



e s c o l a superior de  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

*A LITERACIA EM SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES E  
JOVENS ESTUDANTES DO 3.º CICLO E SECUNDÁRIO  
DO DISTRITO DE COIMBRA*

Andreia Isabel Assunção Cruz Pereirinha Figueiredo

Coimbra, Agosto de 2013





escola superior de  
enfermagem  
de coimbra

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

### *A LITERACIA EM SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES E JOVENS ESTUDANTES DO 3.º CICLO E SECUNDÁRIO DO DISTRITO DE COIMBRA*

Andreia Isabel Assunção Cruz Pereirinha Figueiredo

Orientador: Professor Doutor Luís Manuel Jesus Loureiro

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica



FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia  
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR



QR  
EN QUADRO  
DE REFERÊNCIA  
ESTRATÉGICO  
NACIONAL



Realizado no âmbito do projeto Educação e Sensibilização para a Saúde Mental: Um Programa de Intervenção com base na Escola para Adolescentes e Jovens [PTDC/CPE-CED/112546/2009], inscrito na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC), financiado por fundos nacionais através da FCT/MCTES (PIDDAC) e co-financiado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) através do COMPETE – Programa Operacional Fatores de Competitividade (POFC) do QREN.

Coimbra, Agosto de 2013



...ao Miguel, aos meus filhos e aos meus pais.



## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço...

... ao professor Doutor. Luís Manuel de Jesus Loureiro pela orientação dada, aos bolsiros Ana Pedreiro, Catarina Sousa, Nuno Oliveira, aos docentes e colaboradores do projeto “Educação e Sensibilização para a Saúde Mental: um programa de intervenção escolar para adolescentes e jovens”.

... aos adolescentes e jovens que aceitaram participar na realização deste trabalho.

Por último agradeço à minha família, principalmente aos meus filhos, e amigos pela compreensão das ausências e pelo apoio psicológico dado para ultrapassar as adversidades.



## **SIGLAS**

CAMIMH – Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

CNSM – Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health

DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

IC – Intervalo de Confiança

MHFA – Mental Health First Aid

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

QuALiSMental – Questionário de Avaliação de Literacia em Saúde Mental

UICISA-E – Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem



## **RESUMO**

A necessidade de intervir, a nível da saúde mental, em adolescentes e jovens (15-24 anos) decorre fundamentalmente de serem idades associadas a períodos críticos, caracterizados por transições e mudanças significativas no contexto de vida dos indivíduos e em que os problemas relacionados com o bem-estar têm profundo impacto na vida adulta.

Este trabalho tem como objetivo caracterizar a literacia em saúde mental de adolescentes e jovens que frequentam escolas do 3.º ciclo do ensino básico e Secundário do distrito de Coimbra, no âmbito da depressão, esquizofrenia e abuso de álcool.

É um estudo descritivo sendo a amostra, aleatória por conglomerados, constituída por 1585 indivíduos. Como instrumento de recolha de dados foi utilizado o Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (QuALiSMental) de Loureiro, Pedreiro e Correia (2012).

Os resultados acerca dos níveis de literacia em saúde mental são de modo genérico reduzidos para todas as componentes da literacia avaliadas, ainda assim pode-se considerar relevante o facto de os adolescentes e jovens revelarem reduzidos níveis de estigma pessoal e percebido acerca das perturbações, o que pode ser um indício para os comportamentos de procura de ajuda profissional.

**Palavras-chave:** Literacia em Saúde Mental; adolescentes; jovens.



## **ABSTRACT**

The need to intervene at the level of mental health in adolescents and young adults (15-24 years) is due primarily to the fact that this ages are associated with critical periods, characterized by transitions and significant changes in the context of individuals' lives and the problems related with the well-being have profound impact on adult life.

This study aims to characterize the mental health literacy of young people attending schools of the 3<sup>rd</sup> cycle of primary and secondary education of Coimbra district, in what concerns depression, schizophrenia and alcohol abuse. It is a descriptive study and the sample, constituted by random cluster, consisting of 1585 individuals. As an instrument for data collection it was used the Questionnaire of Assessment of Mental Health Literacy (QuALiSMental) by Loureiro, Pedreiro and Correia (2012).

The results of mental health literacy levels are generically reduced for all the components of literacy assessed, and it can still be considered relevant that adolescents and youth reveal low levels of personal and perceived stigma about the disorders, which may be a sign to the behavior of professional help seeking.

**Keywords:** Literacy in Mental Health; adolescents; young.



<b>ÍNDICE DE QUADROS</b>	<b>Pág.</b>
<b>Quadro 1.</b> Distribuição de frequências absolutas e percentuais do género, habilitações literárias dos pais e concelho de residência (N=1585).....	53
<b>Quadro 2.</b> Estatística resumo da média de idade dos adolescentes e jovens (N=1585).....	53
<b>Quadro 3.</b> Distribuição das frequências relativas e absolutas das categorias no reconhecimento das perturbações (N=1585).....	58
<b>Quadro 4.</b> Distribuição de frequências absolutas e percentuais da intenção de procura de ajuda.....	58
<b>Quadro 5.</b> Estatística resumo para as variáveis referentes às pessoas a quem pediriam ajuda.....	59
<b>Quadro 6.</b> Distribuição de frequências absolutas e percentuais dos impedimentos para pedir ajuda.....	60
<b>Quadro 7.</b> Distribuição de frequências absolutas e percentuais do à vontade para falar com os pais.....	60
<b>Quadro 8.</b> Estatística resumo da confiança para ajudar (N=1585).....	61
<b>Quadro 9.</b> Distribuição de frequências absolutas e percentuais das opções de prestação de ajuda.....	62
<b>Quadro 10.</b> Distribuição de frequências absolutas e percentuais de profissionais que poderão ajudar.....	64
<b>Quadro 11.</b> Distribuição de frequências absolutas e percentuais de medicamentos considerados uteis.....	65
<b>Quadro 12.</b> Distribuição de frequências absolutas e percentuais das atividades que poderão ajudar.....	66
<b>Quadro 13.</b> Distribuição de frequências absolutas e percentuais das ações para reduzir o risco.....	68

<b>Quadro 14.</b> Estatística resumo da opinião pessoal de algumas afirmações acerca dos problemas apresentados.....	69
<b>Quadro 15.</b> Estatística resumo da opinião do que pensa a maioria das pessoas acerca de algumas afirmações sobre os problemas apresentados	69
<b>Quadro 16.</b> Estatística resumo da disposição para interagir com a pessoa que tem o problema.....	70
<b>Quadro 17.</b> Distribuição de frequências absolutas e percentuais de alguém na família numa situação similar.....	70
<b>Quadro 18.</b> Distribuição de frequências absolutas e percentuais da receção de ajuda ou tratamento de profissionais especializados.....	71

<b>ÍNDICE GERAL</b>	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
 <b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEORICO</b>  	
<b>CAPITULO I - LITERACIA EM SAÚDE: REFERÊNCIAS ONTO EPISTEMOLOGICAS E HISTÓRICAS.....</b>	<b>25</b>
1.1. CONCEITOS DE LITERACIA E “LITERACIA EM SAÚDE”.....	25
1.2. CONCEITO E NÍVEIS DE LITERACIA EM SAÚDE.....	27
<b>1.2.1. Literacia em saúde funcional.....</b>	<b>28</b>
<b>1.2.2. Literacia em saúde interativa.....</b>	<b>28</b>
<b>1.2.3. Literacia em saúde crítica.....</b>	<b>28</b>
1.3. EDUCAÇÃO, PROMOÇÃO E LITERACIA EM SAÚDE: COMUNALIDADES.....	29
1.4. MODELO CONCEPTUAL DE LITERACIA EM SAÚDE.....	30
<b>1.4.1. Individuo – Sociedade.....</b>	<b>30</b>
<b>1.4.2. Atributos: Capacidade, Compreensão e Comunicação.....</b>	<b>31</b>
<b>1.4.3. Competências.....</b>	<b>32</b>
1.5. LITERACIA EM SAÚDE E GANHOS SOCIAIS E EM SAÚDE.....	34
 <b>CAPITULO II - LITERACIA EM SAÚDE MENTAL: DIVERSIDADE, MULTIPLICIDADE E COMPLEXIDADE.....</b>	 <b>37</b>
2.1. CONCEITOS DE SAÚDE MENTAL E DOENÇAS “MENTAIS”.....	37

2.2. CONCEITO E COMPONENTES DA LITERACIA EM SAÚDE MENTAL.....	39
---	----

<b>CAPITULO III - PERTURBAÇÕES MENTAIS: ADOLESCENCIA E JUVENTUDE .....</b>	<b>41</b>
3.1. PREVALÊNCIA DAS PERTURBAÇÕES.....	41
3.2. TIPOS DE INTERVENÇÕES E RESULTADOS.....	43
3.3. PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO PIONEIROS NO CONTEXTO DO ACESSO À INFORMAÇÃO EM SAÚDE.....	45
<b>3.3.1. Beyondblue.....</b>	<b>45</b>
<b>3.3.2. MHFA.....</b>	<b>46</b>
<b>3.3.3. Mindmatters.....</b>	<b>46</b>
<b>3.3.4. Feliz Mente.....</b>	<b>46</b>
3.4. FONTES DE ACESSO À INFORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL.....	47

