmacológicas, bem como à elucidação da etiologia e dos neuromoduladores centrais da depressão (ROMEIRO, FRAGA E BARREIRO, 2003).

Dentre o tratamento tradicional que pode ser oferecido a Joana, conforme foi discutido acima, estudos mostram que além da psicoterapia e da medicação para o tratamento da depressão, importância do exercício físico para a melhora da depressão. Diferentes protocolos são aplicados para se comprovar a eficácia dos exercícios na ajuda ao tratamento da depressão (ANDRADE, 2011).

Kempermann (2002) relata que o exercício físico contribui para o desenvolvimento da neurogênese no hipocampo através da potencialização de longa duração e do fator neurotrófico derivado do cérebro (FDNC), do mesmo modo que os antidepressivos e a terapia eletroconvulsiva.

O exercício também pode estar relacionado com a síntese de dopamina devido a um aumento nos níveis de cálcio no cérebro, através do estímulo de um sistema enzimático conhecido como cálcio-calmodulina. A dopamina está relacionada com o desempenho motor, a motivação locomotora e a modulação emocional (INGRAM, 2000).

Moraes et al. (2007) em sua pesquisa aponta que, de um modo geral, os estudos com o objetivo de observar a relação de causa e efeito entre a prática de atividade física e alterações nos níveis de depressão apontam para uma relação inversamente proporcional. Achados recentes indicam a prática da atividade física como um fator influenciador na diminuição da intensidade dos sintomas depressivos.

No estudo de Antunes et al. (2005) foi utilizado o exercício como intervenção terapêutica na depressão e eles ressaltaram que seus resultados podem ser devidos a fatores psicológicos e/ou fisiológicos.

Para observar os efeitos psicológicos, estudos apontam como intervenções psicológicas e sociais, como visita de terapeutas, trabalhos em grupos ou palestras com o exercício.

Lai et al. (2006), encontraram redução significativa nos sintomas de depressão imediatamente após 3 meses de exercício em idosos reabilitados de infarto agudo de miocárdio. Seguindo esse pensamento, Mather et al., (2002) em sua pesquisa encontraram redução significativa de 30% dos níveis de depressão, quando submeteram 86 idosos a aulas de ginástica coletiva ou reuniões e palestras com psicólogos durante 12 semanas, respectivamente. Já McNeil et al. (1991) analisaram dois tipos de sintomatologias do transtorno depressivo: (sintomas psicológicos: sentimentos de inutilidade, perda de interesse em atividades usuais e distúrbios de humor; e sintomas somáticos: perda do apetite, fadiga e distúrbio do sono) em idosos que fizeram exercício ou receberam visitas de psicólogos. Ambos reduziram os dois tipos de sintomas, mas somente o grupo exercício reduziu significativamente os sintomas somáticos.

Em comparação realizada em níveis diferentes de intensidade de treinamento de força e observaram redução dos sintomas de depressão nos dois grupos, porém maior resultado no grupo de alta intensidade (SINGH et al., 2005). Haboush et al. (2006), promoveram aulas de dança de salão em idosos depressivos durante 8 semanas, com a frequência de apenas uma vez por semana, e não obtiveram resultados nos sintomas de depressão.

Moraes et al. (2007), em sua revisão sistemática conclui que os exercícios utilizados nas intervenções seguem protocolos diversos. Mostra que a maioria dos estudos usa exercícios aeróbios, como hidroginástica, caminhada, corrida leve, bicicleta. O artigo proveniente de Hong Kong utiliza uma atividade própria de sua cultura: são exercícios que incluem técnicas de meditação, respiração e movimentos do corpo. Houveram autores que mediram a quantidade de exercício por Kcal/Kg/semana.

Isto indica que para cada indivíduo deve ser traçado um plano terapêutico personalizado à sua realidade.

Quanto a abordagem das crenças religiosas, Moreira-Almeida et al. (2006) afirma que a influência da religião e religiosidade sobre a saúde e, em especial, a saúde mental, é um fenômeno resultante de vários fatores. Entre os possíveis modos pelos quais o envolvimento religioso poderia influenciar a saúde, estão fatores como estilo de vida, suporte social, um sistema de crenças, práticas religiosas, formas de expressar estresse, direção e orientação espiritual.

As crenças religiosas influenciam o modo como pessoas lidam com situações de estresse, sofrimento e problemas vitais. A religiosidade pode proporcionar à pessoa maior aceitação, firmeza e adaptação a situações difíceis de vida, gerando paz, autoconfiança e perdão, e uma imagem positiva de si mesmo. Por outro lado, dependendo do tipo e uso das crenças religiosas, podem gerar culpa, dúvida, ansiedade e depressão por aumento da autocrítica. A importância da relação entre religiosidade e saúde mental é reconhecida teoricamente, porém profissionais de saúde mental têm dificuldades ao lidar com a religiosidade e espiritualidade de seus pacientes. Um treinamento adequado é necessário para integrar espiritualidade e prática clínica. Religiões podem tanto orientar a pessoa de maneira rígida e inflexível, desestimulando a busca de cuidados médicos, como podem ajudá-la a integrar-se a uma comunidade e motivá-la para o tratamento (STROPPA e MOREIRA-ALMEIDA, 2008).

Quanto ao cenário de Joana, discordamos com os enfermeiros quanto à alternativa que remete a situação de Joana conseguir sair desta situação sozinha, pois este tipo de transtorno faz-se necessário um apoio de profissionais especializados, bem como uma terapêutica adequada para a sua melhora breve. É claro, que Joana é uma peça fundamental para que esta situação melhore em um menor período de tempo, pois sua forma de vontade influencia na terapêutica utilizada. O fato de esta maioria afirmar que Joana poderia sair desta situação

social está associado a uma hipótese de crenças de que as doenças mentais dependem do querer, da vontade das pessoas.

De maneira geral, esta crença está associada à concepções estigmatizantes dos transtornos psicossociais que os percebe não como doença, mas como aspectos de personalidade, da vontade e/ou morais.

