

Tânia de Almeida



Literacia em Saúde Mental: Conhecimentos, Estigma e Preconceito numa Amostra de Adolescentes da Região Centro de Portugal

IPV - ESEV | 2015

Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Educação de Viseu

maio de 2015

Tânia Patrícia Pereira de Almeida

**Literacia em Saúde Mental: Conhecimentos, Estigma
e Preconceito numa Amostra de Adolescentes da
Região Centro de Portugal**

Tânia Patrícia Pereira de Almeida

Literacia em Saúde Mental: Conhecimentos, Estigma e Preconceito numa Amostra de Adolescentes da Região Centro de Portugal

Projeto de Investigação

Intervenção Psicossocial em Crianças e Jovens em Risco

Trabalho efectuado sob a orientação de
Professora Doutora Maria João Amante
Professora Doutora Cátia Magalhães





DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE CIENTÍFICA

Tânia Patrícia Pereira de Almeida, n.º 4959, do curso Mestrado em Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco, declara, sob compromisso de honra, que o Projeto Final é inédito e foi especialmente escrito para este efeito.

.....Viseu....., 13... de Maio... de 20..15..

O aluno, Tânia Patrícia Pereira de Almeida

AGRADECIMENTOS

Desejo agradecer às minhas orientadoras, podendo considerar-me uma sortuda tendo em conta, que a Professora Doutora Maria João Amante e a Professora Doutora Cátia Magalhães, tiveram um papel ativo, e que com os seus conhecimentos, conseguiram ser críticas, sempre de uma forma construtiva, revelando sempre o seu profissionalismo, através do apoio constante e eficaz com conselhos e sugestões, além da disponibilidade e paciência que demonstraram ter ao longo da elaboração deste projeto. Bem hajam, por tudo!

A todos os professores que direta ou indiretamente contribuíram com os ensinamentos necessários para elaborar todo este projeto.

Um sincero agradecimento ao diretor da Escola Profissional envolvida que manifestou disponibilidade dando-me acesso aos documentos que precisei.

Quero apresentar a minha gratidão aos meus pais e irmão por me apoiarem ao longo da vida acreditando sempre em mim. À minha irmã, por ser mais do que isso ao longo deste percurso, uma amiga e uma companheira sempre pronta ajudar-me e a motivar-me para concluir esta etapa, a que me propus.

Um agradecimento especial ao meu namorado pelo apoio que me deu ao longo destes anos, incentivando-me a concluir este percurso.

Não queria deixar de agradecer, ainda que simbolicamente, aos “meus anjos da guarda”, que partiram sem avisar, mas que me inspiraram, continuarão a inspirar, e me tornaram mais resiliente.

A minha gratidão vai também para todos os meus colegas de mestrado e amigos que me apoiaram, particularmente, a Paula, a Inês, a Marina, o Ricardo, a Francisca e a Suzete.

A todos vós, muito obrigada por tudo!

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	I
ÍNDICE DE FIGURAS	IV
LISTA DE ABREVIATURAS	V
RESUMO	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – Revisão da literatura.....	2
1. Saúde mental: Conceito, dimensões e determinantes	2
1.1 Da saúde à perturbação mental	5
2. Conceito de literacia em saúde mental.....	8
2.1. Estigma e preconceito: um desafio à promoção da Saúde mental	11
2.1.1. Crenças, atitudes e estratégias de promoção de saúde	13
3. Adolescência e saúde mental.....	15
3.1 Intervenções de promoção da saúde mental na adolescência	16
CAPÍTULO II - PLANO DE INVESTIGAÇÃO.....	20
1. Apresentação do estudo.....	20
1.1. Formulação do Problema	21
1.2. Formulação de Hipóteses.....	21
2. Metodologia.....	22
2.1. Definição e operacionalização das variáveis	22
2.2. Amostra.....	22
2.3. Instrumentos	23
2.4. Procedimentos	25
2.5. Técnicas estatísticas e grau de confiança	26
3.Resultados: Previsão	27
CONCLUSÃO	30

BIBLIOGRAFIA	32
ANEXOS	42
Anexo A – Cronograma do Projeto de Investigação	43
Anexo B – Pedido de Autorização (Escola)	44
Anexo C – Consentimento Informado do Encarregado de Educação	46
Anexo D – Instrumento.....	47

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo Funcional da Saúde Mental (Adaptado de Lahtinen, Lehtinen, Riikonen, & Ahonen, 1999).....	3
Figura 2 – Modelo conceitual da Literacia em Saúde (Mancuso, 2008).....	10

LISTA DE ABREVIATURAS

APA - *American Psychiatric Association*

CDI - Inventário de Depressão para Crianças

ENSP-UNL - Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade de Lisboa

EUA - Estados Unidos da América

HLS-EU-PT - Questionário Europeu de Literacia em Saúde em Portugal

ICDM - Inventário de Crenças acerca das Doenças e Doentes Mentais

QV - Qualidade de Vida

OMS - Organização Mundial de Saúde

OMI - *Opinions about Mental Illness Scale*

PNSM - Plano Nacional de Saúde mental 2007-2016

QuALIS**Mental** - Questionário de Literacia em Saúde mental

RESUMO

Os problemas de saúde mental representam uma elevada prevalência na infância e na adolescência, podendo ser precursores de psicopatologia na vida adulta. O reduzido nível de literacia em saúde mental, associado ao estigma e preconceito contribuem para o agudizar das perturbações mentais, na medida em que impedem o reconhecimento precoce das mesmas e influenciam o comportamento de procura de ajuda. Esta é uma realidade deveras preocupante, tornado imperativo a promoção de estratégias de saúde mental e prevenção das doenças mentais. O presente projeto pretende analisar o nível de literacia em saúde mental de uma amostra de adolescentes (n=105), de ambos os sexos, da região centro do país. Será administrado o QuaLiSMental traduzido e aferido para a população portuguesa por Loureiro, Pedreiro e Correia (2012) para avaliar os conhecimentos e literacia em saúde mental. Espera-se que os resultados apontem para a prevalência de baixos níveis de literacia em saúde mental, associados ao estigma e preconceito que influenciam a preferência pela procura de ajudas informais. Salienta-se a importância da promoção de estratégias eficazes e apelativas, no âmbito da literacia, atendendo à faixa etária da adolescência.

Palavras-chave: Saúde Mental, Adolescentes, Preconceito, Estigma, Literacia em Saúde Mental.

ABSTRACT

Mental health problems had a high prevalence in childhood and adolescence, and may be precursors of psychopathology in adulthood. The low level of mental health literacy associated to stigma and prejudice contribute to the worsening of mental disorders, to the extent of withholding the early recognition of mental disorders and influencing help-seeking behaviors.

This is a very worrying reality therefore, the promotion of mental health strategies and the prevention of mental disorders are extremely important. The general objective of this research is to explore the levels of mental health literacy of a sample of adolescents (n=105), of both genders, from the central region of the country. Will apply QuaLiSMental, which was been translated and validated for portuguese population by Loureiro, Pedreira and Correia (2012), to evaluate the knowledge of mental health literacy. It is expected that the results point to the prevalence of low level of mental health literacy associated to stigma and prejudice that influence the preference for seeking informal support. In this sense, this project intends to analyze mental health literacy and the importance of adopting strategies to enable the promotion of mental health through various ways attractive to adolescents. It emphasizes the importance of promoting effective and appealing strategies in literacy, given the age range of adolescence.

Keywords: Mental Health, Adolescents, Prejudice, Stigma, Mental Health Literacy.

INTRODUÇÃO

A saúde mental é imprescindível ao desenvolvimento social e económico das comunidades (Gomes & Loureiro, 2013) e, numa altura em que se verifica uma crescente prevalência das perturbações do foro mental, na população em geral e nos adolescentes em particular (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010; Biddle, Donovan, Sharp, & Gunnell, 2007), torna-se cada vez mais premente refletir sobre as questões em causa (Organização Mundial de Saúde - OMS, 2001).

Esta realidade é ainda mais preocupante quando a investigação epidemiológica, recente, revela que as perturbações psiquiátricas e problemas relacionados com a saúde mental se consubstanciam na principal causa de incapacidade, e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura em todo o mundo (Patel, 2012). A literatura refere que os distúrbios mentais são responsáveis por 12% das doenças em todo o mundo, valor que cresce para 23% nos países desenvolvidos (Xavier, Baptista, Mendes, Magalhães, & Caldas-de-Almeida, 2013a). É de destacar ainda, que 50% das pessoas que virão a sofrer de uma perturbação mental terão o seu primeiro episódio antes dos dezoito anos, ou seja, na adolescência (Kelly, Jorm, & Right, 2007).

Assim importa, aprofundar os conhecimentos sobre saúde mental como um recurso potencial para a promoção e adoção de estratégias eficazes e empiricamente validadas (Atilola, 2014). Neste sentido, o objetivo geral do presente projeto consiste em analisar o nível de literacia em saúde mental numa amostra de adolescentes portugueses.

Deste modo, o presente trabalho de investigação está estruturado em dois capítulos: o primeiro orientado para a revisão da literatura onde se inclui a concetualização da literacia em saúde mental. Ainda neste capítulo, serão explorados os conceitos de estigma e preconceito, adolescência e saúde mental, assim como estratégias de intervenção e atitudes que facilitam a procura de ajuda. Por último, serão abordadas algumas intervenções na área da literacia em saúde mental. O segundo capítulo diz respeito ao plano de investigação, onde são apresentados: a formulação do problema e respetivas hipóteses, definição e operacionalização das variáveis, amostra, instrumentos utilizados, procedimentos de recolha e análise de dados e as técnicas estatísticas e grau de confiança.

Refere-se, ainda os resultados esperados, limitações e considerações finais por confronto com a literatura.

CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura centrou-se na fundamentação teórica das questões relativas à literacia em saúde mental, comportamentos discriminatórios, bem como na análise de intervenções e programas realizados neste âmbito. Também se considerou importante proceder à análise de alguns projetos nacionais que procuram contribuir para a promoção da saúde mental.

1. Saúde mental: Conceito, dimensões e determinantes

Inicialmente, o conceito de saúde mental era entendido como ausência de perturbação (Westerhof, & Keyes, 2010; Moreira, Melo, Pires, Crusellas, & Lima, 2005). Progressivamente, este conceito tem vindo a evoluir sendo atualmente muito mais abrangente. Este é entendido num *continuum* entre a saúde e a perturbação (Manderscheid et al., 2010). As investigações em saúde mental evidenciam que esta não se restringe à ausência de doença mental, mas engloba a presença de algo positivo, designado de saúde mental positiva, ou seja, a saúde mental deve ser entendida como estado completo (Keyes, Dhingra, & Simões, 2010).

Segundo Sá (2010, p.15) “numa perspetiva holística, a saúde mental inclui a capacidade do indivíduo para apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência¹ psicológica”. Esta conceção relaciona-se com a Qualidade de Vida (QV) cognitiva, emocional e com a ausência de doença mental. A definição apresentada pela OMS (2001) é mais abrangente e apresenta a saúde mental como “um estado de bem-estar no qual o indivíduo se apropria de todas as suas próprias capacidades, para poder lidar com o *stress* normal do quotidiano, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir positivamente para a comunidade em que se insere” (p.1).

Neste âmbito, a definição de saúde mental abrange três elementos fundamentais: o bem-estar, o funcionamento individual eficaz e o funcionamento eficaz na comunidade que, em conjunto, constituem a definição de saúde mental positiva (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Klooster, & Keyes, 2011).

¹ Resiliência psicológica consubstancia-se na capacidade de enfrentar as adversidades e de reconstrução e fortalecimento devido ao conflito. Esta assenta em dez pilares fundamentais: 1) introspeção; 2) motivação essencial; 3) autorregulação emocional; 4) independência e autonomia emocional; 5) confiança em si mesmo e nos seus próprios recursos; 6) capacidade de relacionamento; 7) atitude positiva e otimismo; 8) sentido de humor e criatividade; 9) colaboração e compromisso; 10) moralidade, ética e coerência (Santos, 2014). Disponível em: <http://www.infosalus.com/actualidad/noticia-resiliencia-12-consejos-sencillos-dia-dia-20140316100133.html>.

As questões relacionadas com a saúde mental são complexas porque afetam as pessoas como um todo, na sua individualidade e na sua relação com os outros e o meio envolvente. De facto, a saúde mental é responsável pela realização intelectual e emocional, bem como a sua integração na escola, no trabalho e na sociedade de todos os cidadãos (Comissão das Comunidades Europeias, 2005). Neste sentido, pode-se inferir que a saúde mental é um termo polissémico, pois varia em função dos valores de cada país, cultura, classes e géneros (OMS, 2001), resultando de um equilíbrio dinâmico da interação do indivíduo com os seus vários ecossistemas.

De acordo com a OMS (2001) existem fatores que podem ser preditores de desequilíbrio mental: fatores psicológicos, designadamente a relação de afeto estabelecida com os familiares durante a infância e a necessidade de fazer face a eventos stressantes, a pobreza, a dependência de uma economia baseada no dinheiro, altos níveis de violência, reduzido apoio social, a migração, que resulta frequentemente em altos índices de desemprego, os conflitos, as guerras, assim como a agitação social são também considerados fatores sociais associados a elevadas taxas de problemas de saúde mental.

Pode visualizar-se no Modelo Funcional de Saúde mental (Figura 1), que existe uma grande diversidade de fatores que determinam a condição mental, nomeadamente fatores de cariz biológico (por ex. genética), fatores individuais (por ex. vivências da primeira infância), fatores familiares, sociais, económicos e ambientais (por ex. estatuto social e condições de vida).