## PARTE II – CONTRIBUIÇÃO EMPIRICA

<b>CAPITULO IV – METODOLOGIA.....</b>	<b>51</b>
4.1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	51
4.2. VARIAVEL CENTRAL.....	52
4.3. AMOSTRA.....	52
4.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	54
4.5. PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	55
4.6. TRATAMENTO ESTATISTICO.....	56

<b>CAPITULO V - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....</b>	<b>57</b>
5.1. RECONHECIMENTO DAS PERTURBAÇÕES.....	57
5.2. INTENÇÃO DE PROCURA DE AJUDA.....	58
5.3. CRENÇAS SOBRE A PRESTAÇÃO DE AJUDA.....	61
5.4. CRENÇAS SOBRE INTERVENÇÕES.....	62
5.5. CRENÇAS SOBRE PREVENÇÃO.....	66
5.6. ATITUDES ESTIGMATIZANTES E DISTANCIA SOCIAL.....	68
5.7. EXPOSIÇÃO ÀS PERTURBAÇÕES MENTAIS.....	70
<b>CAPITULO VI - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>73</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>83</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>87</b>

**Anexo I** - Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALiSMental

**Anexo II** - Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

**Anexo III** - Pedido de autorização aos encarregados de educação



## INTRODUÇÃO

Em Portugal, o cenário atual relativamente à saúde mental, depara-se com algumas limitações, no que se refere, especificamente à investigação científica nesta área da saúde. A escassez de programas de promoção de saúde, bem como a prevenção das doenças mentais, passando também, pela resposta limitada às necessidades dos grupos mais vulneráveis, são algumas das referidas limitações. Como a saúde mental é um aspeto determinante para o equilíbrio psíquico dos indivíduos, esta deverá ser encarada como uma área de intervenção prioritária, tanto junto da população em geral como junto de crianças, adolescentes, jovens, idosos e sem abrigo. Neste sentido, a CNSM (2008), refere que é preocupação nacional e internacional providenciar cuidados de saúde mental específicos para os diferentes grupos.

A saúde mental das crianças e adolescentes, segundo PNSM (2008), citando a Academia de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e a OMS-Região Europeia, refere que uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas de saúde mental com tendência a aumentar, sendo que alguns destes problemas são efetivamente perturbações psiquiátricas, estacando-se a depressão, o abuso de substâncias, os distúrbios de ansiedade, os distúrbios do comportamento alimentar, e ainda as perturbações psicóticas (Kelly *et al.*, 2011). Como tais situações comportam consequências ao longo de toda a vida e tendem geralmente para a cronicidade na idade adulta, tornando-se incapacitantes, estas acarretam custos quer a nível individual, como económico e social.

Algumas estratégias consideradas distintas na promoção da saúde de crianças e jovens em idade escolar são avançadas pelo PNSM (2008) a salientar, a implementação de programas de educação e informação sobre saúde mental e do desenvolvimento pessoal. Neste sentido, os programas de promoção da saúde mental devem incluir educação para a saúde, em contexto escolar incluindo sensibilização de professores e veiculação de informação, também ao nível dos serviços de saúde primários junto dos prestadores de cuidados, Internet e televisão (CNSM, 2008; PNSM, 2008).

Dos vários programas de promoção de saúde mental implementados, destaca-se um em particular, o implementado na Austrália, que preconiza a aplicação das

intervenções em contexto escolar e baseia-se no ensino de competências de procura de ajuda, no aumento da literacia em saúde mental e na promoção da resiliência (Kelly, Jorm e Wright, 2007).

O conceito de Literacia em Saúde Mental é recente, tendo sido utilizado pela primeira vez por Jorm *et al.* (1997), onde definiu literacia em saúde mental referindo-se aos conhecimentos e crenças sobre os transtornos mentais que ajudam ao seu reconhecimento, gestão e prevenção. Como tal, a Literacia em Saúde Mental, abrange várias componentes, como: a) capacidade para reconhecer distúrbios específicos ou diferentes tipos de transtornos psicológicos ou de sofrimento psicológico; b) conhecimentos e crenças sobre os fatores de risco e causas; c) conhecimentos e crenças sobre as intervenções de autoajuda; d) conhecimento e crenças sobre a ajuda profissional disponível; e) atitudes que facilitam o reconhecimento e adequada busca de ajuda; f) conhecimento de como obter informações sobre saúde mental (Jorm, 2000).

Dado que, grande parte, das perturbações mentais se iniciarem na adolescência e juventude, mas só serem detetadas mais tarde, importa fazer um reconhecimento precoce dos problemas de saúde mental a fim de obter melhores resultados a medio e longo prazo, evitando assim possíveis episódios futuros. Vários programas foram implementados neste sentido, o *Beyondblue*, e o *The Compass Strategy*, foram os que mais resultados positivos obtiveram relativamente ao conhecimento sobre as perturbações mentais e no intuito de procura de ajuda (Kelly, Jorm e Wright, 2007).

Visto que, no caso de Portugal, não existirem estudos referentes a esta temática, mais se acentua e se torna prioritária, a implementação e desenvolvimento de programas de intervenção na saúde mental na comunidade.

Assim sendo, este trabalho tem por objetivo caracterizar a Literacia em Saúde Mental dos adolescentes e jovens do distrito de Coimbra, relativamente à depressão, esquizofrenia e problemas associados ao consumo de álcool, de forma a poder estabelecer um diagnóstico de situação no sentido de maximizar a eficácia dos programas de intervenção a desenvolver.

Neste contexto, esta dissertação, faz parte integrante de um projeto a nível da região centro de Portugal, que visa investigar os níveis de literacia dos adolescentes e jovens.

Este estudo, é do tipo descritivo exploratório simples. A amostra, é uma amostra probabilística em conglomerados. O instrumento de recolha de dados utilizado foi o Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (QuALiSMental, 2011).

Este trabalho é constituído por duas partes.

Na primeira, é apresentado o enquadramento teórico que está ordenado em três capítulos. No primeiro, é feita uma sinopse do conceito de literacia em saúde segundo os modelos de Nutbean e Mancuso e é feita também uma breve referência à educação e promoção da literacia em saúde bem como quais os ganhos sociais e em saúde. No segundo, é feita a descrição da evolução do conceito e componentes de Literacia em Saúde Mental enumeradas por Jorm e de que maneira a Literacia em Saúde Mental pode relacionar-se com o estigma, discriminação e exclusão social associado às perturbações mentais. No terceiro capítulo, são descritos aspetos relacionados com a Literacia em Saúde Mental dos adolescentes e jovens, nomeadamente problemas e desafios inerentes a esta fase do seu ciclo vital, a prevalência das perturbações nesta faixa etária, tipos e programas de intervenções pioneiros e fontes de acesso à informação em saúde mental.

Na segunda parte do trabalho, é feita a exposição da contribuição empírica que está ordenada em três capítulos. O primeiro, inicia-se com a descrição da metodologia utilizada, que engloba tipo, questões e objetivos da investigação, variáveis em estudo, caracterização da amostra, instrumento de colheita de dados utilizado, os procedimentos de colheita e tratamento dos dados. Após a descrição da metodologia, inicia-se o segundo capítulo onde é feita a apresentação e análise dos dados obtidos com a aplicação do questionário numa amostra de adolescentes e jovens a frequentarem as escolas públicas do 3º ciclo, dos ensinos básico e secundário do distrito de Coimbra. Por ultimo, no terceiro capítulo, procede-se à discussão dos resultados obtidos seguindo-se as notas finais.



## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEORICO**



## **CAPITULO I - LITERACIA EM SAÚDE: REFERÊNCIAS ONTO-EPISTEMOLOGICAS E HISTÓRICAS**

Atualmente, o termo literacia é usado, não só para fazer referência à capacidade de ler, escrever e contar, mas também para descrever o conhecimento e/ou competências do individuo relativamente a uma área ou assunto específico. Por sua vez, o termo literacia em saúde foi usado pela primeira vez na década de setenta, por Simonds e iniciou a relação entre a literacia e a saúde (Simond, 1974 *apud* Peerson e Saunders, 2009). Vários autores, têm vindo a analisar este conceito e há indicações de que governos e organizações internacionais estão cada vez mais atentos à literacia em saúde como um fator capaz de garantir igualdade na acessibilidade aos cuidados de saúde e também como um direito dos cidadãos (Nutbeam, 2008; Green *et al.*, 2007 *apud* Peerson e Saunders, 2009; Mogford, Gould e Devoght, 2010; Loureiro *et al.*, 2012).

### **1.1. CONCEITOS DE LITERACIA E “LITERACIA EM SAÚDE”**

A capacidade que o indivíduo tem de ler, escrever, falar, calcular e resolver problemas em níveis de proficiência necessários para atuar no trabalho e na sociedade, com a finalidade de atingir os objetivos, e para desenvolver o seu conhecimento e potencial, é a definição utilizada para definir a literacia (National Institute for Literacy, 1991 *apud* Mancuso, 2008).

Outras enunciações de literacia são elaboradas: a literacia como sendo a capacidade básica de ler, escrever e calcular, sem levar em conta o contexto em que a leitura e a escrita ocorrem (Schwartzberg; Vangeest e Wang, 2005). A literacia como sendo, geralmente, entendida como a habilidade de ler e escrever, enquanto, que uma pessoa letrada é alguém que tem a compreensão tanto de ler como de escrever um depoimento curto e simples na sua vida quotidiana, acrescentando ainda que, à literacia também é dado um sentido mais amplo como a capacidade de captar significado e desenvolver senso crítico (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization *apud* Peerson e Saunders, 2009).