Quanto ao reconhecimento de pessoas que possam estar passando pela mesma situação de Joana e que esteja no entorno dos enfermeiros participantes da pesquisa, a maioria destes relataram que não tem alguém que esteja passando ou que já tenha passado por esta situação. Isso corrobora com o alto índice de enfermeiros que não souberam identificar qual tipo de transtorno Joana apresenta. E os poucos que possuem em seu círculo de amizade pessoas que possuem os mesmos sinais e sintomas de Joana não receberam tratamento especializado. Enfatizando, portanto, essa dificuldade de diagnosticar a depressão, ainda, por muitos profissionais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo pudemos nos apropriar dos termos “Literacia” e “Literacia em Saúde mental” dos quais, no Brasil, possuem poucos trabalhos sobre a temática. E estes poucos foram publicados por estrangeiros, em periódicos brasileiros, principalmente, por Portugueses, onde em seus países estes termos são bastante utilizados e debatidos.

Comprendemos, portanto, que a Literacia em Saúde mental é a capacidade de se reconhecer algum tipo de transtorno psicossocial, bem como as crenças das pessoas relacionadas a estes tipos de transtornos.

Neste sentido, conforme foi proposto no objetivo deste estudo, foi verificado a Literacia em saúde mental dos enfermeiros que atuam na Atenção Básica e Programa Estratégia Saúde da Família do Município de Belém-PA, por meio da aplicação do questionário Qualis Mental que foi adaptado de um estudo com adolescentes abordando o uso de álcool e outras drogas, utilizado em Lisboa, Portugal.

O questionário é dividido em quatro partes. Para este estudo foi aplicado o questionário completo, porém nos detemos a analisar as duas primeiras partes. A segunda parte é dividida em dois casos e nossa análise apresenta os resultados do caso número um que fala da situação de Joana que pelos sinais e sintomas apresentados, concluímos que esta possui transtorno depressivo.

Aplicamos o questionário a 154 enfermeiros, conforme técnica de amostragem realizada para os nossos sujeitos de pesquisa.

Diante do apresentado e analisado percebemos que a maioria de enfermeiros que atuam na Atenção básica e Estratégia Saúde da Família da Rede do Município de Belém-PA, são do sexo feminino, que estão na faixa etária de jovens que tem em sua formação a graduação em enfermagem e que são especialistas em diversas áreas.

Quando analisado a parte dois do questionário, da qual trata a Literacia em saúde mental do enfermeiro, notamos que os enfermeiros não possuem Literacia suficiente para atender pacientes com transtornos psicossociais, em especial o transtorno depressivo, mas apenas minimamente adequada. É claro que não podemos generalizar o resultado apresentado, pois alguns conseguiram identificar o tipo de transtorno apresentado, porém sabemos que a

maioria marca o nível de conhecimento de uma população da qual foi traçado uma amostra estatística.

Diante do exposto, podemos sugerir que estes enfermeiros da Rede de Atenção Básica façam mais buscas sobre a Literacia em saúde Mental, se interessem e se disponibilizem mais pelo assunto e tenham em mente que não é somente dever do Município disponibilizar as capacitações. Muitas vezes, percebemos que estes profissionais não se identificam com a área da Saúde Mental e por isso se fecham ao conhecimento à cerca do assunto.

Nós, enquanto profissionais de enfermagem não devemos nos acomodar no serviço e, simplesmente, fechar os olhos para a realidade da qual nós estamos presenciando. Afinal de contas o nosso propósito é ajudar as pessoas que precisam de algum atendimento de saúde, seja ele de nossa especialidade ou não. O importante é que, pelo menos, saibamos reconhecer, neste caso, um paciente com algum tipo de transtorno psicossocial, para que seja possível encaminhá-lo ao especialista adequado.

É sabido que os serviços de saúde têm suas falhas quando tratamos de capacitações e qualificações profissionais destinadas a cada área específica, mas não é por isso que não deve-se buscar aprimoramento profissional por parte dos enfermeiros.

A partir dos resultados apresentados, propomos que, para tentar minimizar este problema, que os enfermeiros se dediquem mais às capacitações, cursos e atualizações relacionados a saúde mental e psiquiatria. Além disso, destacamos que àqueles profissionais que detém a especialidade em enfermagem em saúde mental e psiquiatria sejam abertos ao repasse das informações, às orientações e apoiando o serviço prestado daqueles que não possui a especialidade. Isso requer um esforço individual de cada profissional que se compromete com o serviço prestado. Que cada profissional se interrogue criticamente se possuem formação adequada para lidar com esse tipo de situação.

Por fim, apesar dos nossos resultados apresentados neste estudo tenha sido direcionado para o tipo de transtorno depressivo, pudemos perceber que ainda temos muito o que trabalhar e desenvolver na rede de Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família no que diz respeito à Literacia em Saúde Mental.

Ainda pretendemos analisar os demais resultados apresentados no questionário para que possamos, futuramente, obter respostas sobre a Literacia em Saúde mental direcionado a

outros tipos de transtornos, além das crenças sobre as doenças mentais das quais foram respondidos no questionário aplicado.

Todavia, esperamos que tenhamos deixado respostas ao que foi proposto no objetivo deste estudo e que diante disto, possamos nos atentarmos mais as questões de Saúde mental e a saúde pública municipal.

REFERÊNCIAS

ABREU, C.N. SALZANO, F.T. VASQUES, F. FILHO, R.C. CORDAS, T.A. (Colaboradores). Síndromes psiquiátricas: diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental. Ed: Artmed. Porto Alegre, 2006. 224p.

ALMEIDA, A.N.S. Cuidado clínico de enfermagem em saúde mental: contribuições da psicanálise para uma clínica do sujeito. (Dissertação) / Universidade Estadual do Ceará - Fortaleza, 2009. P83.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-R), 4th ed., **American Psychiatry Association**: Washington DC, 1994.

BARLOW, D. H.; DURAND, V. M. **Psicopatologia – Uma abordagem integrada**. Ed. 4ª. Editora: CENGAGE. 2008. 676p.

BAHLS, SC. Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. **Rev Bras Psiquiatr** 2002; 24(2):63-7

BARRETT, S., PURYEAR, J. Health literacy: improving quality of care in primary care settings. **J. Health Care Poor Underserved**, 17: 690-697. 2006.

BELÉM/PA. **Lei 7682/94 | Lei nº 7682 de 05 de janeiro de 1994**. Disponível em: <http://cm-belem.jusbrasil.com.br/legislacao/583592/lei-7682-94>. Acesso em 10/01/16.