Figura 1 - Modelo Funcional da Saúde Mental (Adaptado de Lahtinen, Lehtinen, Riiikonen, & Ahonen, 1999)

Vários estudos têm sido realizados com o propósito de identificar fatores que contribuem positivamente e negativamente para a saúde mental. Macedo et al., (2012), num estudo sobre determinantes em saúde mental, destacaram-se sete categorias principais: três relativamente aos fatores que influenciam positivamente a saúde mental: i) fatores sociais e económicos; ii) fatores individuais; iii) fatores relacionais e quatro categorias relativamente aos fatores que a influenciam negativamente: i) fatores sociais, económicos e ambientais; ii) fatores individuais, iii) fatores relacionais; iv) eventos *stressantes* e transacionais.

Alves e Rodrigues (2010) destacam entre os fatores sociais e económicos que influenciam a saúde mental: o emprego; a educação; a pobreza; a discriminação sexual e a violência de género. A prevalência global de doença mental não difere entre homens e mulheres, contudo as mulheres apresentam um risco de sofrer de depressão ou perturbação de ansiedade cerca de duas vezes superior à dos homens. Em Portugal, a depressão é uma das doenças mentais com maior expressividade, precedida apenas pelas perturbações de ansiedade e sucedida pelas perturbações de controlo dos impulsos (Almeida & Col, 2010).

Atendendo à crescente prevalência de perturbações mentais, e de acordo com o que foi referido anteriormente, é imperioso o desenvolvimento de projetos que contribuam para a promoção da saúde mental (Jané-Llopis & Anderson, 2006). Esta preocupação está presente na Carta de Ottawa (1986)², que se apresenta como um documento chave na definição da promoção da saúde. Este documento procura intervir em prol da promoção da saúde, salientando o facto de que: “As estratégias e programas de promoção da saúde deverão ser adaptados às necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, considerados os diferentes sistemas sociais, culturais e económicos.” (Carta de Ottawa, 1986, p. 4).

Nesta Carta, estão definidos os princípios organizadores da intervenção na promoção da saúde: a) construir políticas de saúde saudáveis – a promoção da saúde extravasa a prestação de cuidados de saúde, estendendo-se à identificação de obstáculos e definição de estratégias, para a sociedade, que abrangem as dimensões económicas e políticas; (b) criar ambientes favoráveis ao desenvolvimento de uma vida saudável – promoção de estratégias com vista à melhoria da qualidade da saúde

² A primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa (Canadá) a 21 de novembro de 1986, aprovou a Carta de Ottawa, que contém as orientações para atingir a Saúde para Todos no ano 2000 e seguintes. Esta Carta teve como base os progressos decorrentes da Declaração de Alma-Ata, sobre os Cuidados de Saúde Primários, o documento da Organização Mundial «As Metas da Saúde para Todos» e um debate na Assembleia Mundial de Saúde sobre a ação intersectorial para a saúde.

pública e, conseqüentemente, de um estilo de vida saudável; (c) reforçar a ação comunitária – toda a comunidade deverá fazer parte integrante deste movimento; (d) desenvolvimento de competências pessoais – aposta na divulgação de informação e a educação existentes sobre estilos de vida saudável, reforçando-se as competências pessoais e sociais dos indivíduos; (e) reorientar os serviços de saúde – promoção do trabalho cooperativo entre os indivíduos, grupos comunitários, profissionais, organizações governamentais e sistemas de saúde, dando-se especial atenção à investigação (Heidmann, Almeida, Boehs, Wosny, & Monticelli, 2006).

Desta feita, a saúde mental tem sido cada vez mais entendida como o produto de múltiplas e complexas interações, que incluem fatores biológicos, psicológicos e sociais (Alves & Rodrigues, 2010) e os organismos competentes e responsáveis apontam para a necessidade de promover a saúde mental, tendo em conta os fatores de risco e proteção.

1.1 Da saúde à perturbação mental

A evolução histórica das concepções sobre saúde e doença originou modelos específicos relacionados com a saúde. Morais (2005) aponta três visões principais de saúde a partir do século XX: o conceito médico, o conceito da OMS e o conceito ecológico.

O conceito médico, baseado no modelo biomédico tradicional, trata-se de uma abordagem, pela negativa, que apresenta a saúde como inexistência de doença, sendo esta explicada apenas como um fenómeno de carácter fisiológico (Albuquerque & Oliveira, 2002).

A OMS (2005) ampliou a concepção do modelo biomédico subjacente ao processo saúde/doença, na medida em que, ao estabelecer-se relações com as áreas sociais e psíquicas, o mesmo passa a ter um carácter multidimensional. O diferencial desta nova definição é a visão holística de saúde, uma vez que a concepção de saúde está associada a um estado positivo de bem-estar. Por sua vez, a perspectiva ecológica vai mais além, na medida em que o processo saúde/doença atende a fatores como historicidade, integralidade e processualidade. Neste sentido, a saúde passou a ser compreendida como uma dinâmica complexa em termos físicos, psicológicos, sociais e ambientais (Matos, 2004). É neste contexto que surge a definição de doença mental, a qual é extremamente complexa, na medida em que engloba perturbações que influenciam o funcionamento e o comportamento emocional, social e intelectual, mais por desadequação ou distorção do que por falta ou deficiência das capacidades

anteriores à doença. De facto, as doenças mentais manifestam-se em determinado momento ao longo da vida, antes do qual não existem alterações ou perda de capacidades. Desta feita, na doença mental não existe uma insuficiência mas uma alteração de curta ou longa duração (Fazenda, 2008).

Na perspetiva da OMS (2001), as perturbações mentais e comportamentais resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Pode distinguir-se três perspetivas dominantes no que se refere às possíveis causas de perturbação mental: a causalidade orgânica que se relaciona com os fatores de cariz biológico; a causalidade psicológica, que enfatiza os aspetos relacionados com as características individuais de cada um, os seus sentimentos, emoções, pensamentos e comportamentos relacionando-os com as suas vivências pessoais e a causalidade social, que perspetiva a perturbação mental enquanto elemento inseparável do contexto em que surge. A abordagem holística da doença mental implica atender a todas estas perspetivas, sendo necessário adotar-se uma perspetiva biopsicossocial que atenda aos diversos fatores destacados, ou seja indicadores de fatores biológicos, psicológicos e sociais que influenciam o comportamento dos indivíduos e o desenvolvimento de transtornos mentais (Alves, 2001). Estes são consistentes e confirmam a relevância do modelo biopsicossocial de atenção à saúde.

A ocorrência concomitante de fatores de risco e de proteção complica a identificação das variáveis específicas, responsáveis pelo início e pela continuidade dos problemas de saúde mental (Kieling et al., 2011).

A nível internacional, recentemente, Patton et al., (2014) realizaram uma investigação com uma amostra aleatória de 1943 adolescentes de 44 escolas secundárias do estado de Victoria, na Austrália, a qual revelou que a maior duração de distúrbios de saúde mental na adolescência foi o mais forte preditor de desordem em adolescentes.

Um outro estudo desenvolvido por Petrov, Lichstein, e Baldwin (2014) com 1684 estudantes universitários, dos EUA, com idades compreendidas entre os 17 e 25 anos, revelou que 36,0% tinha distúrbios do sono como insónia, síndrome das pernas inquietas e transtorno de movimentos periódicos dos membros. Os estudantes com sintomas de insónia ou síndrome das pernas inquietas tenderam a apresentar menores capacidades de memória de trabalho e os estudantes com muitas insónias evidenciaram maiores probabilidades de terem transtornos mentais.

Num outro estudo, realizado, nos Estados Unidos, por Merikangas et al., (2010) com uma amostra de 10 123 adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e 18 anos, concluiu-se que, cerca de um em cada quatro a cinco adolescentes, nos EUA, apresenta sintomas de transtorno mental com comprometimento grave para a vida sendo que, as perturbações mais prevalentes eram as de ansiedade (31.9%), de comportamento (19.1%), de humor (14.3%) e perturbações relacionadas com o consumo de substâncias (11,4%).

De acordo com o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (2013), a prevalência das perturbações psiquiátricas, em Portugal, é muito elevada, especificamente mais de 1 em cada 5, dos indivíduos da amostra, apresentou uma perturbação psiquiátrica nos 12 meses anteriores à recolha de dados do estudo referido. Neste sentido, Portugal distingue-se significativamente de todos os outros países do sul da Europa que apresentam prevalências muito mais baixas que os países do norte (Wang et al., 2011). As mulheres, os grupos de menor idade, as pessoas separadas e viúvas apresentam uma maior prevalência de perturbações psiquiátricas. As mulheres apresentam mais perturbações depressivas e de ansiedade e os homens manifestam mais perturbações de controlo de impulsos e de abuso de substâncias. As perturbações depressivas, com respetivamente 11.7%, 59% e 29.3% de gravidade ligeira, moderada e grave, apresentam um padrão de maior gravidade que os outros grupos. Entre as perturbações que apresentam uma maior percentagem de casos graves destacam-se a perturbação de défice de atenção/hiperatividade (68.4%), a perturbação bipolar e a perturbação de oposição – desafio, ambas com 45%, a agorafobia sem pânico, 39.9% e a dependência de álcool, 39.2% (Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 2013).

Especificamente, no que concerne, ao período da adolescência, também se tem verificado um aumento da prevalência de perturbações mentais nesta etapa do desenvolvimento (Dixe, 2007). Diversos estudos epidemiológicos têm vindo a confirmar a noção empírica de que muitas das patologias psiquiátricas dos adultos têm início, de facto, antes dos 18 anos de idade (Coordenação Nacional para a Saúde mental, 2011).

A nível nacional, a literatura ressalta a escassez de estudos epidemiológicos que forneçam dados fiáveis na área da saúde mental, e o facto da avaliação de literacia em saúde mental nos jovens ser ainda alvo de pouca pesquisa, apesar dos estudos evidenciarem uma prevalência de 15% a 20% de perturbações mentais, já durante a infância e adolescência, e de se reclamar a necessidade de promover a

saúde e prevenir as doenças mentais em “idades de risco” (Milheiro, 1999, cit. por Loureiro et al., 2012b).

Freitas et al. (2004) conduziram um estudo sobre a prevalência da depressão na Ilha da Madeira, tendo sido obtida uma prevalência de sintomas depressivos de 7,52% em 505 pré-adolescentes e adolescentes da população escolar do terceiro ciclo do Funchal, com predomínio no sexo feminino.

Do mesmo modo, Cardoso, Rodrigues, e Vilar (2004) também desenvolveram uma investigação com o objetivo principal de caracterizar a prevalência de sintomas depressivos em adolescentes que frequentam escolas secundárias do concelho de Palmela. Para o efeito, aplicaram a versão portuguesa do Inventário de Depressão para Crianças (CDI) a uma amostra de 570 adolescentes entre os 12 e os 17 anos. Os dados obtidos apontaram para uma maior prevalência da depressão na adolescência do que na infância, bem como uma maior prevalência nos rapazes do que nas raparigas de idades mais novas.

Em suma, os diversos estudos apresentados demonstram que existe uma grande prevalência de problemas de saúde mental na adolescência e de doença mental na população adulta, pelo que a promoção da saúde mental e do bem-estar psicológico de crianças e jovens deve assumir-se como uma prioridade ao nível da saúde pública (Kelly et al., 2007).

2. Conceito de literacia em saúde mental

Neste estudo reflete-se de forma mais específica sobre a literacia em saúde. O conceito de literacia em saúde é transversal a diversas disciplinas, nomeadamente, educação, comunicação em saúde, ciência comportamental, medicina, linguística, saúde pública, antropologia, sociologia e psicologia (Flaherty, 2011).

Curtis et al., (2014) criticam o facto da literacia em saúde atual ser analisada apenas em termos de capacidade de leitura, escrita e cálculo, chamando a atenção para a importância de se atender a um conjunto mais amplo de competências para a tomada de decisões informadas em termos de saúde, nomeadamente quando a informação é frequentemente transmitida verbalmente e através de multimédia.

Segundo Loureiro, Rodrigues, Santos, e Oliveira (2014) a literacia em saúde apresenta-se como essencial à promoção da saúde e como pressuposto fundamental para o exercício ativo, participado e ampliado da cidadania em saúde dos indivíduos, grupos e comunidades. É neste sentido que se concorda com Marcus (2006) quando

apelida a pouca alfabetização em saúde e os resultados adversos que daí advêm como a “epidemia silenciosa”. Progressivamente tem-se assistido a uma crescente consciencialização dos efeitos da literacia em saúde, no entanto ainda se desconhece o uso prático destes conceitos nos cuidados de saúde (Mancuso, 2009; Rudd, Anderson, & Nath, 2007). Atendendo à pertinência social do estudo da literacia em saúde, em Portugal, a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade de Lisboa (ENSP-UNL) tem vindo, ao longo dos últimos anos, a aprofundar a linha de investigação neste âmbito com o intuito de aferir o nível de literacia em saúde da população portuguesa. Este objetivo concretizou-se, tendo-se aplicado o Questionário Europeu de Literacia em Saúde em Portugal (HLS-EU-PT), cujos resultados revelaram que a maioria dos portugueses tem um baixo nível de literacia em saúde.

Mancuso (2008) elaborou uma análise conceptual da literacia em saúde. Este modelo (Figura 2) reúne de forma sistematizada aqueles que são os antecedentes, determinados, pela autora, enquanto competências, os atributos e as consequências individuais e sociais, assentes na relação indivíduo-sociedade.

A autora enfatiza o conceito de competência (antecedente), enquanto 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. Como se pode observar na Figura 2, as qualidades da literacia em saúde (capacidade, compreensão e comunicação) estão integradas e são antecedidas pelas aptidões, estratégias e capacidades incluídas nas competências necessárias à aprendizagem da literacia em saúde.