Indivíduos com baixos níveis de literacia - grupos minoritários, imigrantes, pobres e outros – têm menos conhecimentos, maior utilização dos serviços e maiores custos com a saúde do que indivíduos com níveis mais altos de literacia, logo é importante monitorizar estas situações, para prevenir possíveis consequências na saúde (Schwartzberg; Vangeest e Wang, 2005; Kellett, 2009).

No entanto, o envolvimento na leitura pode compensar positivamente o baixo rendimento escolar e familiar (Guthrie e Wigfield, 2000 *apud* Kellett, 2009).

No sentido de contrariar esta tendência de baixo nível de literacia, varias abordagens podem ser utilizadas para aumentar a literacia e as oportunidades das crianças/jovens, entre elas, ler por prazer tem sido associado ao aumento da literacia, maior conhecimento geral e vocabulário mais amplo, logo maiores capacidades para lidar com a saúde (Kellett, 2009).

O termo saúde foi definido pela OMS em 1946, não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social.

Embora esta definição, fosse avançada para a época em que foi realizada, é, no momento, irreal, ultrapassada e unilateral, isto porque a definição de saúde da OMS ainda faz destaque entre o físico, o mental e o social. Assim, a saúde não deve ser encarada como um fim em si mesma, mas como um meio para alcançar uma vida mais produtiva. Logo, com um nível elevado de saúde, o indivíduo pode disponibilizar mais energia para as suas atividades de vida diárias sejam elas no âmbito familiar, social ou até profissional. Neste sentido, propõem uma definição de saúde onde, a saúde é a perfeita ocorrência das reações biofísicas e bioquímicas de um organismo, visando a manutenção da vida, independente do organismo sentir ou não bem-estar físico, psíquico e sociológico, mantendo contato com a realidade e cumprindo a finalidade para qual essas reações existem (Segre e Ferraz, 1997).

O termo literacia em saúde foi usado por Simonds em 1974, pela primeira vez, numa discussão sobre educação em saúde como questão política que afeta o sistema de saúde.

Um grande número de definições, de literacia em saúde, referem-se à capacidade individual de localizar, compreender e utilizar as informações para as decisões relacionadas com a saúde e para tomar adequadas decisões de saúde.

A definição de literacia em saúde, que se concentra nos conceitos, refere-se às habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade individual para ter acesso, compreender e utilizar as informações de forma a promover e manter

boa saúde (Nutbeam, 1998). Contrariamente durante mais de 30 anos o termo literacia em saúde referia-se a conceitos mais limitados e facilmente mensuráveis, constructos envolvendo pessoas, capacidade de ler e agir sobre a informação oral e escrita nos serviços de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), entende a literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso e compreenderem e usarem a informação de forma que promovam e mantenham boa saúde. Assim do ponto de vista da OMS, a literacia em saúde, visa influenciar não somente as decisões de estilo de vida individual, mas também aumentar a consciência dos determinantes de saúde e incentivar ações individuais e coletivas que possam levar a uma modificação desses determinantes. A literacia em saúde é, portanto, alcançada através de métodos que vão além da difusão de informações e implicam a interação, participação e análise crítica.

Em suma, as definições do conceito de literacia em saúde têm evoluído de forma que o conceito geralmente se refere às capacidades (escrita e falada) que as pessoas têm de obter, processar e compreender informações sobre saúde e os serviços necessários, para de forma adequada tomarem as suas decisões. Assim a noção mais ampla de literacia em saúde inclui a capacidade para compreender e agir sobre as mensagens que são centrais para fazer julgamentos críticos e tomar decisões não somente em contextos relacionados com a saúde mas também sobre a saúde (Peerson e Saunders, 2009).

## 1.2. CONCEITO E NÍVEIS DE LITERACIA EM SAÚDE

Como vimos anteriormente, a literacia em saúde poderá ser definida, e segundo a OMS, como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso e compreenderem e usarem a informação de forma que promovam e mantenham boa saúde.

Neste contexto um alerta é feito para o facto de que níveis baixos de literacia podem afetar diretamente a saúde das pessoas, limitando o seu desenvolvimento pessoal, social e cultural, bem como dificultar o desenvolvimento da literacia em saúde. (Nutbeam, 2000).

Assim, e indo ao encontro do referido, o conhecimento sobre saúde, não deve abranger apenas a educação em saúde sobre os estilos de vida individuais, deve

incorporar o empowerment dos indivíduos e comunidades a agirem sobre os determinantes sociais, económicos e políticos (*Idem*).

A distinção de três níveis de literacia em saúde, é feita pelo autor supra citado, o funcional, o interativo e o crítico.

### **1.2.1. Literacia em saúde funcional**

No primeiro nível, básico/funcional, o autor refere-se às habilidades, individuais, básicas de leitura e escrita e da capacidade do indivíduo para funcionar de forma eficaz em situações do seu quotidiano.

### **1.2.2. Literacia em saúde interativa**

Este nível, o comunicativo/interativo, envolve as habilidades cognitivas e de literacia mais avançadas que, juntamente com as habilidades sociais, podem ser usadas para participar ativamente nas atividades diárias, de forma a extrair informações e significados das diferentes formas de comunicação, e aplicar as novas informações para a alteração das situações.

### **1.2.3. Literacia em saúde crítica**

Neste nível, o crítico, o autor, reporta-se às habilidades mais avançadas que, juntamente com as habilidades sociais, podem ser aplicadas para analisar criticamente as informações, e usar dessa forma a informação para exercer maior controle sobre os eventos de vida e as diferentes situações.

Mogford, Gould e Devoght (2010), corroboram com a distinção dos três níveis de literacia em saúde elaborado por Nutbeam, mas em relação ao nível 3, os autores subdividem-no em várias partes, pois segundo afirmam, a crítica na literacia em saúde é uma condição necessária para o desenvolvimento e para o desempenho saudável da política pública, bem como para a tomada de decisões na saúde. Assim, neste sentido, acrescentam que a crítica da literacia em saúde é composta por quatro partes, a salientar:

- Conhecimento – incide sobre o ensino dos determinantes sociais da saúde e o paradigma da saúde como um direito humano;
- Orientação – refere-se às atividades que ajudam os indivíduos a encontrar a sua própria direção, como um agente de mudança social;

- Habilidades – referem-se ao ensino específico de ferramentas e estratégias de defesa;
- Ação – refere-se ao desenvolvimento e implementação de uma ação destinada a aumentar a equidade na saúde abordando os determinantes sociais de saúde.

Acrescentam ainda, que na crítica da literacia em saúde, vários poderão ser os fatores que determinam os conteúdos de cada parte, como a idade e o nível de habilidade dos indivíduos, os objetivos de aprendizagem identificados pelo grupo, e a duração do tempo da formação.

### 1.3. EDUCAÇÃO, PROMOÇÃO E LITERACIA EM SAÚDE: COMUNALIDADES

A educação em saúde é um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, tanto das áreas da educação, como da saúde. Ambas refletem diferentes compreensões do mundo, determinadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade (Schall e Struchiner, 1999).

Ao conceito de educação em saúde sobrepõe-se o conceito de promoção da saúde, como uma definição mais ampla de um processo que abrange a participação de toda a população no contexto da sua vida quotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. E essa noção está baseada num conceito de saúde ampliado, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspetos físico e mental (ausência de doença), ambiental (ajustamento ao ambiente), pessoal/emocional (autorrealização pessoal e afetiva) e sócio ecológica (comprometimento com a igualdade social e com a preservação da natureza) (*Idem*).

Confusões entre os termos educação em saúde e promoção em saúde têm provocado desentendimentos e afetado a qualidade de discussões técnicas que dizem respeito a intervenções sociais na área de saúde pública (Candeias, 1997).

Neste sentido, a autora, faz a distinção entre educação e promoção em saúde, onde a educação em saúde se refere a quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde, e a promoção em saúde, é entendida como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida que conduzam à saúde. Em conjunto estas duas definições enfatizam os objetivos e esclarecem os propósitos da educação em saúde e da promoção em saúde, tendo sempre por

objetivo final contribuir para o alcance de melhores níveis de saúde e de literacia em saúde da população.

Salienta ainda que, a prática da educação e da promoção em saúde engloba muitos princípios e conceitos que as fundamentam. A educação em saúde procura desencadear mudanças de comportamento individual, para tal contribui o facto de o indivíduo ter alcançado literacia em saúde adequado ou inadequado e essas alterações têm o potencial de influenciar os indivíduos e a sociedade, por seu lado, a promoção em saúde, muito embora inclua sempre a educação em saúde, visa provocar mudanças de comportamento organizacional, capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população.

Em suma: educação, promoção e literacia em saúde são três termos específicos mas que têm muito em comum, pois todos de maneira diferente visam contribuir para a mudança de comportamentos pessoais na área da saúde.

#### 1.4. MODELO CONCEPTUAL DE LITERACIA EM SAÚDE

Um modelo conceptual de literacia em saúde foi proposto por Mancuso (2008), onde a literacia em saúde é um processo que evolui ao longo da vida do indivíduo e compreende os atributos de capacidade, compreensão e comunicação. Os atributos da literacia em saúde são integrados e precedidos de competências, estratégias e habilidades incorporadas no âmbito das competências necessárias para atingir a literacia.

##### **1.4.1. Indivíduo – Sociedade**

Como vimos anteriormente, a literacia é multidimensional e contém não só habilidades cognitivas mas também aspetos sociais. Logo, ser literado significa ser capaz de combinar estes componentes de várias maneiras de forma a terem significado. Para tal, o indivíduo deve ser possuidor de determinadas habilidades e capacidades necessárias para alcançar os seus objetivos em saúde.