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. O. **Elementos de amostragem**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

BUSSAB, Wilton Oliveira; MORETTIN, Pedro Alberto. **Estatística Descritiva**. 8. ed., São Paulo: Saraiva, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**. 2008. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929. Acessado em 10/11/2013.

_____. Ministério Público Federal. Procuradoria da República no Estado do Pará. **Inquérito Civil Público nº 1.23.000.001091/2008-18**. Belém-PA. Mai. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em dados 7**, ano V, nº 7 [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado 2012 Fev 12]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>.

_____. **Portaria n. 648, de 28 de março de 2006.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM648.htm>. Acessado em: 03/10/2013.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília-DF. Nov. 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários.** Brasília-DF. 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002.** Brasília. 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Lei 10.216 de 6 de abril de 2001.** Brasília-DF. 2001.

_____. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.** Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em março de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil. 2000. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/psf-perfil/prefacio.html>. Acesso: 20/01/16.

BRATS - Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Antidepressivos no transtorno depressivo maior em adultos. Mar/2012. 6(18): 1-35.

BROMET, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC Medicine.** 2011, 9:90. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/90>. Acessado em: 02/11/2013.

CAÇAPAVA, R. J; COLVEIRO, L.A. Estratégia de atendimento em saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde. **Rev. Gaúcha Enfermagem,** Porto alegre (RS), V.29, n.4, p.573-580, 2008.

CASTRO, R.C.B.R., SILVA, M.J.P. O conhecimento e a percepção do enfermeiro a respeito do processo da reforma psiquiátrica. **Rev Paul Enferm** 2000.

CAVALCANTE, K. C.; MARIA, M & A; LAGE, V. Depressão – Uma ‘psicopatologia’ classificada nos manuais de psiquiatria. **Rev. Psicologia ciência e profissão,** 27[1], p. 106-119, 2007.

CONTE, L. B. D.; SOUZA, L. N. A. Perfil epidemiológico do envelhecer com depressão. **Ver. Inst. Ciênc. Saúde.** Vol. 3, p. 214-9, 2009.

CRESWELL, J.W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DALLA VECCHIA, M.D., MARTINS, S.T. De-institutionalization of care for people with mental disorders within primary healthcare settings: contributions towards implementation of actions. **Interface** (Botucatu). 2009;13(28):151-64. Portuguese.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DIAS, C.B.; SILVA, A.L.A. O perfil e ação profissional da(o) enfermeira(o) no Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2010; 44(2): 469-475.

DIMENSTEIN, M., SEVERO, A.K., BRITO, M., PIMENTA, A.L., MEDEIROS, V. BEZERRA, E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saude soc.** vol.18 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2009.

ESTEVAN, M.C, MARCON, S.S, ANTONIO, M.M, MUNARI, D.B., WAIDMAN, M.A.P. Living with mental disorders: family members' perspective have on primary care. **Rev Esc Enferm USP**. 2011;45(3):674-86.

FERNANDES, P. Literacia em Saúde: Contribuição para o estudo de adaptação e validação do NVS –Newest Vital Sign. **[DISSERTAÇÃO]**. Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. 2012.

FORTUNA, C.M., MATUMOTO, S., PEREIRA, M.J.B., MISHIMA, S.M., KAWATA, L.S., CAMARGO-BORGES, C. O enfermeiro e as práticas de cuidados coletivos na estratégia saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 19(3):[08 telas]. maio-jun 2011.

FREEDMAN, D., BESS, K., TUCKER, H., BOYD, D., TUCHMAN, A., WALLSTON, K. Public health literacy defined. **American Journal of Preventive Medicine**, 36 (5): 446-451. 2009.

FUNK, M; SARACENO, B. **Prefácio**. Em: WHO. Mental Health Policy, Plans And Programmes. Genebra, 2004.

GUSMÃO, L.H.A. Cartografia dos distritos administrativos de Belém/PA com google Earth. Disponível em: <http://geocartografiadigital.blogspot.com.br/2013/05/cartografia-dos-distritos.html>. Acessado em: 01/04/16.

HABOUSH, A. FLOYD, M. CARON, J. LASOTA, M. ALVAREZ, K. Ballroom dance lessons for geriatric depression: an exploratory study. **Arts Psychother**. 2006;33(2):89-97.

HEALTHY PEOPLE 2010. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. Disponível em <http://chcs.org>.

HIRSCH M, BIRNBAUM RJ. Tricyclic and tetracyclic drugs for treating depressed adults. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), **UpToDate**, Waltham, MA, 2012.

HOUAISS, A. **Dicionário de língua portuguesa**. CD. 2013.

JORM, A.F. Mental Health Literacy: Empowering the community to take action for better mental health. **American Psychologist**. 2012, 67 (3), 231-243.

JORM, A.F. Mental Health Literacy: Public knowledge and beliefs about mental health disorders. **Br. J. Psychiatr.** 2000. Nov; 177(5): 396-401.

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

KELEHER, H. ARMSTRONG, R. Evidence-based mental health promotion resource, Report for the Department of Human Services and VicHealth, Melbourne. 2005.

KELLNER, C. Overview of electroconvulsive therapy (ECT) for adults. In: In: UpToDate, BASOW, D.S. (Ed), **UpToDate**, Waltham, MA, 2012a.

KELLNER, C. Indications for electroconvulsive therapy (ECT) in unipolar depression and its efficacy. In: In: UpToDate, BASOW, D.S. (Ed), **UpToDate**, Waltham, MA, 2012b.

KELLY, C. KITCHENER, B. JORM, A.F. Youth Mental Health First Aid: A manual for adults assisting young people. 2ªed.. Melbourne: Orygen Youth Health Research Centre. 2010.

KELLY, C., JORM, A., WRIGHT, A. *Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders*. **Medical Journal of Austrália**, 187 (7): S26-S30. 2007.

KICKBUSCH, I. MAAG, D. SAAN, H. Enabling healthy choices in modern health societies [Em linha]. Badgastein: European Health Forum. 2005.

KIRSCHBAUM D.J.R. O trabalho de enfermagem e o cuidado em saúde mental: novos rumos? Compreensão e crítica para uma clínica de enfermagem psiquiátrica. **Cadernos do IPUB**. 2004;6(19):15-36.