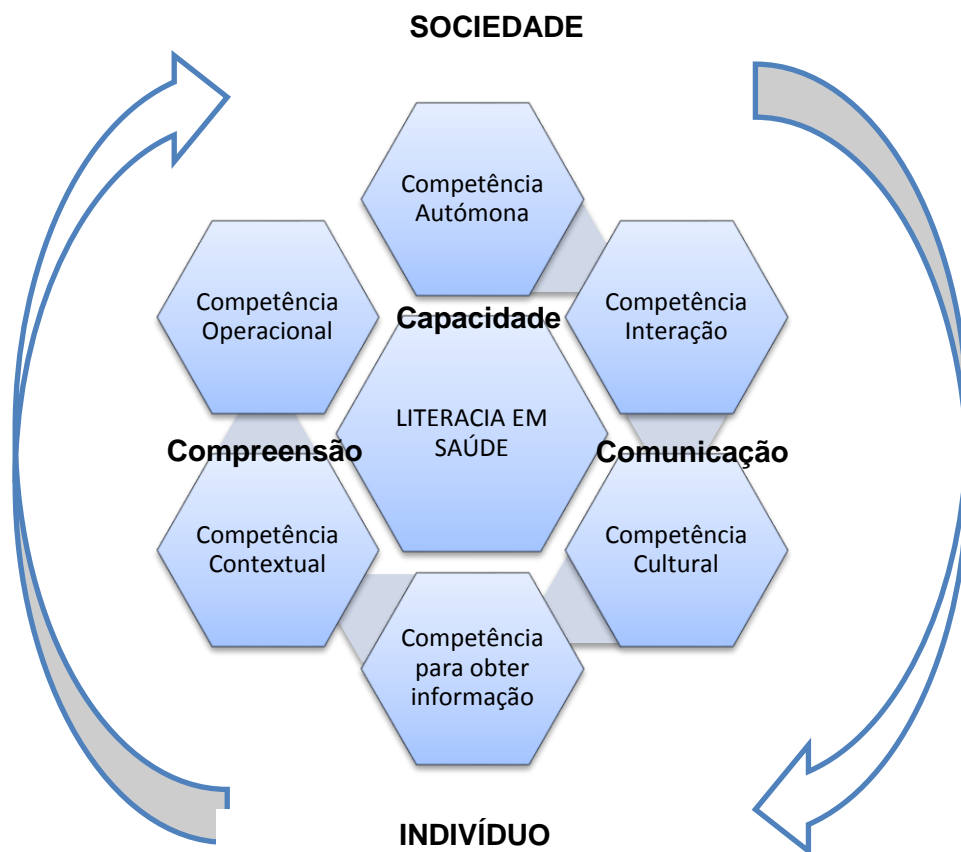


Figura 2 – Modelo conceitual da Literacia em Saúde (Mancuso, 2008)

Jorm (2012) realça que a literacia em saúde mental não se restringe ao conhecimento, mas sim ao facto deste poder beneficiar a saúde mental do indivíduo ou a dos outros. A literacia em saúde mental integra diversos elementos, incluindo (a) o conhecimento de como evitar transtornos mentais, (b) o reconhecimento de quando uma doença se desenvolve, (c) o conhecimento de opções e tratamentos disponíveis, (d) o conhecimento de estratégias de autodefesa contra transtornos mais simples, (e) e técnicas de primeiros socorros para apoiar os outros que aparentam estar a desenvolver um transtorno mental.

No entanto, há evidências que corroboram que há diversas intervenções que podem contribuir para a melhoria da literacia em saúde mental, nomeadamente, campanhas comunitárias, intervenções em ambientes educacionais, *sites* de formação e informação sobre Saúde Mental de Primeiros Socorros (Campos, Palha, Dias, Lima, Veiga, Costa, & Duarte, 2012; Jorm, 2012;).

Diversos estudos nacionais evidenciam que os níveis de literacia em saúde mental nos adolescentes portugueses são modestos (Medina, 2013; Pedreiro, 2013).

Na mesma linha de pensamento Loureiro et al., (2012b) assumem que o reconhecimento da depressão pelos jovens portugueses é inferior ao observado em vários estudos de outros países. Pedreiro (2013) também detetou défices na literacia em saúde mental destes adolescentes e jovens.

Desta feita, considera-se que as políticas nacionais devem apostar na alfabetização da comunidade no âmbito da saúde mental, bem como na monitorização da população, de modo a que toda a comunidade tenha capacidade para tomar medidas em prol da melhoria da saúde mental.

2.1. Estigma e preconceito: um desafio à promoção da Saúde mental

O estigma é a principal causa de discriminação e exclusão de pessoas com doenças mentais. O seu impacto na vida das pessoas com doença mental é manifesto, pois condiciona a perda de oportunidades, prejuízo da autoestima e autoconceito, qualidade de vida, suporte social e *empowerment*, atuando como um obstáculo ao desempenho dos papéis sociais habituais (Xavier, Klut, Neto, Ponte, & Melo, 2013b; Arboleda-Florez & Stuart, 2012).

Oliveira, Carolino e Paiva (2012) definem estigma enquanto uma desaprovação social de indivíduos ou grupos com características diferentes da norma, fundamentada em estereótipos e preconceitos negativos que originam a discriminação e que, frequentemente se traduz numa redução de igualdades de oportunidades. Neste sentido, o estigma foi considerado por diferentes autores como um dos principais obstáculos à promoção da saúde mental (Jorm, 2012; Corrigan & Watson, 2002).

Para Corrigan e Watson (2002), o estigma é constituído por três componentes: estereótipos, preconceitos e discriminação. Os estereótipos consistem em crenças negativas dos indivíduos, face à pessoa com perturbação mental. Já o preconceito, revela-se nas respostas, cognitiva e afetiva, que grande parte dos indivíduos experiencia relativamente a um grupo de indivíduos estigmatizados. Enquanto, a discriminação traduz-se na resposta/reacção, normalmente, associada ao preconceito. Estes três componentes estão também implícitos, em dois tipos de estigma: estigma público e auto estigma. O estigma público refere-se a uma forma de estigma da população geral para com os doentes mentais, numa ação discriminatória face às pessoas com perturbação mental. Muitas vezes, este tipo de estigma encontra-se associado ao estereótipo, enquanto crença negativa em torno de um grupo específico, baseado em noções como a perigosidade, falta de competência e fragilidade. Porém, também as dimensões preconceito e discriminação se verificam, apresentando-se sob

forma de medo e raiva, ou como negação de um cargo de trabalho ou habitação. O segundo tipo de estigma, auto estigma, refere-se ao conceito do indivíduo relativamente a si próprio, enquanto doente, através da internalização do estigma público. Assim, o indivíduo internaliza os estereótipos negativos através da aceitação de crenças sobre si mesmo, como a fragilidade e a incapacidade, no caso da componente do estereótipo, que determinam, por sua vez, a componente do preconceito, relacionado com a baixa autoestima e o baixo sentimento de autoeficácia (Corrigan & Watson, 2002; Arboleda-Florez & Stuart (2012). Apesar de ambas as dimensões do estigma comprometerem as oportunidades de vida e os projetos dos doentes, o auto estigma afeta mais a sua autoestima e o seu autoconceito (Xavier et al., 2013b; Mojtabai, 2010).

O processo de estigmatização possui, de acordo com Ronzani e Furtado (2010) um substrato sociocultural e é parte integrante de atitudes a respeito do objeto estigmatizado, podendo rotular indivíduos e agrupá-los em sujeitos socialmente inaceitáveis, (Yap, Wright, & Jorm, 2011), identificado como o estigma público ou percebido. A estigmatização é assim, sustentada e formada por meio do componente cognitivo das atitudes, crenças, que predispõem a certos comportamentos ou sentimentos sobre a situação estigmatizada.

A literatura revela que os indivíduos com doença mental são vistos como perigosos, imprevisíveis, responsáveis pela sua doença, preguiçosos ou dignos de pena, e é de forma pouco crítica que estas noções são também veiculadas pelos meios de comunicação social, contribuindo para a manutenção destes estereótipos (Mojtabai, 2010; Arboleda-Flórez, 2002)

Apesar de se denotar, lentamente, uma maior familiarização com as doenças mentais, subsiste muita ignorância e preconceitos relativamente às mesmas, incluindo nos países desenvolvidos. Os “problemas no conhecimento” (ignorância), associados a “problemas de atitudes” (preconceito) e aos “problemas do comportamento” (discriminação), consubstanciam-se nos três pilares do estigma face aos problemas de saúde mental (Thornicroft & Mehta, 2011).

Deste modo, o reduzido nível de literacia em saúde mental, associado ao estigma e preconceitos sociais contribuem decisivamente para o agudizar das doenças mentais, pois impedem o reconhecimento precoce das perturbações mentais e influenciam o comportamento de procura de ajuda (Loureiro et al., 2012a).

Embora a qualidade e eficácia dos tratamentos e serviços de saúde mental tenha conhecido grandes melhorias nos últimos anos, as revoluções terapêuticas em

psiquiatria ainda não foram capazes de reduzir o estigma. Este consubstancia-se num fator de risco, conduzindo ao atraso na sua instituição e diminuindo a adesão terapêutica (Shrivastava, Johnston, & Bureau, 2012).

2.1.1. Crenças, atitudes e estratégias de promoção de saúde

Para Jorm (2012) os conhecimentos e crenças relativas a fatores de risco/ causas das perturbações mentais são compostos pelas seguintes dimensões: “(a) a capacidade de identificar perturbações específicas ou diferentes tipos de mal-estar psicológico; (b) o conhecimento e as crenças relativamente a fatores de risco e causas; (c) o conhecimento e as crenças quanto a intervenções de autoajuda; (d) o conhecimento e as crenças em relação à ajuda profissional disponível; (e) as atitudes que facilitam o reconhecimento e a procura de ajuda; e, por último (f) o conhecimento relativo à obtenção de informação sobre saúde mental.

De acordo com o autor acima referido, o reconhecimento de perturbações mentais e do mal-estar psicológico é importante, dadas as consequências graves provenientes do atraso na procura do tratamento para a pessoa com perturbação mental. Neste sentido, várias investigações referem o facto de que, quanto mais longo for o período de tempo em que o tratamento está ausente, menos eficazes serão os resultados da intervenção. Esta evidência está muitas vezes explícita na condição do “não reconhecimento” da perturbação pelo próprio, assumindo este, denominação dos problemas de saúde mental através de expressões como “problemas da vida”, condicionando deste modo a procura de ajuda. Por outro lado, este, não reconhecimento, encontra-se também muitas vezes relacionado com a idade precoce em que, na maioria dos casos, se inicia o desenvolvimento das perturbações mentais, sendo ela a adolescência ou início da idade adulta. Assim, nesta faixa etária, o não reconhecimento encontra-se muitas vezes relacionado com atitudes negativas face ao tratamento (Jorm, 2012).

Loureiro (2013) considera que a procura de ajuda em saúde mental é complexa, pois, à mesma, estão subjacentes teorias e modelos diferenciados, contudo todos os modelos indiciam a necessidade de se atender aos aspetos psicológicos e sociais nos comportamentos de procura de ajuda em saúde. Segundo este autor, a procura admite diferentes estádios: o reconhecimento e a consciência que o indivíduo tem do seu problema e do modo como este o afeta necessitando da ajuda de outra pessoa; a perceção de que é capaz de expressar através da linguagem o que sente (sintomas) e que o outro (profissional) o entende e valoriza; a análise da

disponibilidade das fontes de ajuda que podem contribuir para a resolução do problema, assim como, a vontade de procurar ajuda e tomar uma decisão para a ação.

Yap et al., (2011) defendem que os jovens reconhecem quando necessitam de procurar ajuda e têm a capacidade de reconhecer determinadas características em pares, revelando, no entanto, relutância em conhecê-las e/ou negar, que se identifica com outros, não assumindo a doença. Estas particularidades relacionam-se com as características de ajuda e da perceção da doença. As atitudes associam-se às intenções da procura de ajuda e sugerem que as diferentes dimensões destas características também influenciam os jovens na procura de auxílio.

A investigação demonstra que grande parte dos indivíduos não recorre a serviços de saúde mental e, por isso, não recebe tratamentos adequados (Rickwood & Thomas, 2012), estimando-se que cerca de 70% das pessoas que padecem de algum tipo de perturbação mental não procuram ajuda especializada em saúde mental (Farrer, Leach, Griffiths, Christensen, & Jorm, 2008).

Biddle et al., (2007) acrescentam o facto da procura de ajuda formal ser menos provável ocorrer entre os 16 e os 24 anos, uma vez que os adolescentes e jovens são os grupos que menos contactam com os serviços de saúde. Uma grande preocupação para muitos dos participantes é a confiança no profissional de saúde e a confidencialidade da informação (Gulliver et al., 2010).

Segundo Loureiro et al., (2012b) o reconhecimento precoce e a procura de ajuda apropriada só terão lugar se os jovens e a sua família, professores e amigos, souberem quais são as alterações precoces provocadas pelas perturbações mentais, os melhores tipos de ajuda disponíveis, e como aceder a esta ajuda, conhecimentos e aptidões que se definem como literacia em saúde mental.

Loureiro, Dias e Aragão (2008) conduziram um estudo com 834 adultos, residentes em Penacova, com os objetivos de avaliar crenças e atitudes perante os doentes mentais e analisar o contributo das determinantes sócio demográficas e das crenças nessas atitudes. Os resultados acerca das crenças e atitudes perante os doentes e as doenças mentais revelaram um nível de aceitação e tolerância elevados, ainda que acompanhadas por mitos como incurabilidade e perigosidade. Os resultados, também, evidenciam, por um lado que as atitudes mais autoritárias estão sobretudo associadas às crenças na incurabilidade e perigosidade, e por outro, que as atitudes mais benevolentes e tolerantes estão associadas a um maior reconhecimento da doença, inclusive a sua condição médica. Conclui-se que os resultados indiciam

uma mudança positiva no modo de encarar a doença mental, ainda que ancorados nos estereótipos da incurabilidade e da perigosidade.