De salientar, que as habilidades e capacidades necessárias ao indivíduo para alcançar os seus objetivos poderão ser afetadas, influenciadas pela sua cultura, crenças, meio ambiente onde está inserido, linguagem, significado atribuído à informação, história de vida, entre outras.

De realçar ainda, que a literacia também afeta a obtenção dos objetivos em saúde dos indivíduos, pois muitas pessoas têm vergonha de admitir que têm dificuldade de leitura e não compreendem as informações de saúde. E compreensão é essencial em termos de compreender o significado da informação (Parikh *et al.*, 1996 *apud* Mancuso, 2008).

Parte-se do pressuposto de que o indivíduo está habilitado, é possuidor de competências necessárias, adquiridas através da aprendizagem, para defender a vida pessoal, familiar e comunitária de saúde, logo está capacitado para a tomada de decisão (Mancuso, 2008).

Varias investigações desenvolvidas, na área da literacia em saúde que têm demonstrado grandes consequências para as pessoas que têm baixo nível de literacia em saúde. Assim indivíduos com instrução inadequada, a nível da saúde, têm apresentado um aumento dos custos de cuidados de saúde, menos conhecimento das suas doenças e tratamentos, poucas habilidades de autogestão, menos capacidade de tratamento de situações crónicas, falta de cumprimento, mais erros de medicação ou tratamento, falta de habilidades necessárias para agir com êxito no sistema de saúde e menor acesso aos serviços de saúde (Nutbeam, 2000; Schwartzberg, Vangeest e Wang, 2005; Mancuso, 2008).

Em consequência, os indivíduos recorrem mais a serviços de saúde, têm um maior risco de hospitalização, e têm uma maior utilização de serviços caros, como atendimento de emergência e internamentos (Nielsen-Bohlman *et al.*, 2004 *apud* Mancuso 2008).

Em resultado do exposto, um baixo nível de literacia em saúde afeta negativamente quer: a prevenção e triagem, os comportamentos de promoção da saúde, a anamnese, explicações sobre o diagnóstico e tratamento o que acarreta custos mais elevados para a sociedade em geral.

#### **1.4.2. Atributos: Capacidade, Compreensão e Comunicação**

Os atributos da literacia em saúde são: a capacidade, a compreensão, e a comunicação. Estas características são entrelaçadas nos antecedentes previamente discutidos e são elaborados através da visualização dos aspetos intrínsecos da literacia em saúde (Mancuso, 2008). Assim, para a autora:

- Atributo capacidade, refere-se tanto ao potencial inato do indivíduo, como às suas habilidades. A capacidade da literacia em saúde é mediada pela educação e sua adequação e é afetada pela língua, pela cultura e características de ajustes

relacionados com a saúde. As habilidades são obtidas através do processo de aprendizagem. As habilidades sociais, a capacidade e a confiança para expressar os seus pontos de vista com clareza, também são necessários (Nielsen Bohlman *et al*, 2004 *apud* Mancuso 2008).

➤ Atributo compreensão, é um processo complexo, com base no efetivo da interação da lógica. Linguagem e experiência são cruciais para a interpretação correta de uma infinidade de informações que são fornecidas, como os formulários de consentimento, materiais de educação do paciente, e indicações de medicamentos. No entanto, a literacia em saúde está preocupada com o que o indivíduo compreende. A lógica refere-se ao conteúdo ou ao conhecimento de que o conteúdo faz sentido. A experiência implica associar nova informação com algo que já sabe. A compreensão permite que o indivíduo se torne num pensador crítico e solucionador de problemas que possam identificar e criativamente resolver questões de saúde.

➤ Atributo comunicação, é como os pensamentos, mensagens e informações e inclui a fala, sinais, escritos ou comportamento. A comunicação envolve inputs, descodificação, codificação, saída e retorno. As habilidades essenciais da comunicação são: a leitura com compreensão, transmissão de ideias por escrito, falar de forma que os outros possam compreender, ouvir ativamente, e a observação crítica. Como diz respeito à saúde, a comunicação engloba o estudo e uso da comunicação de estratégias para informar e influenciar as decisões para melhorar a saúde. A comunicação entre o indivíduo e o profissional é o aspeto essencial da relação porque estabelece as bases para a aprendizagem.

### **1.4.3. Competências**

Competência implica ter a capacidade de funcionar eficazmente em situações de cuidados de saúde (Cross *et al.*, 1989 *apud* Mancuso, 2008).

Para Mancuso (2008), e conforme a literatura consultada, foram identificados seis dimensões da competência:

➤ Competência Operacional, é a capacidade para utilizar ferramentas, procedimentos, e técnicas de manipulação de linguagem de forma eficaz. Para tal deverão estar implícitas as habilidades funcionais e estratégias necessárias para atender verdadeiramente às necessidades básicas de saúde diárias. Assim as estratégias envolvidas na comunicação das informações através da leitura, da escrita, da conversação e numeracia são essenciais (Nutbeam, 2000). As habilidades incluem

a capacidade de ler, compreender, e agir sobre a informação escrita e oral fornecida pelos profissionais de saúde (Kickbusch, 2001 *apud* Mancuso, 2008);

➤ Competência Interativa, é a colaboração de uns com os outros para a melhoria individual e valorização através de autogestão. O indivíduo está envolvido na autogestão dos problemas de saúde em parceria com os profissionais. Autogestão inclui as decisões e as ações tomadas pelo indivíduo para melhorar a saúde (Levin-Zamir & Peterburg, 2001 *apud* Mancuso, 2008). Assim sendo, a autogestão implica as mais avançadas habilidades cognitivas e de literacia (entenda-se, resolução de problemas e habilidades para a tomada de decisão) que, juntamente com as habilidades sociais, são usadas para aumentar a participação em atividades que extraiam informação e orientem o significado das diferentes formas de comunicação, a fim de responder às mudanças das necessidades (Nutbeam, 2000);

➤ Competência Autônoma, é a capacitação do pessoal. Empowerment é o autoconhecimento que ajuda o indivíduo a efetivamente assumir a responsabilidade pelas decisões relacionadas com a saúde. A relação entre o nível de conhecimentos e habilidades pessoais para gerir e analisar as informações próprias da saúde, a fim de exercer maior controle sobre as situações de saúde e a capacidade de tomar medidas para alterar os determinantes da saúde no ambiente são implícitas (Zamir & Levin-Peterburg, 2001 *apud* Mancuso, 2008);

➤ Competência Informacional, é a capacidade de determinar autoridade e a troca de informação em saúde. A competência informacional envolve a: habilidade necessária para reconhecer a necessidade de informação em saúde, uma estratégia para identificar as fontes de informação suscetíveis e usá-las para recuperar informações importantes, a habilidade de avaliar a qualidade das informações e sua aplicabilidade a uma situação específica, e a habilidade para analisar, compreender e utilizar as informações para tomar corretas decisões de saúde (Medical Library Association, 2003 *apud* Mancuso, 2008);

➤ Competência Contextual, é o domínio do ambiente. Algumas pessoas estão confortáveis com o ambiente de cuidados de saúde e suas expectativas, enquanto outras não. Isto sugere que os indivíduos aprendem melhor quando a aprendizagem é situada através da interação com a interpretação do conteúdo de um ambiente familiar (Weaver, 2003 *apud* Mancuso, 2008);

➤ Competência Cultural, esta é a competência em que a capacidade é a de interpretar o significado do sistema de práticas sociais (Kerka, 2003 *apud* Mancuso, 2008). A palavra cultura é usada, pois implica a integração padrão do comportamento humano, que inclui os pensamentos, as comunicações, as ações, os costumes, as

crenças, os valores e instituições de natureza racial, étnica, religiosa ou grupo social (Cross *et al.*, 1989 *apud* Mancuso, 2008).

## 1.5. LITERACIA EM SAÚDE E GANHOS SOCIAIS E EM SAÚDE

A literacia em saúde significa mais do que ser capaz de ler panfletos e fazer apontamentos, pois com a melhoria do acesso à informação e a sua capacidade em usa-la eficazmente a literacia é uma arma importante para a saúde e empowerment dos indivíduos e comunidades reforçando-as a agirem sobre os determinantes sociais, económicos e políticos (Nutbeam, 1998).

Se o indivíduo for detentor de competências, os ganhos sociais e em saúde serão enormes pois terá menos necessidade de recorrer a cuidados de saúde, logo terá menos gastos com a saúde, poderá usufruir da disponibilidade de tempo, ter maiores conhecimentos sobre saúde, logo ter maiores conhecimentos sobre a forma de agir e lidar com a saúde.

Se em oposição, ao mencionado anteriormente, o indivíduo não for possuidor destas competências, o que se poderá verificar é um indivíduo com baixos níveis de literacia. O facto de não saber ler e escrever não é o único fator que contribui para baixos níveis de literacia em saúde. As experiências pessoais, as crenças, o acesso à informação médica e a cuidados de saúde, entre outros, podem determinar a maneira como as pessoas percebem, entendem e a forma como agem (Zarcadoolas, Pleasant e Greer, 2006).

Vários estudos, realizados nesta área identificaram diversos subgrupos da população nos quais as habilidades em literacia em saúde em particular são baixas. Esses incluem os grupos de idosos, grupos raciais e grupos étnicos, as pessoas com educação limitada e os imigrantes. Outros grupos incluem os pobres e desabrigados, presos e os recrutas militares (Schwartzberg; Vangeest; Wang, 2005).