LAI, S.M, STUDENSKI S, RICHARDS L, PERERA S, REKER D, RIGLER S, RIGLER, S., DUNCAN,P.W. Therapeutic exercise and depressive symptoms after stroke. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(2):240-7.

LEBOW, J. Overview of psychotherapy. In: UpToDate, BASOW, D.S. (Ed), **UpToDate**, Waltham, MA, 2012.

LEVINE, D. M.; BERENSON, M. L.; STEFHAN, D. **Estatística: teoria e aplicações, usando Microsoft Excel em português**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1998.

LIMA, R.V.M; PEDRÃO, L.J; MIASSO, A.L. COSTA JÚNIOR, M.L. Papéis, conflitos e gratificações de enfermeiros especialistas em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. **Rev. Elet. Enferm.** 2012. 14(1): 59-67.

LIMA, R.V.M; PEDRÃO, L.J; GONÇALVES, J.G. LUIS, M.A.V. Papéis, conflitos e gratificações do enfermeiro de serviços abertos de assistência psiquiátrica. **Rev. Elet. Enferm.** 2010. 12(2): 348-353.

LISKOW, P.A, PERRY, P.J, ALEXANDER, B. **Psychotropic drug handbook**. In: Antidepressants. 7th ed. Washington, DC: 1997. p. 131-220.

LOUREIRO, L.M.J; RODRIGUES, M.A; SANTOS, J.C; OLIVEIRA, R.A. Literacia em saúde – breve introdução ao conceito. In: **LOUREIRO, L.M.J. Literacia em saúde mental: capacitar as pessoas e as comunidade para agir**. Série monografia nº8. Unidade de Investigação em ciências da saúde: enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. 2014a.

LOUREIRO, L.M.J; SOUSA, C.S.F; GOMES, S.P.S. Primeira ajuda em saúde mental – pressupostos e linhas orientadoras de ação. In: **LOUREIRO, L.M.J. Literacia em saúde mental: capacitar as pessoas e as comunidade para agir**. Série monografia nº8. Unidade de Investigação em ciências da saúde: enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. 2014b.

LOUREIRO, L.M.J; BARROSO, T.M.M.D.A; MENDES, A.M.O.C.; RODRIGUES, M.A.; OLIVEIRA, R.A.A.N.; OLIVEIRA, N.R.N. (2013). Mental health literacy about alcohol abuse: a study in a sample of adolescents and young Portuguese's. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 17(3). (Aprovado para publicação).

LOUREIRO, L.M.J.; MENDES, A.M.O.C.; BARROSO, T.M.M.D.A; SANTOS, J.C.P.; OLIVEIRA, R.A.; FERREIRA, R.O. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. **Revista de Enfermagem Referência**, III Série (6): 157-166.

LOUREIRO, L., DIAS, C., ARAGÃO, R. Crenças e Atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais: Contributos para o estudo das representações sociais da loucura. **Revista de Enfermagem Referência**, IIª Série (8): 33-44. 2008.

MAGALHÃES, R. Doenças psicológicas. 2015. Disponível em: <http://www.saudicas.com.br/doencas-psicologicas/>. Acesso em: 31/03/16.

MANCUSO, J. Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature. **Nursing and Health Sciences**, 11: 77-89. 2009.

MANCUSO, J. Health Literacy: Concept/ dimensional analysis. **Nursing e Health Sciences**. 2008. 10(3): 248-255.

MATTA, G.C. MOROSINI, M.V.G. **Atenção Primária à Saúde**. Dicionário da educação Profissional em saúde. Rio de Janeiro-RJ. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Acessado em: 05/11/2013.

MATHER, A.S, RODRIGUEZ, C, GUTHRIE, M.F, MCHARG, A.M, REID, I.C, MCMURDO, M.E. Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder: randomised controlled trial. **Br J Psychiatry**. 2002;180:411-5.

MENDES, E. V. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, T.H, CASTRO, R.C.B.R. Conhecimento do enfermeiro e seu papel em psiquiatria. **Rev Enferm UNISA**. 2005; 6: 94-8.

MCNEIL, J.K; LEBLANC, E.M, JOYNER, M. The effect of exercise on depressive symptoms in the moderately depressed elderly. **Psychol Aging**. 1991;6(3):487-8.

MITCHEHH, A.J; VAZE, A.; RAO, S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. **Lancet**. Ago, 2009. 374(9690): 609-619.

MONTEIRO, M.M.M.C.F. A literacia em saúde. [dissertação]. Departamento das Ciências de Educação. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa, Portugal. 2009.

MORGAN, A., JORM, A. Awareness of beyondblue: the national depression initiative in Australian young people. 2007. **Australasian Psychiatry**, 15 (4): Ap329- Ap333.

MOREIRA-ALMEIDA A, NETO, F.L, KOENIG, H.G. Religiousness and mental health. **Rev Bras Psiquiatr**. 2006; 28 (3):242-50.

NIELSEN-BOHLMAN, L. PANZER, A. KINDIG, D. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington: The National Academies Press. 2004.

NUTBEAM, D. The evolving concept of health literacy. **Social Science and Medicine**, 67: 2072-2078. 2008.

Oficina de Psicologia. Depressão – Um folheto de auto-ajuda inicial, 2012. Disponível em: <http://www.oficinadepsicologia.com/PDF/Depressao.pdf>. Acessado em: 02/04/2016.

OLIVEIRA, V.I.M. Depressão e atividade física. Revisão de artigos. Mar/2014. 1-4. Disponível em: http://www.listasconfef.org.br/comunicacao/banco_de_ideias/VivianeOliveira.pdf. Acesso em: 20/04/2016.

OLIVEIRA, F.B., GUEDES, H.K.A., OLIVEIRA, T.B.S., SILVA, J.C.C. Saúde mental e estratégia de saúde da família: uma articulação necessária. **Psychiatry on line Brasil**. Vol.(14) n (9). SET. 2009.

OLIVEIRA, M. R. Depressão na velhice: Aspectos epidemiológicos. **(Dissertação)**. Universidade Federal da Bahia, p. 119, 1993.

OPAS. **Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas**. Brasil: Organização Panamericana de Saúde, 2005.

PEDREIRO, A., LOUREIRO, L., Correia, S. Tradução, adaptação e validação por focus group de um questionário de avaliação da literacia em saúde mental (Qualismental) para adolescentes e jovens. **In E-book do III Congresso SPESM: Informação e Saúde Mental**. 2011.