Oliveira et al., (2012) desenvolveram um estudo, com a versão portuguesa do *Opinions about Mental Illness Scale* (OMI) antes e depois da aplicação do Programa de Sensibilização *SMS Estigma* (Saúde mental Sem Estigma). Os resultados obtidos demonstram e corroboram a eficácia da combinação de estratégias de *Educação e Contacto* na redução do estigma associado às doenças mentais. Num outro estudo realizado por Ascenço (2013) desenvolveu-se o projeto “Promoção da Saúde mental na Escola”, cujos resultados revelaram, através da comparação entre os dados obtidos antes e depois da aplicação do programa, que os alunos passam de uma atitude mais estigmatizante para uma posição menos estigmatizante.

Atendendo que o estigma ainda é uma realidade bem presente, considera-se pertinente determinar estratégias pragmáticas no combate ao mesmo. Deste modo, e de acordo com Arboleda-Florez e Stuart (2012) devem ser disseminadas um conjunto de estratégias para reduzir o estigma na saúde mental, concretamente: a educação (apostar no aumento da literacia em saúde mental), o protesto (atitude aberta e assertiva contra as representações da doença mental sob a forma de estereótipos negativos), o contacto (promoção de interações positivas entre indivíduos com doença mental e a população geral), a reforma legislativa (criação de leis anti discriminação), a defesa dos direitos dos doentes mentais (ações que garantam os direitos e a plena cidadania dos indivíduos com doença mental), bem como a promoção do autoestigma (desenvolvimento da capacidade dos doentes para encontrarem novos significados pessoais e papéis sociais valorizados).

3. Adolescência e saúde mental

A adolescência é um período de desenvolvimento caracterizado por evoluções e mudanças consideráveis no contexto de vida dos indivíduos, em que os problemas relacionados com o bem-estar podem vir a ter profundo impacto na vida adulta (Rickwood, Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2005). Deste modo, por vezes é difícil traçar uma fronteira entre o normal e o patológico em saúde mental. Por si só, um sintoma não implica necessariamente a existência de psicopatologia, diferentes sintomas podem aparecer ao longo do desenvolvimento normal do adolescente, sendo geralmente, transitórios e sem evolução patológica. Por outro lado, o mesmo sintoma pode estar presente nos mais variados quadros psicopatológicos (Marques & Cepêda, 2009).

Deste modo, torna-se fundamental salientar a importância das abordagens direcionadas à promoção da saúde mental, com início em idades precoces (Pollet, 2007). Várias razões justificam a necessidade de se intervir precocemente neste âmbito: a) a elevada prevalência de problemas de saúde mental na adolescência; b) os problemas de saúde mental, ainda que apenas tratados mais tarde, desenvolvem-se durante a juventude (Kelly et al., 2007); c) o facto do estigma associado a problemas de saúde mental parecer surgir a partir dos 5 anos de idade (European Commission & Portuguese Ministry of Health, 2010); e d) o reduzido nível de literacia em saúde mental com implicações nos comportamentos de procura de ajuda profissional.

Em suma, a adolescência consubstancia-se num período determinante para a aquisição de conhecimentos e adoção de comportamentos que serão transferidos para a vida adulta (Loureiro et al., 2013). Desta feita, os adolescentes são um público-alvo prioritário para a promoção da saúde mental e para a redução do estigma associado a problemas de saúde mental dado que, não obstante que este estigma surja em idades precoces, é também esta a fase em que as atitudes e comportamentos são mais flexíveis, podendo ser modificadas.

3.1 Intervenções de promoção da saúde mental na adolescência

A multiplicidade de fatores que determinam a saúde mental, a crescente prevalência e o reconhecimento de perturbações psicológicas na infância e adolescência, implicam a necessidade de implementação de intervenções que contribuam para a promoção da saúde mental (Pinto et al., 2014).

Vários estudos apontam, de uma forma bastante consensual, a eficácia da promoção de conhecimentos, ao nível da saúde, com recurso a programas que apresentam como principal objectivo, a redução de desigualdade no âmbito da saúde, com o compromisso e a colaboração de todos os indivíduos que compõem a comunidade (Pollet, 2007). Deste modo, a literacia em saúde, tem sido perspetivada ao longo das últimas décadas como uma dimensão essencial da promoção da saúde mental, na medida em que é entendida como um conjunto de competências cognitivas e sociais que permitem aos indivíduos aceder, compreender e usar informação na área em causa, assim como desconstruir crenças negativas associadas às doenças mentais (Oliveira et al., 2012). Assim, e atendendo à crescente prevalência de perturbações mentais nos adolescentes é imperioso o desenvolvimento de intervenções que contribuam para a promoção da saúde mental, bem como de

abordagens educativas que envolvam adolescentes, pais e professores, sustentadas em factos e baseadas em evidência, que contribuam para a promoção da literacia em saúde mental e a mudança de comportamentos.

O projeto “Educação e Sensibilização para a Saúde mental: Um programa de Intervenção com base na Escola para Adolescentes e Jovens” teve como objetivo principal o incremento da literacia em saúde mental de adolescentes e jovens (12-18 anos). Para avaliar a literacia em saúde mental de adolescentes e jovens em Portugal, foi concebido o instrumento Questionário de Literacia em Saúde mental (QuALISMental), na versão para adolescentes e jovens, a partir do *Survey of Mental Health Literacy in Young People- Interview Version* (Jorm et al., 1997). O estudo foi realizado em escolas do terceiro ciclo e secundárias, da zona de abrangência, da Direção Regional da Educação do Centro, sendo a amostra constituída por 4938 adolescentes e jovens. Do projeto resultaram ainda diversos produtos, designadamente: o *website* FelizMente, no qual adolescentes e jovens podem recolher informações sobre a depressão, *stress*, ansiedade e perturbações alimentares; um evento científico, o primeiro Congresso Internacional de Literacia em Saúde mental (2014), que procurou refletir sobre as questões relacionadas com a literacia em saúde e particularmente no processo de envolvimento dos cidadãos na construção dos seus projetos de saúde.

Num estudo com 23 adolescentes, estudantes do ensino secundário público, com frequência do 7º ao 12º ano, Rosa, Loureiro, e Sequeira (2014) consideram o baixo nível de literacia em saúde mental como determinante na ausência de comportamentos de procura de ajuda na adolescência, interferindo no desenvolvimento e aumentando o risco de recorrência das perturbações psiquiátricas. Neste estudo, conclui-se que os adolescentes demonstraram dificuldades significativas no reconhecimento das perturbações mentais, assim como na identificação dos seus principais sintomas, o que se traduziu em comportamentos de procura de ajuda desajustados das necessidades, com desvalorização das ajudas profissionais e preferência por fontes informais como o grupo de pares ou a família. Os resultados apontam ainda que para além das dificuldades de reconhecimento da doença, fatores como o estigma, a falta de confiança nos profissionais de saúde e os constrangimentos de confidencialidade, constituem barreiras no acesso à ajuda profissional. Este estudo, também, demonstrou que o apoio social e as experiências anteriores positivas, enquanto fator promotor da literacia em saúde mental, podem reduzir o estigma e facilitar a procura de ajuda neste grupo etário.

Também Pedreiro (2013) promoveu um programa composto por três sessões em sala de aula e acesso continuado a um *website*. As sessões abordaram a depressão e o abuso de álcool, respectivamente, e os resultados obtidos revelaram que este programa demonstrou ser eficaz no aumento da literacia em saúde mental, do grupo de adolescentes e jovens que o frequentaram.

Silva (2012), procurou explorar os conhecimentos, o estigma e as necessidades que adolescentes de 7º ano apresentam relativamente a questões de saúde mental, bem como compreender a importância e a tipologia de ações em torno da temática. Os resultados do estudo revelaram que os jovens que participaram apresentavam baixos níveis de literacia em saúde mental, bem como indicadores de preconceitos, estereótipos e comportamentos discriminatórios associados à perturbação mental.

No que concerne à promoção da saúde, importa referir o projeto “Aventura Social na Comunidade”, uma vez que foi um contributo importante ao nível da perceção do perfil dos adolescentes portugueses, nomeadamente aos sintomas físicos e psicológicos desta faixa etária da população nacional (Matos & Carvalhosa, 2001).

Loureiro et al., (2012c) apresenta uma abordagem centrada na promoção da saúde e prevenção da perturbação mental, junto de adolescentes, com o recurso ao meio interativo internet.

O projeto “UPA Faz a diferença - Ações de Sensibilização Pró-Saúde mental” (Campos, Costa, & Palha, 2010) tem como objetivo contribuir para o aumento do conhecimento sobre os problemas de saúde mental, estimulando a procura precoce de ajuda e diminuindo atitudes estigmatizantes e discriminatórias e, ainda sensibilizar para a importância da promoção de saúde mental. O público-alvo desta intervenção foram estudantes entre os 15 e os 18 anos e a sua concretização envolveu três fases: (1) Estudo Piloto - Aferição de conhecimentos, mitos e crenças dos alunos em torno da saúde e perturbação mental; (2) implementação de duas sessões pró-saúde mental e (3) avaliação da eficácia da intervenção. Numa segunda fase do estudo foram implementadas ações-piloto. Estas ações foram realizadas num grupo de 26 alunos, do ensino secundário, sendo aplicado na pré e na pós-intervenção o “Questionário UPA”. As ações foram dinamizadas em 13 escolas, das quais 10 eram escolas públicas e 3 instituições de ensino privado, a 1177 alunos que frequentavam o ensino secundário, com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos. Os resultados obtidos demonstraram que, num primeiro momento, o nível de conhecimentos sobre a saúde mental dos inquiridos era razoável, com uma adequada atribuição de causas

para as doenças mentais. No que concerne às percepções estigmatizantes, os alunos dos grupos de intervenção evidenciaram uma postura neutra, atribuindo-se este facto, possivelmente, ao nível de conhecimentos que possuíam. Neste sentido, as intenções comportamentais parecem ser coerentes com os resultados anteriores, uma vez que foi visível a iniciativa para ajudar ou procurar ajuda, perante um problema de saúde mental. Na avaliação pós-teste, no grupo experimental, verificou-se um aumento dos conhecimentos e uma diminuição das percepções estigmatizantes. Também no grupo de controlo verificou-se uma diminuição das mesmas. No que concerne às intenções comportamentais, o grupo experimental identificou mais e diferentes recursos para a procura de ajuda adequada, podendo o resultado, de acordo com as autoras, estar associado à adequabilidade dos conteúdos e estratégias utilizados nas sessões. No grupo de controlo, na avaliação pós-teste, também se verificou um aumento de percepções positivas, podendo o resultado estar associado ao possível efeito irradiativo (Campos et al., 2012).

Marques et al., (2012), desenvolveram o projeto “Saúde Mental Também se Aprende”, com 100 alunos, com médias de idades de 16 anos e confirmaram a existência do estigma perante a doença mental nesta população assim, justificam-se mais intervenções profiláticas nesta área, pelo potencial modificador que representam.

Em contexto nacional existem poucas intervenções sistematizadas na área da promoção de conhecimentos sobre saúde mental e redução do estigma associado às perturbações mentais. Considera-se fundamental promover abordagens educativas, sustentadas em factos e baseadas em evidência, que contribuam para promover a literacia em saúde mental, potenciando a reflexão e a mudança de atitudes.

Vários autores (Xavier et al., 2013b; Oliveira et al., 2012; Silva, 2012) apontam que estas condições são essenciais à desconstrução de crenças negativas associadas às doenças mentais, mas também, ao desenvolvimento de competências de identificação e reconhecimento de fatores de risco e sinais relacionados com determinadas perturbações mentais, sustentados no desenvolvimento de competências pessoais e sociais, assim como, o aumento de resiliência e a promoção de autoestima e autonomia.

CAPÍTULO II - PLANO DE INVESTIGAÇÃO

1. Apresentação do estudo

A seleção desta temática prende-se com o facto de, tal como referem os resultados do Questionário Europeu de Literacia em Saúde em Portugal (HLS-EU-PT), a maioria dos portugueses evidenciaram um baixo nível de literacia em saúde. De acordo com o relatório “Portugal - Saúde mental em Números 2013”, as perturbações psiquiátricas afetam mais de um quinto da população portuguesa. Com os valores mais altos de prevalência anual destacam-se as perturbações da ansiedade (16,5%) e as perturbações depressivas (7,9%). Em comparação com outros países ocidentais, Portugal apresenta dos mais altos valores de prevalência de perturbações psiquiátricas (22,9%), sendo estes apenas comparáveis com a Irlanda do Norte (23,1%) e com os EUA (26,4%). Estes dados revelam a importância de uma forte aposta na promoção da literacia em saúde mental no nosso país.

Reconhece-se que a prevalência de problemas de saúde mental na adolescência é significativa e que as atitudes estigmatizantes contribuem decisivamente para a manutenção de uma visão preconceituosa das doenças e dos doentes, fortemente, enraizada cultural e socialmente, e que as atitudes relacionadas com estas questões são adquiridas precocemente progredindo, gradualmente, e consolidando-se na idade adulta (Loureiro et al., 2012b). Assim, os adolescentes são um público-alvo prioritário para a promoção da literacia em saúde mental, já que nesta fase de desenvolvimento as atitudes são mais flexíveis, portanto, passíveis de serem modificadas.

Tal como defendem Rosa et al., (2014), o baixo nível de literacia em saúde mental é determinante para a ausência de comportamentos de procura de ajuda na adolescência, afeta o desenvolvimento e potencia o risco de recorrência das perturbações psiquiátricas. Por isso, considera-se assertiva a aposta no incremento da literacia nos adolescentes portugueses, para que, a longo prazo, permita o reconhecimento da doença, conhecimento de ajuda, tratamentos profissionais disponíveis e conhecimento de estratégias eficazes de autoajuda.