No que respeita às consequências, vários estudos vieram demonstrar que indivíduos com escolaridade limitada têm menos conhecimentos de saúde, status sanitário inferior, maior utilização de serviços de saúde e maior custo de cuidados de saúde do que os indivíduos com mais literacia (Schwartzberg; Vangeest; Wang, 2005; Hibbard *et al.*, *sd*, *apud* Peerson e Saunders, 2009).

Neste contexto, verifica-se que os factores que contribuem para o problema da limitação da literacia em saúde poderão ser variados. A salientar fatores do sistema

(medicamentos, tempo, autocuidado, descontinuidade dos cuidados, seguro e documentação) fatores do informante (muitas vezes é utilizada terminologia relacionada com a saúde, pelos técnicos, que os pacientes desconhecem) e fatores do paciente (educação limitada, dificuldade em entender o que está escrito ou falta de familiaridade com termos médicos) (Schwartzberg; Vangeest; Wang, 2005).

No sentido de contrariar os baixos níveis de literacia em saúde, e com isto os indivíduos serem detentores, de mais e melhores, habilidades para lidarem com a saúde, logo obterem mais ganhos em saúde, a educação para a saúde surge, talvez, como principal fonte de transmissão de conhecimentos.

Assim, através da melhoria da educação para todos, pretende-se enfrentar uma das principais causas da desigualdade em saúde.



## **CAPITULO II - LITERACIA EM SAÚDE MENTAL: DIVERSIDADE, MULTIPLICIDADE E COMPLEXIDADE**

À literacia em saúde mental está associada uma diversidade, multiplicidade e complexidade de situações. Diversidade, pois cada indivíduo é detentor da sua cultura, crenças, história de vida, etc., e todas estas características, em conjunto vão dar uma perspetiva, pessoal e única da saúde mental. Para a maioria dos problemas de saúde mental, o contexto social e os relatos pessoais, tendo por base as suas crenças parecem ser importantes na definição da forma, da expressão e no reconhecimento da doença (Jorm, 2012). Multiplicidade, pois ela é afetada por múltiplos fatores: sociais, económicos, ambientais e políticos que influenciam profundamente a saúde mental e as doenças mentais (Bybee, 1997). Complexidade, pelo facto de as doenças “mentais”, tanto na sua origem como na sua manifestação, serem fenómenos muito complexos (CAMIMH, 2007).

Assim, indivíduos com um nível de literacia em saúde reduzido, relatam maiores dificuldades nas atividades de vida diárias e uma saúde física e mental inferior (Wolf, Gazmararian e Baker, 2005), confirmando a relação que existe entre todas estas vertentes. Dada a prevalência destas perturbações, a literacia em saúde mental surge como um fator a considerar no largo espectro da literacia em saúde, estimando-se que 10 a 20% dos indivíduos venham a sofrer de pelo menos uma doença mental ao longo da sua vida (OMS, 2001).

### **2.1. CONCEITOS DE SAÚDE MENTAL E DOENÇAS “MENTAIS”**

Dar uma definição exata de saúde mental é difícil devido não só às diferenças culturais, como também devido às diferentes crenças individuais.

Mas, uma das definições possíveis para saúde mental, poderá ser, como refere a OMS (2001), a capacidade de interação do grupo e do ambiente de forma a promover bem-estar pessoal, melhor desenvolvimento e uso das habilidades mentais para a realização das aspirações individuais e coletivas de acordo com os ideais de justiça, e com vista a alcançar e preservar igualdade.

Do ponto de vista de um adulto, a saúde mental é vista como parte integrante da saúde que permite realizar as suas próprias habilidades, emocionais, relacionais e intelectuais. Com uma perspectiva mental equilibrada ou positiva, cada pessoa está mais apta a lidar com o stress normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e está mais apta a dar uma contribuição positiva para a sua comunidade. Neste sentido positivo, a saúde mental é a base para o bem-estar e para o bom funcionamento de uma comunidade (Schall; Struchiner, 1999).

Na Grécia antiga, a doença mental, era entendida como fruto da vontade dos deuses não se instituindo qualquer tratamento, pois apenas a eles cabia a cura (Cordeiro, 1987).

A OMS (2004), descreve as doenças “mentais” como, problemas de saúde mental, sintomas e doenças, incluindo a tensão de saúde mental e sintomas relacionados ao sofrimento temporário ou persistente. Elas dificultam ou diminuem a possibilidade de realização pessoal.

As doenças mentais que com mais dificuldade o homem consegue explicar ou aplicar uma terapêutica orgânica foram desde sempre consideradas mais misteriosas. A forma como a experiência com a loucura tem vindo a ser conceptualizada influencia diretamente o modo como cada sociedade atua face à mesma (Braga e Silveria, 2005).

Visto as doenças “mentais”, serem considerados fenómenos muito complexos, o modelo bio-psico-social tenta analisar a origem e o desenvolvimento dos transtornos mentais sob diferentes pontos de vista, de acordo com os diferentes fatores que os influenciam: os biológicos, os psicológicos e os socioculturais (*Idem*).

As doenças “mentais” podem variar de leve a grave, mas diferem do sofrimento humano normal porque são caracterizadas por sinais e sintomas específicos. Sem intervenção, estes tendem a seguir um curso previsível. Os critérios de diagnóstico para estas doenças foram padronizados internacionalmente, e atualmente regem-se pelo DSM-IV / CID-10, e são agora considerados confiáveis e precisos como aqueles para as doenças físicas (OMS, 2001).

Atualmente, há cada vez mais reconhecimento de que os transtornos mentais não são tão incomuns nos jovens, como se julgava. A intervenção precoce oferece uma oportunidade para melhorar os resultados da saúde mental, incluindo a formação de atitudes mais positivas para saúde mental (Wyn, *et al.*, 2000).

Assim, prevenir e tratar os transtornos mentais ajuda o indivíduo a atingir o seu pleno potencial (OMS, 2004).

## 2.2. CONCEITO E COMPONENTES DA LITERACIA EM SAÚDE MENTAL

O termo, literacia em saúde mental foi introduzido pela primeira vez na Austrália, por Anthony Jorm em 1997, e derivou do termo literacia em saúde, inicialmente, definido como uma capacidade funcional relacionada com as habilidades básicas de literacia, que os indivíduos detêm, e como estas podem afetar a capacidade para o acesso e utilização da informação na saúde (CAMIMH, 2007).

Mediante esta definição de literacia em saúde, Jorm *et al.* (1997), definiu o termo literacia em saúde mental referindo-se aos conhecimentos e crenças sobre os transtornos mentais que ajudam ao seu reconhecimento, gestão e prevenção.

Assim, para Jorm (2000), a literacia em saúde mental é composta por várias componentes, que se fundamentam da seguinte forma:

- Capacidade para reconhecer distúrbios específicos ou diferentes tipos de transtornos psicológicos ou de sofrimento psicológico;

Muitas pessoas não conseguem reconhecer os distúrbios mentais nem são capazes de os entender, e também igualmente não são capazes de entender o significado dos termos psiquiátricos. Assim estas dificuldades, de entender e de usar de forma correta o “rótulo” psiquiátrico poderão levar a falhas na literacia em saúde mental, que posteriormente poderão causar problemas de comunicação com os profissionais de saúde.

- Conhecimentos e crenças sobre os fatores de risco e causas;

Enquanto que os psiquiatras concordam sobre a importância dos acontecimentos stressantes na depressão, na esquizofrenia os acontecimentos da vida são mais um gatilho do que uma causa. Alguns estudos sugerem que as doenças mentais graves, tais como esquizofrenia são mais prováveis de serem ligados a fatores genéticos causais em relação aos transtornos mentais comuns como a depressão. Crenças sobre as causas podem alterar os padrões de busca de ajuda e resposta ao tratamento (Jorm, 1997b e Link *et al.*, 1999 *apud* CAMIMH 2007).

- Conhecimentos e crenças sobre as intervenções de autoajuda;

Dado que, apenas uma minoria de pessoas responde aos critérios de diagnóstico para um transtorno mental procurar ajuda profissional, as habilidades de autoajuda são de

grande importância. Ser detentor de conhecimentos de como ajudar os outros é um componente relacionado com a literacia em saúde mental.

- Conhecimento e crenças sobre a ajuda profissional disponível;

Em muitos países prevalecem as crenças negativas sobre a medicação para uma série de transtornos mentais. As opiniões negativas da população sobre os medicamentos psicotrópicos também contrastam com as suas próprias opiniões positivas sobre medicamentos para os transtornos físicos. As consequências destas crenças sobre os tratamentos e medicação podem levar à falência da procura de ajuda médica e falta de cumprimento de qualquer medicação recomendada. Também a opinião pública sobre a ajuda profissional pode afetar a busca de ajuda dos outros. Verificou-se que a ajuda profissional para a depressão, é mais provável de ocorrer quando outra pessoa recomenda que a ajuda deve ser procurada, por isso as opiniões de outras pessoas importantes sobre o tratamento podem igualmente ser influentes.

- Atitudes que facilitam o reconhecimento e adequada busca de ajuda;

As experiências podem influenciar as atitudes em relação às intervenções e vários estudos apontam para a existência de estigma associado aos transtornos mentais, o que poderá dificultar a procura de ajuda por parte dos indivíduos que dela necessitam. Neste sentido, o ressentimento contra os profissionais de saúde mental pode servir como um elemento dissuasor para procura de ajuda.