PERITO, M. E. S.; FORTUNATO, J. J. Marcadores biológicos da depressão: Uma revisão sobre a expressão de fatores neurotróficos. **Rev. Neurocienc.**, 20(4), p. 597-603, 2012.

POLARO, S.H.I., GONÇALVES, L.T.H., ALVAREZ, A.M. Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras das Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**. 2013; 47(1):160-7

POLIT, D.F, BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011

QUINTELLA, R. R. Questões acerca do diagnóstico da depressão e sua relação com o campo médico e científico. **Psicol. Argum.**, Vol. 28, n. 6, p. 83-95, 2010.

REAVLEY, N.J., CVETKOVSKI, S., JORM, A.F., LUBMAN, D.I. Help-seeking for substance use, anxiety and affective disorders among young people: results from the 2007. Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. **Aust N Z J Psychiatry**. 2010. Ago; 44(8): 729-35.

REAVLEY, N.; JORM, A. (2011). Young people's recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, 45(10):890-898.

Relatório sobre a saúde no mundo 2001: **Saúde mental**: nova concepção, nova esperança. 2001.

ROMEIRO, L..A.S. FRAGA, C.A.M. BARREIRO, E.J. Novas estratégias terapêuticas para o tratamento da depressão: uma visão da química medicinal. **Quim. Nova**, Vol. 26, No. 3, 347-358, 2003.

ROSA, A.G.S.; LOUREIRO, L.M.J. SOUSA, C.S.F. Reconhecimento e procura de ajuda em saúde mental: revisão dos estudos realizados em amostras de adolescentes. In: **LOUREIRO**,

L.M.J. Literacia em saúde mental: capacitar as pessoas e as comunidade para agir. Série monografia nº8. Unidade de Investigação em ciências da saúde: enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. 2014.

ROSENTHAL, E. SUNDDRAM, C J. Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization. **The Role of International Human Rights in National Mental Health Legislation.** 2002. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/policy/international_hr_in_national_mhlegislation.pdf. Acessado em: 10/11/2013.

RUFINO, W.O. Saúde mental na atenção básica: projeto piloto sobre apoio matricial na rede SUS-Campo do Meio (MG) [**monografia de especialização em atenção básica em saúde da família**]. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte-MG. 2009.

SANTOS, O. O papel da literacia em saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. **Endocrinologia, Diabetes & Obesidade**, 4 (3): 127-134. 2010.

SCOTT, L., CHUR-HANSEN,A. The mental health literacy of rural adolescents: Emo subculture and SMS texting. **Australasian Psychiatry**, 2008. 16 (5), 359-362.

SCHWAN, S.; RAMIRES, V. R. R. Depressão em crianças: Uma breve revisão de literatura. **Ver. Psicol. Argum.**, v.29, n.67, p. 457-468, 2011.

SEEDAT S, SCOTT KM, ANGERMEYER MC, BERGLUND P, BROMET EJ, BRUGHATS, DEMYTTENAERE K, DE GIROLAMO G, HARO JM, JIN R, KARAM EG, KOVSSMASFETY V, LEVINSON D, MEDINA MORA ME, ONO Y, ORMEL J, PENNELL BE, POSADA-VILLA J, SAMPSON NA, WILLIAMS D, KESSLER RC. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(7):785.

SELDEN, C., et al. **Health literacy** [Em linha]. Bethesda: National Library of Medicine. 2000.

SELIGMAN, H., WANG, F., PALACIOS, J., et al. Physician notification of their diabetes patient's limited health literacy. A randomized, controlled trial. *J. Gen Intern Med*,20: 1001–1007. 2005.

SHEFFIELD, J.K. FIORENZA, E. SOFRONOFF, K. Adolescent's willingness to seek psychological help: Promoting and preventing factors. **Journal of Youth and Adolescents**, 2004. 33(6): 495-507.

SILVA MT. Prevalência auto-referida de depressão e uso de antidepressivos na população adulta do Distrito Federal (dados preliminares). (**Tese**). Universidade de Brasília, 2012.

- SILVEIRA, D. P. Sofrimento psíquico e serviços de saúde: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.
- SILVEIRA, L.C. A prática de enfermagem em saúde mental: uma visão a partir de seu referencial teórico. (Projeto de pesquisa) – Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza. 2008.
- SINGH, N.A, STAVRINOS, T.M, SCARBEEK, Y, GALAMBOS, G, LIBER, C, SINGH, M.A. A randomized controlled trial of high versus general practitioner care for clinical depression in older adults. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**. 2005;60(6):768-76.
- SPEROS, C. Health literacy: concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, 50 (6): 633-640. 2005.
- STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **Unesco Brasil/** Ministério da Saúde, 2004.
- STOPPE A. Abordagem clínica da depressão e da ansiedade. **J. Bras. Med**. 2006; 91(3):13-26
- STROPPA, A. MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e Saúde. In: Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina. Mauro Ivan Salgado & Gilson Freire (Orgs.). Belo Horizonte: Inede, 2008. (pp.: 427-443).
- STUART, G.W. **Papéis e funções dos enfermeiros psiquiátricos: cuidado competente. Enfermagem psiquiátrica – princípios e prática.** Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization). *Education/Literacy*. Disponível em: www.unesco.org/en/literacy.
- VILLANO, L. A. B.; NANHAY, A.L.G. Depressão: epidemiologia e abordagem em cuidados primários de saúde. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ**. 2011.
- VILLELA, S.C., SCATENA, M.C.M. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental: **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2004 nov/dez;57(6):738-41.
- WAIMAN, M.A.P., MARCON, S.S., PANDINI, A., BESSA, J.B., PAIANO, M. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. **Acta Paul Enferm**. 2012;25(3):346-51.
- WANNMACHER, L. Uso racional de antidepressivos. In: Uso racional de medicamentos: temas selecionados. N.9. 2011.
- WFMH. World Federation for Mental Health. Depressão: Perspectivas Internacionais sobre depressão para pessoas vivendo com depressão e suas famílias. Disponível em: <<http://www.wfmh.org>>. Acesso em: 05 Abr 2016.