Considera-se premente a necessidade de criar programas de promoção literacia em saúde mental em Portugal, por um lado, através do incremento dos conhecimentos sobre os sintomas e compreensão dos conceitos associados à saúde mental, por outro, através da minimização dos constrangimentos associados ao estigma e outras barreiras na procura de ajuda. Tendo em conta a revisão da literatura

nesta área e o contexto no qual será elaborado este estudo, surge como objetivo geral analisar o nível de literacia em saúde mental numa amostra de adolescentes portugueses.

No seguimento do objetivo geral propõem-se os seguintes objetivos específicos de investigação:

- Analisar o nível de literacia em saúde mental em função da idade;
- Analisar o nível de literacia em saúde mental em função do género;
- Analisar o nível de literacia em saúde mental em função do estigma e preconceito.

Todas as etapas referentes ao projeto de investigação encontram-se definidas num cronograma de atividades (Anexo A).

1.1. Formulação do Problema

Segundo Coutinho (2013) a investigação envolve sempre um problema, sob forma de um objetivo ou de uma pergunta, fundamental para centrar uma investigação numa área ou domínio, para dar coerência e direção, mostrar fronteiras, delimitar o estudo, como um guia que fornece um referencial para a redação do projeto e aponta para os dados que serão necessários obter.

Definiu-se como problema de estudo: Em que medida se verificam diferenças na literacia em saúde mental em função do género, idade, estigma e preconceito.

1.2. Formulação de Hipóteses

Segundo Punch (1998, cit. por Coutinho, 2013), uma hipótese é uma previsão de resposta para o problema da investigação. Tendo em conta a revisão da literatura, os objetivos do projeto e o problema, anteriormente, enunciado formularam-se as seguintes hipóteses:

H1: Os adolescentes portugueses apresentam níveis baixos de literacia em saúde mental.

H2: Existem diferenças significativas no nível de literacia em saúde mental em função do género.

H3: Existem diferenças significativas no nível de literacia em saúde mental em função da idade.

H4: Existem diferenças significativas no nível de literacia em saúde mental em função do nível do estigma e preconceito.

2. Metodologia

2.1. Definição e operacionalização das variáveis

De acordo com Vilelas (2009), a operacionalização das variáveis, consiste em definir os conceitos para que possam ser observados e medidos. Uma variável representa uma qualidade, uma propriedade ou uma característica de pessoas, de objetos ou de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo, sendo consideradas unidades de base de investigação (Fortin, 2009). Em estudos de carácter quantitativo é necessário que apareçam operacionalizadas as variáveis dependentes e independentes.

A variável dependente é a que sofre o efeito da variável independente, sendo o resultado antecipado pelo investigador (Fortin, 2009). A variável dependente do presente estudo é a literacia em saúde mental nas componentes supracitadas. Corresponde aos conhecimentos e crenças que permitem o reconhecimento, gestão e prevenção das perturbações mentais em prol do próprio ou dos seus pares. A operacionalização desta variável tem por base o Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde mental – QuALiSMental.

A variável independente é um elemento que é introduzido e manipulado numa situação de investigação, com o intuito de exercer um efeito sobre uma outra variável (Fortin, 2009). Estas foram determinadas não só com o intuito de caracterizar os adolescentes envolvidos no estudo, mas também, com o objetivo de conhecer a sua relação com a variável dependente.

As variáveis independentes deste estudo serão: o género (masculino e feminino), a idade (anos) e o estigma e preconceito.

2.2. Amostra

A amostra é o conjunto de sujeitos de quem se recolherá dados e deve ter as mesmas características das da população de onde foi extraída (Coutinho, 2013).

A amostra, de conveniência, será obtida no distrito de Viseu, sendo composta por 105 estudantes adolescentes, entre os 15 e os 22 anos, que frequentam cursos profissionais, numa escola profissional da zona centro, 47 do sexo feminino e 58 do sexo masculino. Destes alunos, 8% frequenta o Curso de Especialização Tecnológica (Nível V) de Tecnologia Mecatrónica; 68%, frequenta Cursos profissionais (Nível III/IV) de Técnico de Manutenção Industrial – Eletromecânica, Técnico de Manutenção

Industrial – Mecatrónica, Técnico de Restauração – Restaurante/Bar, Técnico de Restauração – Cozinha/Pastelaria, Técnico de Secretariado e 24% frequenta Cursos de Educação e Formação (Nível II) de Cozinha e Eletromecânica de Equipamentos Industriais.

2.3. Instrumentos

O instrumento de colheita de dados é uma ferramenta ou uma técnica que o investigador utiliza para proceder à recolha de dados e informações consideradas imprescindíveis à realização do estudo a que se propôs (Polit, Beck, & Hungler, 2004).

Neste estudo será utilizado como instrumento de recolha de dados o Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde mental – QuALiSMental, versão validada para a população Portuguesa por Loureiro, Pedreiro e Correia (2012a) a partir do *Survey of Mental Health Literacy in Young People* (Jorm et al., 1997), o qual avalia o nível de literacia em saúde mental.

O QuALiSMental (Anexo D) engloba um conjunto de nove secções que incluem os seguintes domínios: a) Reconhecimento das perturbações; b) Ações de Procura de Ajuda e Barreiras percebidas; c) Crenças e intenções sobre prestar a primeira ajuda; d) Crenças sobre intervenções; e) Crenças sobre Prevenção; f) Atitudes Estigmatizantes e Distância Social; e g) Exposição (familiaridade) com as perturbações mentais.

Na aplicação do instrumento serão apresentadas três vinhetas que descrevem casos fictícios de depressão, problemas associados ao consumo de álcool e esquizofrenia e, segundo os critérios de diagnóstico da DSM-IV-TR (APA, 2002), sendo abordados neste trabalho apenas as duas primeiras. A opção pela utilização destas duas vinhetas prende-se com o facto de as mesmas serem alvo de diversos estudos contemplados na parte teórica.

A componente *reconhecimento das perturbações* é constituída por vários rótulos que os indivíduos podem assinalar no formato de escolha múltipla. Além dos rótulos (ex: *depressão, esgotamento*) inclui ainda as opções de resposta, *não tem nada, não sei, tem um problema e outro*, devendo neste último, indicar qual.

A vinheta A, que descreve a depressão, cujos resultados se pretendem analisar, será a seguinte:

“A Joana é uma jovem de 16 anos que se tem sentido involuntariamente triste durante as últimas semanas. Sente-se sempre cansada e tem

problemas para adormecer e manter o sono. Perdeu o apetite e ultimamente tem vindo a perder peso. Tem dificuldade em concentrar-se no estudo e as notas desceram. Mesmo as tarefas do dia-a-dia lhe parecem muito difíceis, pelo que tem adiado algumas decisões. Os seus pais e amigos estão muito preocupados com ela.”

A vinheta B, que descreve o abuso de álcool, cujos resultados se pretendem analisar, será a seguinte:

“O Jorge é um jovem de 16 anos que frequenta o 11º ano de escolaridade. No último ano começou a beber bebidas alcoólicas e embriagou-se em todas as festas/convívios a que foi. Os pais andam preocupados porque o Jorge tem vindo a diminuir o seu rendimento escolar, faltando às aulas devido às ressacas. E tendo inclusive os pais sido chamados à escola por ter aparecido embriagado a uma aula. Na última festa, os amigos chamaram o 112 pois ele estava inconsciente.”

As respostas consideradas corretas no reconhecimento do problema descrito na vinheta A serão as que apresentarem obrigatoriamente a seleção apenas de depressão, e as diversas associações de depressão com problemas psicológicos/emocionais/mentais, doença mental, *stress* e tem um problema. No que concerne à vinheta B, as respostas consideradas corretas no reconhecimento do problema descrito na vinheta B serão as que apresentarem obrigatoriamente a seleção apenas de, e as diversas associações de abuso de substâncias/alcoolismo com problemas psicológicos/emocionais/mentais, doença mental, *stress* e tem um problema.

De seguida, surge a componente conhecimento sobre os profissionais e tratamentos disponíveis a qual é constituída por um total de 16 itens, sendo o formato de resposta: *útil, prejudicial, nem uma coisa nem outra e não sei*.

As componentes, *conhecimento sobre a eficácia das estratégias de autoajuda e conhecimento e as competências para prestar apoio e primeira ajuda aos outros*, são constituídas respetivamente por 12 itens e 10 itens, sendo o formato de resposta: *útil, prejudicial, nem uma coisa nem outra e não sei*. Também surgem questões relacionadas com o estigma e preconceito associados às perturbações mentais. Desta

feita, nas questões relativas às barreiras percebidas à procura de ajuda procura-se identificar quais são, na perspetiva dos adolescentes, os impedimentos à procura de ajuda. A questão relativa à(s) pessoa(s) a quem solicitaria ajuda, é efetuada em formato de resposta tipo Likert, de 1 (De modo nenhum) a 5 pontos (Seguramente), espera-se que os adolescentes privilegiem a ajuda profissional em detrimento da informal.

A última componente da literacia em saúde mental que surge no QuALiSMental (*o conhecimento do modo de como se podem prevenir as perturbações mentais*) é constituída por 8 itens, sendo o formato de resposta: *sim, não e não sei*. Relativamente ao estigma pessoal e percebido, o QuALiSMental engloba duas subescalas que avaliam cada um dos tipos de estigma. Ambas as subescalas são constituídas pelos mesmos itens, com o mesmo formato de resposta Likert (em que 1 corresponde a concordo totalmente; 2 – concordo; 3 – não concordo nem discordo; 4 – discordo; 5 – discordo totalmente e 6 – não sei), mudando apenas as diretivas para cada subescala. Os valores 4 e 5 são aqueles que indicam um maior nível de literacia em saúde mental. Os itens do estigma pessoal são precedidos pelo seguinte texto: *“As próximas questões contêm afirmações acerca da situação. Indica a tua opinião PESSOAL para cada afirmação”*, enquanto os itens da subescala do estigma pessoal são precedidos pela seguinte instrução: *“as próximas questões contêm afirmações acerca da situação da Joana. Indica a tua opinião sobre o que pensa a MAIORIA das pessoas para cada afirmação”*.

2.4. Procedimentos

Previamente será solicitado o consentimento informado (Anexo C) sendo precedido de uma breve explicação do estudo, onde será garantida a confidencialidade e anonimato das respostas dos alunos; será contactada diretamente a direção da Escola Profissional da zona centro com o intuito de explicar os objetivos da presente investigação e serão formalizados os procedimentos em termos de autorizações (Anexo B). Para facilitar a operacionalização da recolha de dados e uma vez que os questionários serão aplicados em contexto escolar, optar-se-á por acordar com os professores e alunos, um horário disponível, de forma a não perturbar o funcionamento das aulas. Depois de apresentados os objetivos do estudo, de garantir a participação voluntária, anonimato e a confidencialidade, assim como a utilização dos dados só para fins de investigação, os alunos iniciarão o preenchimento do questionário.

2.5. Técnicas estatísticas e grau de confiança

Para a análise e tratamento dos dados, recorrer-se-á ao programa informático SPSS (Statistical Package for Social Sciences) para o Windows, versão 22. Para o cálculo estatístico assumindo-se um nível de significância de $p \leq .05$, valor de referência na investigação em ciências sociais e humanas.

Serão utilizadas técnicas estatísticas descritivas (média, desvio-padrão, mínimo e máximo) e inferenciais, ajustadas à natureza dos dados, características das variáveis e amostra e tendo em conta a análise de normalidade da amostra.

3. Resultados: Previsão

Os resultados esperados não são mais do que uma antecipação dos resultados que se espera obter de acordo com a revisão da literatura efetuada. Assim, espera-se responder às hipóteses a testar e discutir os resultados por confronto com a literatura. No que diz respeito à primeira hipótese de estudo “Os adolescentes portugueses apresentam níveis baixos de literacia em saúde mental”, prevê-se a existência de níveis baixos de literacia nos adolescentes portugueses. Com base na literatura analisada, espera-se que esta hipótese seja corroborada, pois diversos estudos indicam que os adolescentes portugueses apresentam níveis baixos de literacia em saúde mental (Medina, 2013; Pedreiro, 2013; Silva, 2012), ou seja, o conhecimento que permite diminuir a probabilidade de desenvolvimento das perturbações mentais, reconhecimento dos sinais de desenvolvimento da doença, conhecimento de opções e tratamentos disponíveis e conhecimento de estratégias de autodefesa e “técnicas de primeiros socorros” para apoiar os outros que aparentam estar a desenvolver uma doença mental (Jorm, 2012).

Loureiro et al., (2012b) também referem que os adolescentes portugueses ainda revelam algumas dificuldades no reconhecimento de algumas doenças mentais, como por exemplo, a depressão. Estas constatações são deveras preocupantes, pois tal como se depreende da revisão da literatura efetuada, existe uma relação proporcional entre um menor nível de literacia e saúde mental e atitudes mais negativas face a pessoas com perturbações mentais (Kelly et al., 2007). Antecipa-se que os baixos níveis de literacia em saúde mental justifiquem a preferência por ajudas informais (pais, pares, namorados e professores) em detrimento das formais (profissionais de saúde). Através da análise de estudos como o de Silva (2012), pode-se inferir que os adolescentes portugueses apresentam um baixo nível de conhecimento sobre questões de saúde mental, quer ao nível das características/sintomas, causas e consequências, o que constituiu um fator preocupante ao nível da identificação de procura de ajuda, privilegiando as fontes informais de ajuda.