- Conhecimento de como obter informações sobre saúde mental.

Pouco se sabe sobre como as pessoas adquirem conhecimentos e crenças sobre a saúde mental, e é provável que as experiências pessoais e relatos de familiares e amigos sejam uma fonte importante, outras influências importantes poderão ser os jornalistas, relatos e dramas de televisão e cinema retratando transtornos mentais. Indivíduos com melhor educação e recursos têm ao seu dispor outras fontes de conhecimento, tais como livros, bibliotecas, internet e ações de formação, contrariamente aos indivíduos com menos recursos e educação.

## **CAPITULO III - PERTURBAÇÕES MENTAIS – ADOLESCENCIA E JUVENTUDE**

As perturbações mentais e comportamentais não são exclusivas de nenhum grupo especial, elas são encontradas em pessoas de todas as regiões, de todos os países e de todas as sociedades exercendo um considerável impacto sobre os mesmos.

Cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais e comportamentais em todo o mundo. Estima-se que uma pessoa em quatro irá desenvolver uma ou mais dessas perturbações durante a sua vida. Cinco das dez principais causas de incapacidade e morte prematura em todo o mundo são condições psiquiátricas. Dadas as atuais limitações na eficácia do tratamento para diminuir a deficiência devido a perturbações mentais e comportamentais, o único método sustentável para reduzir o peso causado por esses transtornos é a prevenção (OMS, 2004).

Os adolescentes são um grupo particularmente vulnerável, porque o adolescente se encontra numa fase de reestruturação e mudança pessoal. Ele é confrontado com muitas transformações biológicas e fisiológicas que se iniciam com a adolescência, e que são acompanhadas com transformações relacionais, que lhes causam incertezas e sofrimento (Alarcão, 2000).

A adolescência deve ser vista como uma fase crucial, sem limites rígidos, que faz parte do processo de crescimento e desenvolvimento. Ela é uma fase muito importante e com extrema relevância para a construção do indivíduo, quer a nível físico, quer a nível psicossocial (Arriaga, Claudino e Cordeiro, 2006).

### **3.1. PREVALÊNCIA DAS PERTURBAÇÕES**

As perturbações mentais estão presentes em mulheres e homens em todas as fases da vida. Estão presentes entre ricos e pobres e entre pessoas que vivem em zonas urbanas e rurais. É simplesmente errada a ideia de que as perturbações mentais são problemas das zonas industrializadas e relativamente mais ricas. É igualmente incorreta a crença de que as comunidades rurais, relativamente não afetadas pelo ritmo rápido da vida moderna, não são atingidas pelas perturbações mentais (Schwartzberg; Vangeest; Wang, 2005).

A prevalência geral das perturbações mentais é aproximadamente a mesma quer no sexo masculino quer no sexo feminino. As perturbações mentais graves também são praticamente comuns, com exceção da depressão, mais frequente no sexo feminino, e das perturbações causadas pelo abuso de substâncias, que ocorrem mais frequentemente no sexo masculino (Relatório Mundial de Saúde, 2001).

Segundo a OMS (2004), um quinto da população menor de 18 anos sofre de desenvolvimento emocional, ou problemas de comportamento, e uma em cada oito têm uma perturbação mental (OMS, 2004).

Estima-se assim que, a prevalência de perturbações psiquiátricas na população em geral ronda os 30%, sendo aproximadamente de 12% a de perturbações psiquiátricas graves. E cerca de 10 a 20% das crianças têm um ou mais problemas de saúde mental (OMS, 2005).

Há que distinguir as depressões na adolescência das alterações transitórias do humor. As depressões, nesta faixa etária têm uma prevalência de 2 a 4% (Remschmidt e Belfer, 2005) e são caracterizadas por perda de prazer nas atividades que antes lhe dava prazer, tristeza intensa e prolongada, fadiga, inibição psíquica e motora, concentração diminuída, diminuição do rendimento escolar, pensamentos negativos inclusive suicídio (Matos e Sampaio, 2009).

A prevalência da esquizofrenia no mundo parece ser algo inferior a 1%, embora se tenham identificado zonas de maior ou de menor prevalência. No que se refere aos adolescentes, estima-se que esta é uma das doenças menos prevalente, afetando cerca de 0,4 a 0,8% dos indivíduos (Remschmidt e Belfer, 2005), e é uma perturbação que provoca grande rutura e um conjunto de comportamentos desadaptativos. Logo o tratamento precoce das psicoses melhora em grande parte o prognóstico e a qualidade de vida da pessoa e da sua família (OMS, 2003). O indivíduo com psicose tem tendência para o isolamento, para a distorção da realidade e as suas emoções são condicionadas por alterações do pensamento, da perceção e do juízo (Matos e Sampaio, 2009).

Na adolescência é inequívoca a certeza do abuso de substâncias, em relação ao abuso do consumo de bebidas alcoólicas atinge 10% da população jovem (Remschmidt e Belfer, 2005). No que se refere a Portugal, segundo o Global Satus Report on Alcohol, o consumo de álcool puro *per capita* foi de 9,6 litros, em 2003, colocando assim Portugal no oitavo lugar do topo da lista dos maiores consumidores do mundo (Barroso, 2012). Hoje, sabe-se que os hábitos de consumo de álcool são formados nestas faixas etárias. Para além dos malefícios que provoca o consumo de

álcool e drogas, o seu uso poderá alterar o diagnóstico e tratamento das outras perturbações que lhe possam estar associadas, tais como depressão, perturbações de comportamento e psicoses (OMS, 2005).

De salientar que as perturbações da ansiedade são frequentes na adolescência sob as distintas formas: perturbação obsessivo-compulsiva (3 a 3,5%), agorafobia (0,7 a 2,6%), fobia social e outras fobias (3,5%), perturbação do pânico (0,4 a 0,8%) e ansiedade generalizada (Remschmidt e Belfer, 2005).

Apesar de todos estes pressupostos, muitos dos adolescentes e jovens que desenvolvem perturbações mentais não procuram ajuda e são o grupo com menor contacto com o sistema de saúde (Loureiro *et al.*, 2012).

### 3.2. TIPOS DE INTERVENÇÕES E RESULTADOS

A investigação sobre as intervenções para melhorar a literacia em saúde mental e habilidades dos jovens têm sido relativamente escassas e, por vezes mal avaliadas. No entanto, algumas intervenções, no sentido, de mudança têm sido aplicadas quer a profissionais da saúde quer ao público em geral, com diferentes graus de sucesso. A maioria delas centra-se na conscientização e mudança de atitudes, com o pressuposto de que mudanças de comportamento se seguirão.

Alguns países, como é o caso da Austrália, Reino Unido, Estados Unidos e Inglaterra, têm vindo a desenvolver algumas intervenções e posterior avaliação no domínio da literacia em saúde mental, das quais se destacam as intervenções na comunidade, as comunitárias junto dos jovens, na escola e os diferentes programas de formação (Kelly, Jorm e Wright, 2007).

Neste contexto, em relação às intervenções na comunidade, na Austrália, com o objetivo de melhorar o conhecimento e as atitudes do público sobre a depressão e as condições a ela relacionadas, foi desenvolvido o projeto “*Beyondblue*”, no Reino Unido, foi desenvolvido o programa “*The Mental Health Awareness*”, com a finalidade de melhorar o conhecimento sobre as doenças mentais e diminuir o estigma, os resultados obtidos em ambos foram uma melhoria dos conhecimentos e atitudes de público em geral após a intervenção (*Idem*).

No que respeita às intervenções comunitárias junto dos jovens, a Austrália, com o objetivo de melhorar a literacia em saúde mental e de procurar ajuda para a depressão e psicose entre jovens, interveio na consciencialização comunitária por segmentação

da campanha em áreas de intervenção, incluindo cinema, publicidade na rádio e jornal, materiais impressos, um website e uma linha telefónica, os resultados obtidos foram uma melhoria na perceção das campanhas da saúde mental, uma melhor identificação da depressão, correta estimativa de prevalência dos problemas de saúde mental, uma maior sensibilização de risco de suicídio e a redução de barreiras percebidas para pedir ajuda (*Idem*).

Intervenções na escola, várias foram desenvolvidas na Austrália, a salientar: MindMatters, Beyondblue Schools e Mental Illness Education; as duas primeiras com o objetivo de aumentar a literacia em saúde mental e diminuir a distância social nas escolas secundárias, os resultados obtidos, no primeiro foi que não houve aumento da distancia social e no segundo ainda não existem resultados, a terceira intervenção tem por objetivo reduzir as atitudes estigmatizantes, melhorar a literacia em saúde mental e a procura de ajuda, os resultados obtidos foram melhorias na literacia em saúde mental, incluindo a capacidade de reconhecer doenças mentais, houve também modestas melhorias na atitude estigmatizante e fracas intenções em procurar ajuda. Os Estados Unidos, com a finalidade de melhorar o conhecimento e atitudes dos estudantes sobre a saúde mental, utilizou “The Science of Mental Illness Curriculum Supplement Series”, as intervenções centravam-se no enfoque da doença mental, causas e fatores de risco, tratamentos, e estigma durante oito semanas; os resultados obtidos foram melhoria do conhecimento sobre transtornos mentais, redução da distância social e atitudes estigmatizante, melhor compreensão da natureza biológica da doença mental e tratamentos (*Idem*).