WOLF, M., GAZMARARIAN, J., BAKER, D. Health literacy and functional health status among older adults. *Arch Intern Med*, 165: 1946-1952. 2005.

APÊNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: LITERACIA EM SAÚDE MENTAL DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO

BÁSICA: Uma contribuição para a prática de enfermagem.

Caro (a) profissional,

A pesquisa intitulada “LITERACIA EM SAÚDE MENTAL DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA: Uma contribuição para a prática de enfermagem” será realizada pela enfermeira Milena Silva dos Santos, discente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem-Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Profª Dra Marília de Fátima Vieira de Oliveira.

A pesquisa tem como objetivo “Verificar a capacidade de enfermeiros para tomada de decisões apropriadas em saúde mental no contexto da estratégia de saúde da família no município de Belém-PA”. Almeja-se alcançá-lo por meio da aplicação de um questionário Qualis Capes que foi adaptado para o desenvolvimento desta pesquisa.

A sua colaboração é fundamental para a realização desta pesquisa, pois os resultados do mesmo poderão contribuir para o contexto e serviços envolvidos, além de influenciar positivamente para as práticas cotidianas em saúde vivenciadas pelos sujeitos da pesquisa. Além da produção do conhecimento científico, pois o término da pesquisa resultará no elaborado final da Dissertação de Mestrado em Enfermagem da pesquisadora, seguido da divulgação dos resultados em nível nacional e/ou internacional, por meio da publicação de artigo(s) em periódicos da área.

A proposta de projeto apresentada revela o risco de quebra do anonimato, para tanto, como forma de prevenir esse risco da exposição do sujeito da pesquisa, obtendo-se a garantia do sigilo total da sua participação, sendo que as informações obtidas nos questionários apenas serão acessadas pelos pesquisadores envolvidos no trabalho e que não haverá a exigência da identificação do participante. Para minimizar possíveis desconfortos decorrentes das atividades da pesquisa, poderemos esclarecer dúvidas, quando existentes, a respeito do estudo e enfatizaremos verbalmente aos sujeitos a importância da sua participação.

A participação com as respostas no questionário não representará risco à dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa.

Confere-se a liberdade de recusa à participação no estudo e para responder a qualquer pergunta que por qualquer motivo não lhe seja conveniente durante a aplicação do questionário. Isto não lhe acarretará nenhum prejuízo pessoal. Caso apresente alguma dúvida em relação ao estudo, antes ou durante o seu desenvolvimento, bem como queira desistir de fazer parte do mesmo, poderá entrar em contato com a pesquisadora, por meio do telefone (91) 32635029 ou 81741151 e e-mail: milena_enfa@yahoo.com.br.

Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Milena Silva dos Santos
Pesquisadora Principal

Marília de Fátima Vieira de Oliveira
Pesquisadora Orientadora

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, declaro que fui esclarecido (a) sobre a pesquisa “LITERACIA EM SAÚDE MENTAL DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA: Uma contribuição para a prática de enfermagem”, e que estou ciente dos objetivos e compromissos da pesquisadora para com os meus dados, concordando que sejam utilizados na realização do estudo.

Belém (PA), _____ de _____ de _____.

Assinatura do Profissional: _____ RG: _____

ANEXOS

ANEXO A – QUESTIONÁRIO QUALIS MENTAL



Questionário n°: _____

Data da Entrevista: ____/____/2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LITERACIA EM SAÚDE MENTAL – QuALiSMental

Especificamente para esta pesquisa, este instrumento foi adaptado e autorizado para o Brasil de acordo com o objetivo do estudo, o qual se centra na caracterização e compreensão do entendimento e conhecimento de Enfermeiros (as) a algumas questões de saúde.

Este questionário é parte integrante de um programa designado de “Educação e Sensibilização para a Saúde Mental: um programa de intervenção com base na Escola para Adolescentes e Jovens” que acontece na Região Central de Portugal Continental, inscrito na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Ao aceitar responder a este questionário o entrevistado deve ler todas as questões e preencher cada questão conforme as orientações, ou ainda manifestando opinião nas questões abertas. Neste questionário não há respostas certas ou erradas, apenas a opinião do entrevistado (a).

PARTE I

1. **Gênero:** Masculino Feminino2. **Idade:** _____ anos

3. **Formação:** Bacharelado, Se sim, especifique: _____ Instituição de Ensino: _____
 Licenciatura, Se sim, especifique: _____ Instituição de Ensino: _____
 Especialização, Se sim, especifique: _____ Instituição de Ensino: _____
 Mestrado, Se sim, especifique: _____ Instituição de Ensino: _____
 Doutorado, Se sim, especifique: _____ Instituição de Ensino: _____

PARTE II

Instruções:

Esta parte do questionário é constituída por diferentes grupos de questões, tendo por base três casos/histórias que se encontram no início de cada grupo. Em seguida é apresentada a história de uma jovem chamada Joana. Não se trata de uma pessoa real, no entanto existem pessoas em situação semelhante. Leia a história atentamente e depois responda a todas as questões conforme as orientações.

Joana é uma jovem de 16 anos que tem se sentido triste de forma incomum durante as últimas semanas. Sente-se sempre cansada e têm problemas para adormecer e manter o sono. Perdeu o apetite e ultimamente tem perdido peso. Tem dificuldade em concentrar-se no estudo e suas notas diminuiram. Mesmo as tarefas do dia-a-dia lhe parecem muito difíceis, motivo pelo qual tem adiado algumas decisões. Os seus pais e amigos estão muito preocupados com ela.