Biddle et al., (2007) acrescentam que os adolescentes e jovens são o grupo que menos procura os serviços de saúde. Está documentado que estes privilegiam as fontes de ajuda informal em detrimento dos profissionais de saúde (Jorm, 2012; Gulliver et al., 2010; Rickwood et al., 2005). Tal como defende Jorm et al., (1997), numa fase inicial da perturbação mental as ajudas informais podem ser necessárias, contudo noutras fases podem revelar-se insuficientes e ineficazes.

Os estudos apontam como principais impedimentos ao recurso à ajuda formal, a falta de reconhecimento da doença, o estigma, a falta de confiança nos profissionais de saúde e os constrangimentos de confidencialidade (Rosa et al., 2014; Jorm, 2012).

No que concerne às seguintes hipóteses – Existem diferenças significativas no nível de literacia em saúde mental em função do género e existem diferenças significativas no nível de literacia em saúde mental em função da idade – segundo o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (2013), pode inferir-se que há uma maior prevalência de perturbações psiquiátricas em mulheres e grupos de menor idade. Alves e Rodrigues (2010) consideram que a prevalência global de doença mental não difere entre homens e mulheres, contudo as mulheres apresentam um risco de sofrer de depressão ou perturbação de ansiedade cerca de duas vezes superior ao dos homens. Em contrapartida, os resultados de um estudo desenvolvido por Cardoso et al., (2004) apontaram uma maior prevalência da depressão nos rapazes do que nas raparigas de idades mais novas.

No que se refere à hipótese do estudo – Existem diferenças significativas no nível de literacia em saúde mental em função do nível do estigma e preconceito – prevê-se que a existência de um baixo nível de literacia em saúde mental, em função do nível do estigma e preconceito, impeça o reconhecimento adequado dos sinais e sintomas das doenças mentais. Segundo Silva (2012) os jovens que apresentam baixos níveis de literacia são aqueles que revelam maiores preconceitos, estereótipos e comportamentos discriminatórios associados à perturbação mental. Tal como refere Ascenço (2013), a forma como o grupo de adolescentes caracteriza uma pessoa com perturbação mental parece indiciar uma conotação maioritariamente negativa, evidenciando estereótipos face à mesma.

Através da análise de um estudo desenvolvido por Loureiro (2013) pode-se inferir que os adolescentes do género masculino evidenciam valores superiores aos do género feminino, em termos de estigma pessoal relacionado com o consumo de álcool, o que sugere a presença de uma perspetiva mais estigmatizante no género masculino, que pode estar associada a um baixo nível de literacia.

Em contrapartida, Loureiro, Dias e Aragão (2008) consideram que os adolescentes portugueses evidenciaram um nível de aceitação e tolerância elevado relativamente às crenças e atitudes perante os doentes e as doenças mentais, no entanto, salvaguardam que estas ainda são acompanhadas por alguns mitos como incurabilidade e perigosidade. Marques et al., (2012) confirmaram a existência do estigma perante a doença mental num grupo de adolescentes portugueses, pelo que

insistem na importância de mais intervenções nesta área, atendendo ao potencial modificador que representam.

Neste sentido, e tendo em conta que vários estudos (Rosa et al., 2014) apresentam uma forte correlação entre o baixo nível de conhecimentos sobre as questões de saúde mental, a procura de ajuda e as atitudes estigmatizantes importa planejar intervenções adequadas. Esta é uma realidade preocupante, daí a necessidade de promover estratégias de saúde mental e prevenção destas perturbações.

CONCLUSÃO

A literatura aponta para a prevalência de perturbações mentais durante a adolescência a nível internacional (Patton et al., 2014; Petrov, Lichstein, & Baldwin, 2014; Merikangas et al., 2010) e nacional (Cardoso et al., 2004; Freitas et al., 2004).

Tendo em linha de conta que a prevalência de perturbações mentais influencia, de forma negativa, o indivíduo e a sociedade em geral, considera-se premente atuar no sentido de inverter esta realidade.

Indiscutivelmente, uma das formas de contribuir para a redução destas perturbações passa pelo incremento da literacia em saúde mental. Isto porque o facto de os adolescentes revelarem baixos níveis de literacia em saúde mental, pode contribuir para a perpetuação do estigma e preconceito e ser um dos fatores associados à recusa na procura de ajuda formal e tratamento atempado deste tipo de doenças.

Os resultados esperados revelam que há uma maior prevalência de perturbações mentais em mulheres e grupos de menor idade, ou seja, as mulheres apresentam um risco de sofrer de depressão ou perturbação de ansiedade, cerca de duas vezes, superior ao do género masculino.

O estigma também se consubstancia num impedimento importante, já que contribui para a relutância de muitos adolescentes em procurar ajuda formal. Considera-se que a redução das atitudes estigmatizantes, embora seja um objetivo presente nos estudos que procurem o aumento da literacia em saúde mental, é difícil de conseguir, pois os adolescentes também são influenciados pelas suas experiências pessoais, atitudes familiares, campanhas de sensibilização a que são expostos e familiaridade com pessoas com doença mental (Kelly et al., 2007).

Concluiu-se que é fundamental conhecer os níveis de literacia dos adolescentes portugueses, com o intuito de promover programas de saúde mental que contribuam para o seu desenvolvimento. Deve ter-se noção que o ensino da literacia em saúde mental é um processo que exige tempo, tendo em linha de conta que se trata de um conceito bastante abrangente que implica muito mais do que fornecer informações sobre saúde mental. É necessário que o adolescente se familiarize com as perturbações mentais, com os seus sintomas e tratamentos de modo a que possa desenvolver estratégias de proteção e de autoajuda e ajuda dos outros, em caso de necessidade. Considera-se que a literacia em saúde mental pode e deve ser trabalhada através de modos diversos, os quais sejam apelativos para os adolescentes, tais como debates, documentários e projetos. De acordo com Loureiro

et al., (2002b), as estratégias a serem desenvolvidas em prol do aumento da literacia em saúde mental devem incorporar valores e formação cívica, de modo a que os adolescentes adquiram competências para lidar com as questões de saúde mental. Este trabalho deve incidir sobretudo no contexto escolar, uma vez que este surge como o mais adequado para a implementação de atividades que procurem a promoção da saúde e a prevenção das doenças mentais. Apesar de se assistir a um aumento da consciencialização da importância e efeitos da literacia em saúde mental, ressalva-se que ainda são escassos os estudos epidemiológicos e as intervenções, que forneçam dados fiáveis nesta área. Sendo extremamente relevante o desenvolvimento de intervenções que permitam respostas de qualidade às necessidades de cuidados de infância e adolescência, a nível da prevenção e tratamento.

A antecipação de, eventuais, dificuldades incidem sobretudo no limite de tempo e na escolha da amostra, dado tratar-se de uma amostra de conveniência, não permitindo a generalização dos resultados. Ainda como limitações, aponta-se a escassez de estudos epidemiológicos, a nível nacional, na adolescência, que forneçam dados fiáveis na área da saúde mental.

Seria pertinente desenvolver intervenções específicas na área da literacia em saúde mental, na adolescência, no sentido de aprofundar e conhecer melhor esta realidade, de forma a incrementar o desenvolvimento de estudos epidemiológicos com amostras de adolescentes, envolvendo também a comunidade escolar e as entidades responsáveis na área da saúde mental.

BIBLIOGRAFIA

- Albuquerque, C., & Oliveira, C. (2002). Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. *Revista Millenium*, 25(1), 201-214.
- Almeida, J.M.C., & Col. (2010). *Estudo nacional de saúde mental*. Lisboa: The World Mental Health Survey Initiative.
- Almeida, J.M.C., & Miguel, M. (Coord.) (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental. 1º Relatório*. Obtido em http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- Alves, F. (2001). *Ação social na área da saúde mental*. Lisboa: Universidade Aberta
- Alves, A., & Rodrigues, N. (2010). Determinantes sociais e económicos da saúde mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127-131.
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Arboleda-Flórez, J. (2002). What causes stigma? *World Psychiatry*, 1(1), 25-26.
- Arboleda-Florez, J., & Stuart, H. (2012). From sin to science: fighting the stigmatization of mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 457-463.
- Ascenço, M. (2013). *Comportamentos, estereótipos, causas e conhecimento em saúde mental nos adolescentes* (Tese de mestrado não publicada). Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra, Coimbra.
- Atilola, O. (2014). Level of community mental health literacy in sub-Saharan Africa: Current studies are limited in number, scope, spread, and cognizance of cultural nuances. *Nordic Journal of Psychiatry*, 25, 1-9.

- Biddle, L., Donovan, J., Sharp, D., & Gunnell, D. (2007). Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: A dynamic interpretive model of illness behaviour. *Sociology of Health and Illness*, 29(7), 983-1002.
- Campos, L., Costa, N., & Palha, F. (2010). O Upa faz a diferença - ações de sensibilização pró-saúde mental. Parte 1|Construção e guião de Focus Group. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11(S1), 171-181.
- Campos, L., Palha, F., Dias, P., Lima, V. S., Veiga, E., Costa, N., & Duarte, A. I. (2012). Ações de sensibilização pró-saúde mental em escolas. *Journal of Human Growth and Development*, 22(2), 259-266.
- Cardoso, P., Rodrigues, C., & Vilar, A. (2004). Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 4(22): 667-675.
- Carta de Ottawa (1986). Disponível em <http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Otawa.pdf>
- Coordenação Nacional para a Saúde mental (2011). *Rede de referência hospitalar de psiquiatria da infância e da adolescência*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde Acedido em <http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2012/01/Documento-técnico-de-suporte-à-Rede.pdf>
- Corrigan, P., & Watson, A. (2002). *Understanding the impact of stigma on people with mental illness*. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Coutinho, C. (2013). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. (2ª ed.). Coimbra: Edições Almedina.
- Curtis, L. M., Reville, W., Waite, K., Wilson, E.A., Condon, D. M., Bojarski, E., Park, D.C., Baker, D.W., & Wolf, M.S. (2014). Development and validation of the comprehensive health activities scale: A new approach to health literacy measurement. *Journal of Health Communication*, 6, 1-8.

- Direção-Geral da Saúde (2013). *Portugal: Saúde mental em Números – 2013*. Lisboa: Ministério da Saúde. Obtido em <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2013.aspx>.
- Dixe, M. (2007). Prevalência das doenças do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4, 559-569.
- European Commission & Portuguese Ministry of Health (2010). Background document for the thematic conference - Promoting social inclusion and combating stigma for better mental health and well-being. Obtido em http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/ev_20101108_bgdocs_en.pdf
- Farrer, L., Leach, L., Griffiths, K., Christensen, H., & Jorm, A. (2008). Age differences in mental health literacy. *BioMed Central Public Health*, 8(125), 1-8.
- Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Flaherty, M.G. (2011). Health Literacy: An overview of an emerging field. *School of Library and Information Science Student Research Journal*, 1(2), 1-13.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freitas, C., Rocha, A., Pocinho, L., Beirão, J., & Caldeira da Silva, P. (2004). *Symptoms in preadolescents and adolescents in funchal (Madeira Island – Portugal): A prevalence study*. Resumo publicado no livro de resumos página 334, Poster 016-263 apresentado no XVI Congresso da IACAPAP. Berlim, Alemanha.
- Gomes, J., & Loureiro, M. (2013). O lugar da investigação participada de base comunitária na promoção da saúde mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(1), 32-48.

- Gulliver, A., Griffiths, K., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BioMed Central Psychiatry, 10*, 1-9.
- Heidmann, I., Almeida, M., Boehs, A., Wosny, A., & Monticelli, M. (2006). Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto, Contexto, Enfermagem, 15*, 352-358.
- Jané-Llopis, E., & Anderson, P. (Eds) (2006). *Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories*. Luxembourg: European Communities.
- Jorm, A.F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist, 67*(3), 231-243.
- Jorm, A.F, Korten A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997) Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia, 166*(4), 182-86.
- Kelly, C., Jorm, A., & Right, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *British Journal of Psychiatry, 177*, 396-401.
- Kelly, C., Mithen, J., Fischer, J. A., Kitchener, B. A., Jorm, A. F., Lowe, A., & Scanlan, C. (2011). Youth mental health first aid: a description of the program and an initial evaluation. *International Journal of Mental Health Systems, 5*(1), 4.
- Keyes, C., Dhingra, S., & Simões, E. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health, 100* (12), 2366-2371.
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulkuer, N., & Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet, 378*, 1515-1525.

- Lahtinen, E., Lehtinen, V., Riikonen, E., & Ahonen, J. (Eds.) (1999). *Framework for promoting mental health in europe*. Hamina: National Research and Development Center for Welfare and Health Ministry of Social Affairs and Health.
- Lamers, S., Westerhof, G., Bohlmeijer, E., Klooster, P., & Keyes, C. (2011). Evaluation the psychometric properties of the mental health continuum - Short form. *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99-110.
- Loureiro, L. (2013). Barreiras determinantes da intenção de procura de ajuda informal na depressão. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 733–746.
- Loureiro, L., Rodrigues, M., Santos, J., & Oliveira, R. (2014). Literacia em Saúde – Breve introdução ao conceito. In L. Loureiro (Coord.), *Literacia em saúde mental: capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (pp. 13- 26). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Loureiro, L., Dias, C., & Aragão, R. (2008). Crenças e Atitudes acerca das doenças e doentes mentais – Contributos para o estudo das representações sociais da loucura. *Revista Referência*, 8, 33-44.
- Loureiro, L., Pedreiro, A., & Correia, S. (2012a) Tradução, adaptação e validação de um questionário de avaliação da literacia em saúde mental (QuALiSMental) para adolescentes e jovens portugueses a partir de um focus group. *Revista Investigação em Enfermagem*, 25, 42-48.
- Loureiro, L., Pedreiro, A., Correia, S., & Mendes, A. (2012b). Reconhecimento da depressão e crenças sobre procura de ajuda em jovens portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde mental*, 7, 13-17.
- Loureiro et al (2012c). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência III*, 6, 157-166.