No que respeita aos diferentes programas de formação, mais uma vez, a Austrália desenvolveu projetos nesta área, a salientar: Menmtal Health First Aid e o Suicide Intervention Project. O primeiro tinha por objetivo melhorar o reconhecimento dos problemas da saúde mental, ensinar os participantes a oferecer ajuda e apoio a quem sofre de problemas de saúde mental, os resultados obtidos foram melhoria na capacidade de identificar psicose e depressão, maior concordância com profissionais sobre tratamentos adequados, redução da distância social de uma pessoa com doença mental e melhoria na confiança em oferecer ajuda. O segundo teve por objetivo treinar os apoiantes de pares para reconhecer o desconforto emocional no companheiro, nos resultados foram detetadas modestas melhorias no conhecimento sobre saúde mental, mas não melhorias no comportamento (*Idem*).

As escolas têm sido um dos cenários de eleição para as intervenções, porque elas são o local ideal para o acesso aos jovens. E curiosamente, muitas escolas secundárias já fornecem algumas informações aos alunos sobre a doença mental, embora não exista

padronização de educação em saúde mental nas escolas. Apesar das limitações das provas, é evidente que a literacia em saúde mental pode ser melhorada através da intervenção planeada.

Contrariamente ao que vem sendo feito noutros países (ex: Reino Unido; Austrália; Inglaterra), no caso Português não existe registo, quer de avaliação, quer de intervenções no domínio da literacia, tão pouco a existência de estudos que avaliem os níveis de literacia em saúde mental dos adolescentes e jovens portugueses.

### 3.3. PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO PIONEIROS NO CONTEXTO DO ACESSO À INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Ao longo do tempo, com a evolução e o crescente número de situações relatadas de doença houve a necessidade de aumentar a consciencialização da comunidade para tais situações e reduzir o estigma de educar o público em geral sobre os transtornos mentais. Os programas e cursos mostraram-se, elementos importantes para tais campanhas, assim foram desenvolvidos vários programas de intervenção dos quais se fará referência ao Beyondblue, MHFA (Mental Health First Aid), Mindmatters e Feliz Mente.

#### **3.3.1. Beyondblue**

A depressão é atualmente a nível mundial a maior causa de deficiência e prevê-se que será a segunda maior causa de morte e incapacidade no mundo em 2020.

Indo ao encontro do referido anteriormente, este programa, Beyondblue, foi criado na Austrália, como uma iniciativa nacional de cinco anos para criar uma resposta da comunidade à depressão, movendo o foco de depressão longe de uma questão de serviços de saúde mental para uma que seja reconhecida e tratada pela comunidade. O programa, tem por missão proporcionar uma orientação nacional e lideranças comunitárias para aumentar a capacidade da comunidade em geral, australiana, para prevenir a depressão e responder de forma eficaz. O objetivo é o de construir uma sociedade que entende e responde ao impacto pessoal e social da depressão, trabalha ativamente para prevenir e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos afetados (<http://www.beyondblue.org.au/>).

### **3.3.2. MHFA**

MHFA é um curso, desenvolvido por Betty Kitchener e o Professor Anthony Jorm. Tem por objetivo melhorar a literacia em saúde mental dos membros da comunidade, neste caso da australiana. Este curso é útil para pessoas que trabalhem, sobretudo em áreas que envolvam maior contacto com questões de saúde mental e para os cuidadores de pessoas com doenças mentais, pois aumenta o conhecimento, reduz o estigma e, mais importante aumenta as ações de apoio e melhora ainda a saúde mental dos socorristas.

Desde 2001, altura em que se iniciou o curso, a formação e investigação do programa MHFA tem sido desenvolvidas, avaliadas e divulgadas nacionalmente e internacionalmente, e atualmente é emitido em mais de 15 outros países. ([www.mhfa.com.au/cms/](http://www.mhfa.com.au/cms/))

### **3.3.3. Mindmatters**

O projeto MindMatters foi desenvolvido e testado em escolas-piloto, numa escala a nível nacional na Austrália. Foi apoiado por membros da equipe do projeto MindMatters, com a finalidade de ser um recurso das escolas para a promoção da saúde mental e o bem-estar da comunidade escolar inteira, seus alunos e pessoal, e não só alunos com necessidades identificadas. Baseia-se nas práticas que já estão implementadas, no local, para promover bem-estar dos jovens e fortalecer as escolas. Através deste programa as escolas podem identificar os seus pontos fortes e adaptar e melhorar as práticas atuais (Wyn *et al.*, 2000).

### **3.3.4. Feliz Mente**

Este é um projeto pioneiro em Portugal, na área da literacia em saúde mental, visto não existirem registos de intervenções e estudos neste domínio que avaliem os níveis de literacia em saúde mental dos adolescentes e jovens, contrariamente ao que vem sendo realizado noutros países.

É um projeto levado a cabo pela ESEnfC, tem por objetivo a avaliação dos níveis de literacia em saúde mental dos adolescentes e jovens (15-24 anos) residentes na região centro de Portugal Continental a frequentar as escolas públicas do 3º ciclo, dos ensinos básico e secundário.

### 3.4. FONTES DE ACESSO À INFORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

A primeira manifestação de transtornos mentais, muitas vezes ocorre durante a adolescência. Isto sugere a necessidade de recursos adicionais para a obtenção de informações necessárias para assim poderem identificar sintomas iniciais e, se necessário procurar ajuda.

Com a finalidade de alargar e sedimentar conhecimentos, neste caso em relação à saúde mental, as fontes de acesso à informação a que os indivíduos poderão aceder variam desde a internet, livros, escola e os mídia (televisão, cinema e imprensa).

A internet, nos últimos anos, tornou-se em mais do que uma ferramenta de comunicação simples, pois um grande número de indivíduos recorre a ela com o objetivo de obter informações sobre saúde e problemas relacionados e assim aumentar o seu nível de conhecimento sobre a temática (Oh, Jorm e Wright, 2009).

Autores há, que à internet lhe atribuem vantagens e desvantagens. Em relação às vantagens salientam, o prover acesso e informação, logo, a melhoria da literacia em saúde mental e a redução de sintomas da doença e também o de ser adjunto terapêutico em saúde mental, em sentido oposto, em relação às desvantagens reconhecem a sobrecarga de informação, existência de muitos websites onde a qualidade dos sites de saúde mental é pobre e duvidosa (Churtensen, e Juffths, 2011).

Os mídia, que são cada vez mais uma fonte de informação de saúde para a maioria das pessoas, estão a remodelar e a influenciar as culturas quer dos países desenvolvidos quer dos países em desenvolvimento (Kickbusch, 2001).

Na mesma linha de pensamento, os mídia têm sido identificados como a principal fonte de informação sobre a doença mental na população, podendo influenciar a adoção de legislação (CAMIMH, 2007).

Neste sentido, os mídia, têm sido utilizados como estratégia de saúde para passar as mensagens à população, com a finalidade de ensinar, compreender, analisar e avaliar a situação. Embora por vezes não seja o que acontece, pois situações existem, onde os mídia têm alguma responsabilidade pelo aumento do medo e de percepções de perigo, por parte do público, sobretudo no que se relaciona com as doenças mentais (*Idem*). Sobretudo, quando tendem a salientar sobre os aspetos negativos em detrimento dos positivos e é notório que estes aspetos negativos têm impacto sobre o indivíduo (Page *et al.*, 2011).

Assim, as mensagens deverão ser cuidadosamente construídas de forma a produzirem o sucesso da campanha. As escolas, para além de desenvolverem as habilidades de literacia no geral, as aulas de educação de saúde, poderão, também, elas ser uma boa fonte de informação, ao fornecerem excelentes oportunidades para o desenvolvimento de habilidades específicas, como o avaliar da credibilidade da informação colocada ao dispor do indivíduo, para lidar com a saúde mental (Manganello *et al.*, 2007).

Os livros serão provavelmente a fonte de informação mais fidedigna. As bibliotecas e os cursos de estudo são também fontes de conhecimentos, mas talvez apenas disponíveis para aqueles com melhor educação e recursos. Outras das possíveis fontes à obtenção de informação poderá também ser, para além das mencionadas, a família e amigos, tendo por base a experiência de vida (Jorm, 2000).

Se compararmos todas as fontes de informação existentes, provavelmente a de mais fácil acesso e a mais usada por parte dos adolescentes e jovens será a internet, assim sendo, a responsabilidade por parte das autoridades competentes do controle de qualidade de tais fontes de informação, deveria ser acrescida, com a finalidade de garantir que o público recebe informações corretas e precisas sobre a informação que procura.

## **PARTE II – CONTRIBUIÇÃO EMPIRICA**



## **CAPITULO IV - METODOLOGIA**

O presente capítulo inicia-se com a apresentação das questões de investigação, com todos os aspetos metodológicos subsequentes, amostra, variáveis e respetivos instrumentos de colheita de dados utilizados, bem como os procedimentos de colheita de dados e análise estatística efetuada.

Dada a escassez de trabalhos empíricos, especialmente na área de investigação em enfermagem, acerca da Literacia em Saúde Mental, optou-se por realizar um estudo do tipo descritivo, exploratório simples.

### **4.1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO**

De modo a dar resposta aos objetivos foram formuladas as seguintes questões de investigação:

**Q<sub>1</sub>:** Qual o nível de reconhecimento das perturbações mentais, especificamente no que se refere à depressão, esquizofrenia e abuso de álcool dos adolescentes e jovens a frequentar as escolas do terceiro ciclo e secundário do distrito de Coimbra?