1. Na sua opinião, o que pode está acontecendo com Joana? (Pode assinar várias respostas).

- Abuso de substâncias (ex.: álcool) Alcoolismo Anorexia Bulimia Depressão Doença mental
- Esquizofrenia Esgotamento nervoso É uma crise própria da idade Problemas psicológicos/mentais/emocionais
- Psicose Stresse Não sei Não tem nada
- Outro(s) (Especificar qual): _____

2. Em que medida você se sente confiante para ajudar Joana?

Sem confiança Pouco confiante Confiante Muito confiante

3. Diante das diferentes opções apresentadas para ajudar Joana. Marque para cada uma a sua opinião.

	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Não sei
Ouvir os seus problemas de forma compreensiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcar uma consulta no Médico da Atenção Básica com o seu conhecimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perguntar se tem tendências suicidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunir o grupo de amigos para a animar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não valorizar o seu problema, ignorando-a até que se sinta melhor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantê-la ocupada para que não pense tanto nos seus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incentivá-la a praticar exercício físico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra(s). Especifique qual:				

4. Existem diferentes pessoas e profissionais de saúde que poderão ajudar Joana. Marque para cada um a sua opinião.

	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Não sei
Um médico de família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um professor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um psicólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um enfermeiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um assistente social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um psiquiatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um serviço telefônico de aconselhamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um familiar próximo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um amigo significativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resolver sozinha os seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A outra pessoa. Especifica qual:				

5. Dos seguintes medicamentos/produtos quais, em sua opinião, poderão ajudar Joana. Marque para cada um a sua opinião.

	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Não sei
Vitaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chás (ex. camomila, cidreira, erva-doce)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tranquilizantes/Calmanes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti-psicóticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprimidos para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Existem diferentes atividades que poderão ajudar Joana. Marque para cada uma a sua opinião.

	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Não sei
Fazer exercício físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praticar treinos de relaxamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praticar meditação (Yoga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer acupuntura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantar-se cedo todas as manhãs e pegar sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer terapia com um profissional especializado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultar um site que contenha informações sobre o problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ler um livro de auto-ajuda sobre o problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas similares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procurar ajuda especializada de saúde mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingerir bebidas alcólicas para relaxar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumar para relaxar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra(s). Especificar Qual:				

7. Você acha que o risco de desenvolver uma situação como a de Joana reduziria se as pessoas:

	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Não sei
Praticassem exercícios físicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evitassem situações geradoras de stresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantivessem o contato regular com amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantivessem o contato regular com a família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não utilizassem drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não ingerissem bebidas alcólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praticassem atividades relaxantes regularmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tivessem uma crença religiosa ou espiritual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra(s). Especifique:				

8. Indique sua opinião para cada afirmação.

	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Não Sei
Se a Joana quisesse, poderia sair desta situação sozinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A situação de Joana é um sinal de fraqueza pessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta situação não é, realmente, uma doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A Joana é perigosa para os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A melhor forma de evitar o desenvolvimento de uma situação como a de Joana é afastar-se dela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A situação de Joana torna-a uma pessoa imprevisível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca contrariar alguém que esteja na situação de Joana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. As próximas questões contêm afirmações acerca da situação de Joana. Indique, em sua opinião, sobre o que pensa a MAIORIA das pessoas para cada afirmação.

	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Não Sei
Acredita que se a Joana quisesse, poderia sair desta situação sozinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acredita que a situação de Joana é um sinal de fraqueza pessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acredita que esta situação não é, realmente, uma doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acredita que a Joana é perigosa para os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acredita que a melhor forma de evitar o desenvolvimento de uma situação como a de Joana é afastar-se dela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acredita que a situação de Joana torna-a uma pessoa imprevisível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca contrariar alguém que esteja na situação de Joana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Em que medida você estaria à disposição de:

	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Não Sei
Passar o final de semana com Joana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalhar em um projeto ou grupo com a Joana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convidar a Joana para sua casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir a casa da Joana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ser amigo(a) pessoal de Joana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Alguém na tua família ou círculo próximo de amigos esteve numa situação similar à da Joana? Sim Não

12. Se sim, receberam alguma ajuda ou tratamento de profissionais especializados nessas situações?

Sim Não Talvez

Semelhante ao que você fez anteriormente, leia a história de Miguel e responda às questões a seguir.

Miguel é um jovem de 16 anos que vive com os seus pais. Tem frequentado a escola de forma irregular ao longo do último ano e recentemente abandonou-a. Nos últimos seis meses desligou-se dos seus amigos e, em casa, tranca-se no seu quarto, não quer comer com a família e não realiza os cuidados de higiene (deixou de tomar banho). Os seus pais ouvem-no a caminhar pelo quarto durante a noite. Mesmo sabendo que ele está sozinho, ouvem-no aos gritos e discutindo como se mais alguém estivesse no seu quarto. Quando tentam encorajar ele a fazer outras coisas, ele fala que não vai sair de casa porque está sendo vigiado pelo seu vizinho. Eles percebem que ele não consome drogas, porque ele nunca vê ninguém, nem sai de casa.

1. Na sua opinião, o que pode está acontecendo com Joana? (Pode assinar várias respostas).

- Abuso de substâncias (ex.: álcool) Alcoolismo Anorexia Bulimia Depressão Doença mental
- Esquizofrenia Esgotamento nervoso É uma crise própria da idade Problemas psicológicos/mentais/emocionais
- Psicose Stresse Não sei Não tem nada
- Outro(s) (Especificar qual): _____

2. Em que medida você se sente confiante para ajudar Joana?

- Sem confiança Pouco confiante Confiante Muito confiante

3. Diante das diferentes opções apresentadas para ajudar Joana. Marque para cada uma a sua opinião.

	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Não sei
Ouvir os seus problemas de forma compreensiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcar uma consulta no Médico da Atenção Básica com o seu conhecimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perguntar se tem tendências suicidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunir o grupo de amigos para a animar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não valorizar o seu problema, ignorando-a até que se sinta melhor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantê-la ocupada para que não pense tanto nos seus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incentivá-la a praticar exercício físico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra(s). Especifique qual:				

4. Existem diferentes pessoas e profissionais de saúde que poderão ajudar Joana. Marque para cada um a sua opinião.

	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Não sei
Um médico de família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um professor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um psicólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um enfermeiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um assistente social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um psiquiatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um serviço telefônico de aconselhamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um familiar próximo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um amigo significativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resolver sozinha os seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A outra pessoa. Especifica qual:				

5. Dos seguintes medicamentos/produtos quais, em sua opinião, poderão ajudar Joana. Marque para cada um a sua opinião.

	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Não sei
Vitaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chás (ex. camomila, cidreira, erva-doce)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tranquilizantes/Calmantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti-psicóticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprimidos para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Existem diferentes atividades que poderão ajudar Joana. Marque para cada uma a sua opinião.