- Loureiro, L., Jorm, A., Mendes, A., Santos, J., Ferreira, R., & Pedreiro, A. (2013). Mental health literacy about depression: a survey of portuguese youth. *BioMed Central Psychiatry*, 13, 129. Obtido em <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/129>
- Macedo, E., Lage, I., Macedo, J., & Novais, R. (2012). *Determinantes em saúde mental (contributos para a promoção da saúde mental das pessoas da região de Braga)* (Tese de mestrado não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- Mancuso, J. (2008). Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing & Health Sciences*, 10(3), 248-55.
- Mancuso, J. (2009). Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature. *Nursing and Health Sciences*, 11, 77-89.
- Manderscheid, R.W., Ryff, C. D., Freeman, E.J., McKnight-Eily, L.R., Dhingra, S., & Strine, T. W. (2010). Evolving definitions of mental illness and wellness. *Preventing chronic disease*, 7(1), A19. Obtido em http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jan/pdf/09_0124.pdf.
- Marcus, E.N. (2006). The silent epidemic - The health effects of illiteracy. *New England Journal of Medicine*, 355, 339-341.
- Marques, C. & Cepêda, T. (2009). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Marques, J.G., Barbosa, A., Queiroz, L., Oliveira, S., Lopes, A., Carnot, M., & Jara., J. (2012). Saúde mental também se aprende: Atitudes de adolescentes estudantes do ensino secundário perante a doença mental. *Revista de Psiquiatria do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa* 24(1), 23-32.
- Matos, M. (2004). Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, 3 (22), 449-462.

- Matos, M., & Carvalhosa, S. (2001). Os jovens portugueses e o consumo de drogas. *Aventura social e saúde*, 1 (2), 1-8.
- Medina, M. (2013). *Abrir Espaço à Saúde Mental - Estudo piloto sobre conhecimentos, estigma e necessidades relativas a questões de saúde mental, junto de alunos do 9º ano de escolaridade* (Dissertação de mestrado não publicada), Faculdade de Educação e Psicologia (Centro Regional do Porto), da Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Merikangas, K., He, J., Burstein, M., Swanson, S., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., & Swendsen, J. (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. adolescents: Results from the national comorbidity survey replication—adolescent supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980–989.
- Ministério da Educação (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Obtido de <http://adeb.pt/ficheiros/uploads/02a75f2c0346f49717d171c23b7f56a2.pdf>.
- Mojtabai, R. (2010). Mental illness stigma and willingness to seek mental health care in the European Union. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 705-712.
- Morais, N. A. (2005). *Um estudo sobre a saúde de adolescentes em situação de rua: o ponto de vista de adolescentes, profissionais de saúde e educadores*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Obtido de <http://hdl.handle.net/10183/7392>.
- Moreira, P., Melo, A., Pires, C., Crusellas, L., & Lima, A. (2005). *Saúde mental – Do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora.
- Oliveira, S., Carolino, L., & Paiva, A. (2012). Programa Saúde mental sem Estigma: Efeitos de estratégias diretas e indiretas nas atitudes estigmatizantes. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde mental*, 8, 30-37.

- Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Geneva, Organização Mundial de Saúde. Obtido em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf?ua=1.
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice: summary report*. Obtido em http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf.
- Patel, V. (2012). Global mental health: from science to action. *Harvard Review of Psychiatry*, 20(1), 6-12.
- Patton, G.H.A., Carlin, J., Degenhardt, L., Olsson, C., & Moran, P. (2014). The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study. *The Lancet*, 383(9926), 1404-1411.
- Pedreiro, A. (2013). *Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens sobre depressão e abuso de álcool* (Tese de mestrado não publicada). Escola Superior de Tecnologia da Saúde, do Instituto Politécnico de Coimbra, Coimbra.
- Petrov, M., Lichstein, K., & Baldwin, C. (2014). Prevalence of sleep disorders by sex and ethnicity among older adolescents and emerging adults: Relations to daytime functioning, working memory and mental health. *Journal of Adolescence*, 37(5), 587-597.
- Pinto, A.; Luna, I.; Silva, A.; Pinheiro, P.; Braga, V., & Alves e Souza, A. (2014). Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 48(3), 555-564.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. (5ªed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pollett, H. (2007). *Mental Health Promotion: A Literature Review. Prepared for the Mental Health Promotion Working Group of the Provincial Wellness Advisory Council*. Toronto: Canadian Mental Health Association.

- Rickwood, D., Deane, F., Wilson, C., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Journal for the Advancement of Mental Health, 4*, 1-34.
- Rickwood, D., & Thomas, K. (2012). Conceptual measurement framework for helpseeking for mental health problems. *Psychology Research and Behavior Management, 2*(5), 173-183.
- Ronzani, T., & Furtado, E. (2010). *Estigma social sobre o uso de álcool. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 59*(4),326-332.
- Rosa, A., Loureiro, L., & Sousa, C. (2014). Reconhecimento e procura de ajuda em saúde mental: uma revisão dos estudos realizados em amostras de adolescentes. In L. Loureiro (Coord.), *Literacia em saúde mental: capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (pp. 77- 91). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Rudd, R., Anderson, J., & Nath C. (2007). Health literacy: An update of medical and public health literacy. In, Comings, J., Garner, B., & Smith, C. (2007). *Review of adult learning and literacy*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Shrivastava, A., Johnston, M., & Bureau, Y. (2012). Stigma of mental illness-1: Clinical reflections. *Mens Sana Monographs, 10*(1), 70-84.
- Sá, L. (2010). Saúde mental *versus* doença mental. Do diagnóstico à intervenção em saúde mental. *II Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde mental* (pp.15-18). Porto: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Silva, I. (2012). *Abrir espaço à saúde mental – Estudo piloto sobre conhecimentos, estigma e necessidades relativas a questões de saúde mental, junto de alunos do 7o ano de escolaridade* (Tese de mestrado não publicada). Universidade Católica Portuguesa. Obtido em repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9260/1/Dissertação.pdf

- Thornicroft, G., & Mehta, N. (2011). Reducing stigma and discrimination. In Thornicroft G, Szukler G, Mueser KT, Drake RE (eds.) *Oxford Textbook of Community Mental Health*, pp.260-262. New York: Oxford University Press.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Wang, P.S. et al (2011). Treated and untreated prevalence of mental disorder worldwide. In G. Thornicroft, G. Szukler, K. Mueser, & B. Drake (Eds.), *Oxford Textbook of Community Mental Health* (pp.50-66). New York: Oxford University Press.
- Westerhof, G., & Keyes, C. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119.
- Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J. M., Magalhães, P., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2013a). Implementing the world mental health survey initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems* 2013, (7),1-10.
- Xavier, S.; Klut, C.; Neto, A.; Ponte, G., & Melo, J.(2013b). O estigma da doença mental: Que caminho percorremos? *PsiLogos*, 11(2), 11-21.
- Yap, M. B. H., Wright, A., & Jorm, A. F. (2011). The influence of stigma on young people's help-seeking intentions and beliefs about the helpfulness of various sources of help. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(12),1257-1265.

ANEXOS

Anexo A – Cronograma do Projeto de Investigação

Etapas do Projeto de Investigação	Tarefas	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Maio
Etapa 1	Definição do tema								
Etapa 2	Pesquisa bibliográfica e seleção de instrumentos								
Etapa 3	Definição de objetivos								
Etapa 4	Redação do projeto								
Etapa 5	Entrega do Projeto								

Anexo B – Pedido de Autorização (Escola)

Exmo. Sr. Diretor

Conselho Executivo da Escola Profissional XXXXXXX

Assunto: Pedido de colaboração para fins de projeto de mestrado *“Literacia em Saúde Mental: Conhecimentos, Estigma e Preconceito numa Amostra de Adolescentes da Região Centro de Portugal”*

Sou aluna do Curso de Mestrado em Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco, na Escola Superior de Educação de Viseu e encontro-me a elaborar o projeto final no âmbito do referido mestrado.

O projeto tem como objetivo principal analisar os conhecimentos sobre saúde mental numa amostra de adolescentes portugueses.

Neste sentido, venho solicitar a vossa autorização, para que os alunos da vossa escola, com idades compreendidas entre os 15 e os 22 anos, que frequentam os cursos profissionais Curso de Especialização Tecnológica (Nível V) de Tecnologia Mecatrónica; Cursos profissionais (Nível III/IV) de Técnico de Manutenção Industrial – Eletromecânica, Técnico de Manutenção Industrial – Mecatrónica, Técnico de Restauração – Restaurante/Bar, Técnico de Restauração – Cozinha/Pastelaria, Técnico de Secretariado e Cursos de Educação e Formação (Nível II) de Cozinha e Eletromecânica de Equipamentos Industriais, participem no presente estudo, através do preenchimento do questionário QualisMental, que junto em anexo, cujo objetivo será a recolha de informação. O preenchimento do referido questionário terá a duração de aproximadamente 20 minutos. Mais informo, que os dados recolhidos da parte dos participantes serão de carácter confidencial, anónimo e voluntário.

Venho assim, por este meio, solicitar a vossa autorização para proceder à colheita de dados na instituição que dirige para efeitos de elaboração da minha tese de mestrado. Garanto a confidencialidade de todos os intervenientes bem como da instituição tanto na tese como em qualquer artigo publicado que decorra do estudo.

Manifesto, ainda a minha inteira disponibilidade para prestar qualquer esclarecimento que considere necessário (tania.ppalmeida@gmail.com; 924422347) assim, como agendar o dia e a hora para a recolha dos dados.

Na certeza que este pedido merecerá a melhor atenção de V. Ex.^a, apresento os meus melhores cumprimentos.

(Tânia Patrícia Pereira de Almeida)

Anexo C – Consentimento Informado do Encarregado de Educação

Exmo(a) Sr(a). Encarregado(a) de Educação

Assunto: Pedido de colaboração para fins de projeto de mestrado “*Literacia em Saúde Mental: Conhecimentos, Estigma e Preconceito numa Amostra de Adolescentes da Região Centro de Portugal*”

Sou aluna do Curso de Mestrado em Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco, na Escola Superior de Educação de Viseu e encontro-me a elaborar o projeto final no âmbito do referido mestrado.

O estudo será desenvolvido na Escola Profissional XXXXXXX, e tem como objetivo principal analisar os conhecimentos sobre saúde mental numa amostra de adolescentes portugueses. Neste sentido, venho por este meio solicitar a vossa autorização para que o vosso educando participe no estudo, nomeadamente através do preenchimento de um questionário, cujo objetivo será a recolha de informação. A aplicação do instrumento será efetuado em contexto escolar.

Mais informo, que os dados recolhidos da parte dos participantes serão de carácter confidencial, anónimo e voluntário e utilizados somente para fins de investigação.

Solicito desde já, a devolução do destacável, caso autorize a participação do vosso educando.

Os meus melhores cumprimentos,

(Tânia Patrícia Pereira de Almeida)

Declaro que fui informado(a) sobre a confidencialidade de dados obtidos através do questionário preenchido pelo meu educando, no âmbito do trabalho de investigação acima referido. Compreendi a informação que me foi dada, autorizo a participação daquele que legalmente represento no estudo acima mencionado.

Autorizo a utilização dos dados recolhidos, para fins de investigação.

O Encarregado de Educação (data: ___/___/___)

Anexo D – Instrumento

LITERACIA EM SAÚDE MENTAL – Questionário de Avaliação de Literacia em Saúde Mental (QualisMental)

Encontro-me a realizar o mestrado Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco no Instituto Politécnico de Viseu, na Escola Superior de Educação de Viseu, com o tema Literacia em Saúde Mental.

O objetivo deste estudo centra-se na caracterização e compreensão dos conhecimentos dos adolescentes portugueses relativamente a questões de saúde mental.

Ao aceites responder a este questionário deves ler todas as questões e preencher cada questão conforme as diretrizes, assinalando com uma cruz (X) quando te é solicitado, ou ainda manifestando a tua opinião em questões para o efeito. Não há respostas certas ou erradas, apenas a tua opinião.

Parte I

1. Género

Masculino

Feminino

2. Idade ____anos

3. Ano de escolaridade _____ ano

4. Concelho:

5. Nacionalidade:

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.

De seguida é apresentada a história de uma jovem chamada Joana. Não se trata de uma pessoa real, no entanto existem pessoas em situação semelhante. Lê a história atentamente e depois responde a todas as questões conforme as diretrizes.

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

1. Na tua opinião, o que é que se passa com a Joana? (Podes assinalar várias respostas).	
Não sei	
Não tem nada	
Depressão	
Esquizofrenia	
Psicose	
Doença mental	
Bulimia	
Stresse	
Esgotamento nervoso	
Abuso de substâncias (ex.: álcool)	
É uma crise própria da idade	
Problemas psicológicos/mentais/emocionais	
Anorexia	
Tem um problema	
Alcoolismo	
Cancro	
Outro (Especifica qual)	

2. Se estivesses a viver atualmente uma situação como a da Joana, procurarías ajuda?	
Sim	
Não	
Não sei	

3. Se pedisses ajuda, com quem falarías ou a quem a pedirías?					
	De modo nenhum 1	2	3	4	Segura- mente 5
À minha mãe					
Ao meu pai					
A um/a amigo/a					
À Ao minha/meu namorada/namorado					
A um/a professor/a					
A um profissional de saúde. Especifica qual:					
A outra pessoa. Especifica qual:					

4. Em que medida te sentes confiante para pedir ajuda a essa(s) pessoa(s)?				
Muitíssimo confiante	Muito confiante	Confiante	Pouco confiante	Nada confiante

5. O que te poderia impedir de pedir ajuda a essa(s) pessoa(s)? (Podes assinalar várias respostas)	
Pensar que a pessoa fica com uma opinião negativa sobre mim.	
Pensar que a pessoa não valoriza o que eu digo.	
Pensar que a pessoa possa vir a contar a outras pessoas.	
Pensar o que a pessoa possa vir a pensar sobre mim.	
Pensar que nada me poderá ajudar.	
Pensar que se poderá saber que estou a ter ajuda de um profissional de saúde.	
Pensar que poderei ter dificuldades em aceder a essa pessoa/profissional de saúde.	
Pensar que o tratamento tem efeitos secundários.	
Ser tímido, sentir vergonha.	
Outra. Especifica qual:	

6. Se estivesses a viver atualmente uma situação como a da Joana, sentir-te-ias à vontade para falar com os teus pais sobre isso? (Podes assinalar várias hipóteses)	
Sim, com a minha mãe	
Sim, com o meu pai	
Não, os meus pais não estão presentes (por ex.: vivem noutra país)	
Não, os meus pais não estão disponíveis (por ex.: trabalham muito)	
Não, os meus pais não estão sensibilizados para estas questões	
Não sei	
Não. Porque...	