	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Não sei
Fazer exercício físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praticar treinos de relaxamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praticar meditação (Yoga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer acupuntura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantar-se cedo todas as manhãs e pegar sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer terapia com um profissional especializado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultar um site que contenha informações sobre o problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ler um livro de auto-ajuda sobre o problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas similares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procurar ajuda especializada de saúde mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingerir bebidas alcólicas para relaxar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumar para relaxar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra(s). Especificar Qual:				

7. Você acha que o risco de desenvolver uma situação como a de Joana reduziria se as pessoas:

	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Não sei
Praticassem exercícios físicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evitassem situações geradoras de stresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantivessem o contato regular com amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantivessem o contato regular com a família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não utilizassem drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não ingerissem bebidas alcólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praticassem atividades relaxantes regularmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tivessem uma crença religiosa ou espiritual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra(s). Especifique:				

8. Indique sua opinião para cada afirmação.

	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Não Sei
Se a Joana quisesse, poderia sair desta situação sozinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A situação de Joana é um sinal de fraqueza pessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta situação não é, realmente, uma doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A Joana é perigosa para os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A melhor forma de evitar o desenvolvimento de uma situação como a de Joana é afastar-se dela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A situação de Joana torna-a uma pessoa imprevisível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca contrariar alguém que esteja na situação de Joana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. As próximas questões contêm afirmações acerca da situação de Joana. Indique, em sua opinião, sobre o que pensa a MAIORIA das pessoas para cada afirmação.

	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Não Sei
Acredita que se a Joana quisesse, poderia sair desta situação sozinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acredita que a situação de Joana é um sinal de fraqueza pessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acredita que esta situação não é, realmente, uma doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acredita que a Joana é perigosa para os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acredita que a melhor forma de evitar o desenvolvimento de uma situação como a de Joana é afastar-se dela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acredita que a situação de Joana torna-a uma pessoa imprevisível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca contrariar alguém que esteja na situação de Joana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Em que medida você estaria à disposição de:

	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Não Sei
Passar o final de semana com Joana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalhar em um projeto ou grupo com a Joana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convidar a Joana para sua casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir a casa da Joana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ser amigo(a) pessoal de Joana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Alguém na tua família ou círculo próximo de amigos esteve numa situação similar à da Joana? Sim

Não

12. Se sim, receberam alguma ajuda ou tratamento de profissionais especializados nessas situações?

Sim Não Talvez

PARTE III

Nas questões seguintes, será solicitado informações sobre o que tens visto/lido/ouvido na comunicação social, no trabalho, na escola, nas ruas sobre alguns problemas de saúde. Responda as questões assinalando com um “X” ou ainda, manifestando a sua opinião em questões que lhes for solicitado.

1. Viu, leu ou ouviu algum(as) anúncios/notícias sobre problemas de saúde mental nos últimos 12 meses?

Sim Não

2. Se sim, indique qual foi o tema:

3. Viu, leu ou ouviu este(s) anúncio/notícias em... (Pode marcar mais de uma alternativa).

Jornal, especifique: _____ Revista, especifique: _____
 Rádio, especifique: _____ Televisão, especifique: _____
 Outro. Especifique: _____

4. Nos últimos 12 meses, você recebeu alguma informação no serviço sobre problemas de saúde mental?

Sim Não

5. Se sim, de que você lembra?

6. Como foi repassada essa informação?

Apresentação Oral Poster/panfletos/cartazes Consultando algum site
 Palestra Curso Outra. Especifique: _____

7. Quais organizações relacionadas com problemas de saúde mental você conhece?

8. Você já visitou algum site que contenha informações relaciona com a saúde mental? Sim Não

9. Se sim, escreva qual(is). Se não lembrar, escreva o tema abordado:

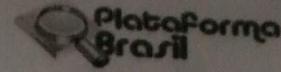
10. Se sim, em que língua estava(m) o(s) site(s)?

Português Inglês Espanhol Outra, qual? _____

Obrigado pela sua colaboração!

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: LITERACIA EM SAÚDE MENTAL DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA: Uma contribuição para a prática de enfermagem

Pesquisador: MILENA SILVA DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 35510114.5.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 787.887

Data da Relatoria: 17/09/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação de mestrado. Pesquisa seccional com abordagem quantitativa. Será desenvolvida na rede de Atenção Básica e Estratégias de Saúde da Família do Município de Belém-PA, de acordo com a distribuição geográfica do município que é composta por 8 distritos, sendo eles: DAMOS –Mosqueiro; DAOUT – Outeiro; DAICO - Icoaraci; DABEN – Bengui; DAENT- Entrocamento; DASAC- Sacramento; DABEL – Belém e DAGUA -Guamá. Para coleta dos dados será aplicado o questionário QuALISMental (auto aplicável) em enfermeiros que prestam atendimento nas Unidades Municipais de Saúde e nas Estratégias de Saúde da família que contemple estatisticamente os 8 distritos do município em estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Verificar a capacidade de enfermeiros para tomada de decisões apropriadas em saúde mental no contexto da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família no município de Belém-PA

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco: exposição do indivíduo a partir do acesso as informações contidas.

Benefícios: contribuição da pesquisa para o contexto e serviços envolvidos, influenciar positivamente as práticas cotidianas em saúde vivenciadas, produção do conhecimento científico.

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá

CEP: 66.075-110

UF: PA

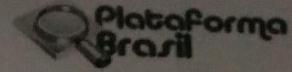
Município: BELEM

Telefone: (91)3201-7735

Fax: (91)3201-8028

E-mail: cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 787.887

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O questionário QuALISMental tem por objetivo avaliar o nível de literacia que um determinado grupo tem a respeito de saúde mental. É composto por quatro etapas que descrevem sintomas de depressão, de psicose, de fobia social e de abuso de substâncias associado à depressão. Às vinhetas tratam de questões sobre o reconhecimento das perturbações, ações de procura de ajuda e barreiras percebidas, crenças e intenções sobre prestar a primeira ajuda, crenças sobre intervenções, crenças sobre prevenção, atitudes estigmatizantes e distância social, exposição pessoal às perturbações mentais, e impactos das campanhas e da exposição nos meios de comunicação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados contemplam os sugeridos pelo Sistema CEP/CONEP.

Recomendações:

Alterar somente o cronograma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP: Prof. M.Sc. Wallace Raimundo A. dos Santos
Coordenador do CEP CCS

BELEM, 11 de Setembro de 2014

Assinado por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br