7. Imagina que a Joana é tua amiga há muito tempo e é uma pessoa de quem gostas muito. Como pensas que a podias ajudar?

8. Em que medida te sentes confiante para ajudar a Joana?				
Muitíssimo confiante	Muito confiante	Confiante	Pouco confiante	Nada confiante

9. São apresentadas de seguida diferentes opções que podias utilizar para ajudar a Joana. Assinala para cada uma a tua opinião.				
	Útil	Preju- dicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Ouvir os seus problemas de forma compreensiva.				
Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente.				
Sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado.				
Marcar uma consulta no Médico de Família com o seu conhecimento.				
Perguntar se tem tendências suicidas.				
Sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas.				
Reunir o grupo de amigos para a animar.				
Não valorizar o seu problema, ignorando-a até que se sinta melhor.				
Mantê-la ocupada para que não pense tanto nos seus problemas.				
Incentivá-la a praticar exercício físico.				

10. Existem diferentes pessoas e profissionais de saúde que poderão ajudar a Joana. Assinala para cada um a tua opinião.				
	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Um médico de família				
Um professor				
Um psicólogo				
Um enfermeiro				
Um assistente social				
Um psiquiatra				
Um serviço telefónico de aconselhamento				
Um familiar próximo				
Um amigo significativo				
Resolver sozinha os seus problemas				

11. Dos seguintes medicamentos/produtos quais, na tua opinião, seriam úteis ou poderão ajudar a Joana. Assinala para cada um a tua opinião.				
	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Vitaminas				
Chás (Exs.: Camomila ou Hipericão)				
Tranquilizantes/Calmantes				
Antidepressivos				
Anti-psicóticos				
Comprimidos para dormir				

12. Existem diferentes atividades que poderão ajudar a Joana. Assinala para cada uma a tua opinião.				
	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Fazer exercício físico				
Praticar treino de relaxamento				
Praticar meditação				
Fazer acupuntura				
Levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol				
Fazer terapia com um profissional especializado				
Consultar um site que contenha informação sobre o problema				
Ler um livro de autoajuda sobre o problema				
Juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas similares				
Procurar ajuda especializada de saúde mental				
Utilizar bebidas alcoólicas para relaxar				
Fumar para relaxar				

13. Achas que o risco de desenvolver uma situação como a da Joana reduziria se os jovens:			
	Sim	Não	Não sei
Praticassem exercício físico			
Evitassem situações geradoras de stress			
Mantivessem o contato regular com os amigos			
Mantivessem o contato regular com a família			
Não utilizassem drogas			
Não bebessem bebidas alcoólicas			
Praticassem atividades relaxantes regularmente			
Tivessem uma crença religiosa ou espiritual			

14. As próximas questões contêm afirmações acerca da situação da Joana. Indica a tua opinião PESSOAL para cada afirmação. (Para cada afirmação, assinala o número correspondente.)					
Concordo totalmente (1)	Concordo (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo (4)	Discordo totalmente (5)	Não sei (6)
Se a Joana quisesse poderia sair desta situação por si.					
A situação da Joana é um sinal de fraqueza pessoal.					
Esta situação não é uma doença verdadeira.					
A Joana é perigosa para os outros.					
A melhor forma de evitar desenvolver uma situação como a da Joana é afastar-me dela.					
A situação da Joana torna-a uma pessoa imprevisível.					
Nunca contaria a ninguém se tivesse na situação da Joana.					

15. As próximas questões contêm afirmações acerca da situação da Joana. Indica a tua opinião sobre o que pensa a MAIORIA DAS PESSOAS. (Para cada afirmação, assinala o número correspondente.)					
Concordo totalmente (1)	Concordo (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo (4)	Discordo totalmente (5)	Não sei (6)
Acredita que se a Joana quisesse poderia sair desta situação por si.					
Acredita que a situação da Joana é um sinal de fraqueza pessoal.					
Acredita que a Joana é perigosa para os outros.					
Acredita que a situação da Joana não é uma doença verdadeira.					
Acredita que a forma de evitar desenvolver uma situação assim e afastar-se dela.					
Acredita que a situação da Joana torna-a uma pessoa imprevisível.					
Nunca contaria a ninguém se tivesse na situação da Joana.					

16. Em que medida estarias na posição de: (Para cada afirmação, assinala o número correspondente.)						
De modo nenhum (1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Sem qualquer problema (7)
Passar o fim-de-semana com a Joana?						
Trabalhar num projeto ou grupo com a Joana?						
Convidar a Joana para a tua casa?						
Ir a casa da Joana?						
Ser amigo pessoal da Joana?						

17. Alguém na tua família ou círculo próximo de amigos esteve numa situação similar à da Joana? (Assinala com um (X) a resposta.)	
Sim	
Não	

18. Se sim, receberam alguma ajuda ou tratamento de profissionais especializados nessas situações. (Assinala com um (X) a resposta.)	
Sim	
Não	
Não sei	

À semelhança do que fizeste anteriormente, lê a história do Jorge e responde às questões que te são colocadas.

O Jorge é um jovem de 16 anos que frequenta o 11º ano de escolaridade. No último ano começou a beber bebidas alcoólicas e embriagou-se em todas as festas/convívios a que foi. Os pais andam preocupados porque o Jorge tem vindo a diminuir o seu rendimento escolar, faltando às aulas devido às ressacas. E tendo inclusive os pais sido chamados à escola por ter aparecido embriagado a uma aula. Na última festa, os amigos chamaram o 112 pois ele estava inconsciente.

1. Na tua opinião, o que é que se passa com o Jorge? (Podes assinalar várias respostas).	
Não sei	
Não tem nada	
Depressão	
Esquizofrenia	
Psicose	
Doença mental	
Bulimia	
Stresse	
Esgotamento nervoso	
Abuso de substâncias (ex.: álcool)	
É uma crise própria da idade	
Problemas psicológicos/mentais/emocionais	
Anorexia	
Tem um problema	
Alcoolismo	
Cancro	
Outro (Especifica qual)	

2. Se tivesses a viver atualmente uma situação como a do Jorge, procurarías ajuda?	
Sim	
Não	
Não sei	

3. Se pedisses ajuda, com quem falarías ou a quem a pedirías?					
	De modo nenhum 1	2	3	4	Segura-mente 5
À minha mãe					
Ao meu pai					
A um/a amigo/a					
À/Ao minha/meu namorada/namorado					
A um/a professor/a					
A um profissional de saúde. Especifica qual:					
A outra pessoa. Especifica qual:					

4. Em que medida te sentes confiante para pedir ajuda a essa(s) pessoa(s)?				
Muitíssimo confiante	Muito confiante	Confiante	Pouco confiante	Nada confiante

5. O que te poderia impedir de pedir ajuda a essa(s) pessoa(s)? (Podes assinalar várias respostas)	
Pensar que a pessoa fica com uma opinião negativa sobre mim.	
Pensar que a pessoa não valoriza o que eu digo.	
Pensar que a pessoa possa vir a contar a outras pessoas.	
Pensar o que a pessoa possa vir a pensar sobre mim.	
Pensar que nada me poderá ajudar.	
Pensar que se poderá saber que estou a ter ajuda de um profissional de saúde.	
Pensar que poderei ter dificuldades em aceder a essa pessoa/profissional de saúde.	
Pensar que o tratamento tem efeitos secundários.	
Ser tímido, sentir vergonha.	
Outra. Especifica qual:	

6. Se estivesses a viver atualmente uma situação como o do Jorge, sentir-te-ias à vontade para falar com os teus pais sobre isso? (Podes assinalar várias hipóteses)	
Sim, com a minha mãe	
Sim, com o meu pai	
Não, os meus pais não estão presentes (por ex.: vivem noutra país)	
Não, os meus pais não estão disponíveis (por ex.: trabalham muito)	
Não, os meus pais não estão sensibilizados para estas questões	
Não sei	
Não. Porque...	

7. Imagina que o Jorge é teu amigo há muito tempo e é uma pessoa de quem gostas muito. Como pensas que o podias ajudar?

8. Em que medida te sentes confiante para ajudar o Jorge?				
Muitíssimo confiante	Muito confiante	Confiante	Pouco confiante	Nada confiante

9. São apresentadas de seguida diferentes opções que podias utilizar para ajudar o Jorge. Assinala para cada uma a tua opinião.				
	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Ouvir os seus problemas de forma compreensiva.				
Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente.				
Sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado.				
Marcar uma consulta no Médico de Família com o seu conhecimento.				
Perguntar se tem tendências suicidas.				
Sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas.				
Reunir o grupo de amigos para o animar.				
Não valorizar o seu problema, ignorando-o até que se sinta melhor.				
Mantê-lo ocupado para que não pense tanto nos seus problemas.				
Incentivá-lo a praticar exercício físico.				

10. Existem diferentes pessoas e profissionais de saúde que poderão ajudar o Jorge. Assinala para cada um a tua opinião.				
	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Um médico de família				
Um professor				
Um psicólogo				
Um enfermeiro				
Um assistente social				
Um psiquiatra				
Um serviço telefónico de aconselhamento				
Um familiar próximo				
Um amigo significativo				
Resolver sozinho os seus problemas				

11. Dos seguintes medicamentos/produtos quais, na tua opinião, seriam úteis ou poderão ajudar o Jorge. Assinala para cada um a tua opinião.				
	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Vitaminas				
Chás (Exs.: Camomila ou Hipericão)				
Tranquilizantes/Calmantes				
Antidepressivos				
Anti-psicóticos				
Comprimidos para dormir				

12. Existem diferentes atividades que poderão ajudar o Jorge. Assinala para cada uma a tua opinião.				
	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Fazer exercício físico				
Praticar treino de relaxamento				
Praticar meditação				
Fazer acupuntura				
Levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol				
Fazer terapia com um profissional especializado				
Consultar um site que contenha informação sobre o problema				
Ler um livro de autoajuda sobre o problema				
Juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas similares				
Procurar ajuda especializada de saúde mental				
Utilizar bebidas alcoólicas para relaxar				
Fumar para relaxar				

13. Achas que o risco de desenvolver uma situação como a do Jorge reduziria se os jovens:			
	Sim	Não	Não sei
Praticassem exercício físico			
Evitassem situações geradoras de stress			
Mantivessem o contato regular com os amigos			
Mantivessem o contato regular com a família			
Não utilizassem drogas			
Não bebessem bebidas alcoólicas			
Praticassem atividades relaxantes regularmente			
Tivessem uma crença religiosa ou espiritual			

14. As próximas questões contêm afirmações acerca da situação do Jorge. Indica a tua opinião PESSOAL para cada afirmação. (Para cada afirmação, assinala o número correspondente.)					
Concordo totalmente (1)	Concordo (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo (4)	Discordo totalmente (5)	Não sei (6)
Se o Jorge quisesse poderia sair desta situação por si.					
A situação do Jorge é um sinal de fraqueza pessoal.					
Esta situação não é uma doença verdadeira.					
O Jorge é perigoso para os outros.					
A melhor forma de evitar desenvolver uma situação como a do Jorge é afastar-me dele.					
A situação do Jorge torna-a uma pessoa imprevisível.					
Nunca contaria a ninguém se tivesse na situação do Jorge.					

15. As próximas questões contêm afirmações acerca da situação do Jorge. Indica a tua opinião sobre o que pensa a MAIORIA DAS PESSOAS. (Para cada afirmação, assinala o número correspondente.)					
Concordo totalmente (1)	Concordo (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo (4)	Discordo totalmente (5)	Não sei (6)
Acredita que se o Jorge quisesse poderia sair desta situação por si.					
Acredita que a situação do Jorge é um sinal de fraqueza pessoal.					
Acredita que o Jorge é perigoso para os outros.					
Acredita que a situação do Jorge não é uma doença verdadeira.					
Acredita que a forma de evitar desenvolver uma situação assim é afastar-se dele.					
Acredita que a situação do Jorge torna-a uma pessoa imprevisível.					
Nunca contaria a ninguém se tivesse na situação do Jorge.					

16. Em que medida estarias na posição de: (Para cada afirmação, assinala o número correspondente.)						
De modo nenhum (1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Sem qualquer problema (7)
Passar o fim-de-semana com o Jorge?						
Trabalhar num projeto ou grupo com o Jorge?						
Convidar o Jorge para a tua casa?						
Ir a casa do Jorge?						
Ser amigo pessoal do Jorge?						

17. Alguém na tua família ou círculo próximo de amigos esteve numa situação similar à do Jorge? (Assinala com um (X) a resposta.)	
Sim	
Não	

18. Se sim, receberam alguma ajuda ou tratamento de profissionais especializados nessas situações. (Assinala com um (X) a resposta.)	
Sim	
Não	
Não sei	

Obrigada pela colaboração!