**Q<sub>2</sub>:** Quais as ações de procura de ajuda privilegiadas pelos jovens e quais as barreiras ao nível da Saúde Mental?

**Q<sub>3</sub>:** Quais as crenças e intenções sobre a prestação da primeira ajuda?

**Q<sub>4</sub>:** Quais as crenças sobre intervenções e ajuda profissional?

**Q<sub>5</sub>:** Quais as crenças sobre comportamentos de risco e fatores protetores?

**Q<sub>6</sub>:** Quais as crenças e atitudes acerca das doenças mentais?

**Q<sub>7</sub>:** Qual o nível de familiaridade com as perturbações?

## 4.2. VARIÁVEL CENTRAL

Assim e tendo em conta os objetivos e questões de investigação, a variável central do estudo é a literacia em saúde mental, entendida como os conhecimentos e crenças acerca das perturbações mentais que permite o seu reconhecimento, prevenção e/ou gestão, não apenas em proveito do indivíduo, mas também dos seus pares (Jorm, 2012).

## 4.3. AMOSTRA

A amostra do nosso estudo foi realizada a partir da população acessível dos estudantes a frequentar as escolas públicas do 3º ciclo, dos ensinos básico e secundário do distrito de Coimbra e é constituída por 1585 adolescentes e jovens. Para tal, utilizou-se uma amostragem aleatória por conglomerados.

Relativamente aos 1585 adolescentes e jovens do distrito de Coimbra, que participaram no estudo (Quadro 1), a maioria era do sexo feminino (59,6%), do sexo masculino a percentagem foi ligeiramente mais baixa (40,4%). No que respeita às habilitações literárias do pai, a maioria (27,4%) tem o ensino básico - 3º ciclo, com uma pequena diferença seguem-se os pais com o ensino secundário (25,7%). Em contrapartida os pais em minoria são aqueles que possuem mestrado/doutoramento (3,5%) e bacharelato/licenciatura (8,8%). Quanto às habilitações literárias da mãe, a maioria (26,6%) tem o ensino secundário, com uma pequena diferença com cerca de 26,4% as mães que possuem o ensino básico – 3º Ciclo. Em contrapartida as mães em minoria são aqueles que possuem mestrado/doutoramento (4,6%) e o ensino básico – 1º ciclo com 13,3%. Em relação ao concelho de residência, a maioria dos adolescentes e jovens que responderam ao questionário (26,3%) pertenciam ao concelho de Cantanhede seguido do concelho de Figueira da Foz (19,5%). Em oposição os concelhos que participaram com menos adolescentes e jovens no estudo foram, em simultâneo, os de Gois e de Vila Nova de Poiares (0,1%) seguido do concelho de Arganil e Penela (0,3%).

**Quadro 1.** Distribuição de frequências absolutas e percentuais do género, habilitações literárias dos pais e concelho de residência (N=1585)

Variáveis	n.º	%
<b>Género:</b>		
Masculino	641	40,4
Feminino	944	59,6
<b>Habilitações literárias pai:</b>		
Ensino básico – 1º Ciclo	241	15,2
Ensino básico – 2º Ciclo	286	18,0
Ensino básico – 3º Ciclo	418	26,4
Ensino secundário	392	24,7
Bacharelato/Licenciatura	135	8,5
Mestrado/Doutoramento	54	3,4
<b>Habilitações literárias mãe:</b>		
Ensino básico – 1º Ciclo	207	13,1
Ensino básico – 2º Ciclo	236	14,9
Ensino básico – 3º Ciclo	410	25,9
Ensino secundário	413	26,1
Bacharelato/Licenciatura	215	13,6
Mestrado/Doutoramento	71	4,5
<b>Concelho de residência:</b>		
Oliveira do Hospital	6	0,4
Coimbra	291	18,4
Soure	106	6,7
Figueira da Foz	309	19,5
Lousã	217	13,7
Cantanhede	417	26,3
Montemor-o-Velho	61	3,8
Vila Nova de Poiares	2	0,1
Mira	6	0,4
Condeixa-a-Nova	17	1,1
Miranda do Corvo	6	0,4
Arganil	5	0,3
Penacova	137	8,6
Penela	4	0,3
Góis	1	0,1

Analisando os dados apresentados de seguida, podemos constatar que dos 1585 adolescentes e jovens que participaram no estudo a média de idades é de 16,83 anos, com um desvio padrão de 1,68 anos, tendo a idade variado entre 14 e 24 anos (Quadro 2).

**Quadro 2.** Estatística resumo da média de idade dos adolescentes e jovens (N=1585)

Mínimo	Máximo	$\bar{x}$	s
14,00	24,00	16,83	1,68

#### 4.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados utilizado neste estudo é o Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALiSMental, na versão traduzida, adaptada e validada para a população portuguesa. (Loureiro *et al.*, 2012b). Trata-se de um questionário anónimo, para administrar na forma de autorrelato escrito, sendo constituído por duas partes (Anexo 1).

##### 1ª Parte: Questionário Sócio-Demográfico

Permite caracterizar os elementos da amostra através de quatro itens, todos de resposta fechada. Para além da caracterização sociodemográfica como o género, idade, procuramos recolher também informação sobre as habilitações literárias do pai e da mãe.

##### 2ª Parte: Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (QuALiSMental)

Foi criado para adolescentes e jovens e avalia a literacia em saúde mental dos mesmos. É composto por três cenários (vinhetas), um para a depressão, outro para a esquizofrenia e um último para problemas associados ao consumo de álcool.

A vinheta relativa à depressão faz alusão a uma jovem de 16 anos:

“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 lhe parecem muito difíceis, pelo que tem adiado algumas decisões. Os seus pais e amigos estão muito preocupados com ela.”

O cenário relativo à esquizofrenia refere-se a um jovem, também ele de 16 anos:

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

No que se refere à vinheta do abuso de álcool, também esta, mais uma vez, faz referência a um jovem de 16 anos:

“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.”

Cada vinheta mencionada, é constituída por 18 questões. As diversas questões apresentadas estão organizadas por seções que incluem:

- Reconhecimento das perturbações;
- Pedido de ajuda;
- Prestação de ajuda;
- Reconhecimento da ajuda profissional;
- Comportamento risco/fatores protetores;
- Estigma social e preconceito;
- Familiaridade com a perturbação;
- Fontes de conhecimento/informação.

Todas as questões são de resposta única, à exceção das questões nº1, 5 e 6, sendo nestas permitido assinalar várias opções. A questão nº1, apresenta as várias hipóteses para identificar o cenário apresentado, nas restantes, 5 e 6, são enunciadas as questões onde são apresentados os itens relativos ao impedimento de procura de ajuda junto de uma pessoa próxima.

#### 4.5. PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DADOS

No sentido de operacionalizar a colheita de dados, numa fase inicial foi pedido o parecer à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), tendo obtido parecer favorável à continuidade do estudo (ANEXO II). Posteriormente, também foi submetido o parecer ao Ministério da Educação, processo nº 0252500001, (Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular), tendo sido aprovado a sua aplicação. Para a obtenção da respetiva autorização para a aplicação do questionário aos adolescentes e jovens do distrito de Coimbra, foi redigido um pedido de autorização aos encarregados de educação (ANEXO III).

Os questionários foram aplicados em sessões coletivas, com a presença dos investigadores.

#### 4.6. TRATAMENTO ESTATISTICO

Tendo em conta que a informação recolhida é do tipo quantitativo, recorreremos à utilização do programa informático SPSS 19 (Statistical Package for the Social Sciences for Windows release 19).

Para dar resposta às questões de investigação, recorreremos ao cálculo das frequências absolutas e percentuais e estatística resumo como a média e desvio padrão para todas as componentes da literacia em saúde mental. Nas questões relativas ao reconhecimento das perturbações, foram calculados os intervalos de confiança para a proporção utilizando um nível de confiança de 95%.

## **CAPITULO V - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**

Com o intuito de facilitar a descrição da Literacia em Saúde Mental dos adolescentes e jovens relativamente à depressão, à esquizofrenia e ao abuso de álcool, segue-se a apresentação dos dados segundo as componentes da literacia em saúde mental: o reconhecimento das perturbações, intenção de procura de ajuda, crenças sobre a prestação de ajuda, crenças sobre intervenções, crenças sobre prevenção, atitudes estigmatizantes e distância social e exposição às perturbações mentais.

### **5.1. RECONHECIMENTO DAS PERTURBAÇÕES**

Em relação ao reconhecimento das perturbações (Quadro 3), podemos observar que para a vinheta da Joana (depressão), 67,7% consideraram que tinha depressão, 49,2% como stress. Em oposição 0,3% consideraram que a Joana não tinha nada e 0,6% como tendo esquizofrenia. De referir que 6,4% referiu que a Joana tinha uma doença mental. Relativamente à esquizofrenia, verificou-se que 58,4% dos adolescentes e jovens consideraram que o Miguel tinha um problema psicológico, e 57,6% uma doença mental. Em oposição 0,3% consideraram que o Miguel tinha anorexia e 0,7% como não tendo nada. No que respeita às categorias, do abuso de álcool, verificou-se que 73,8% consideraram que o Jorge tinha um abuso de substâncias (álcool), e 71,8% tinha alcoolismo. Em oposição 0,3%, em simultâneo, consideraram que o Jorge tinha anorexia e cancro e 0,4%, também em simultâneo, como tendo esquizofrenia e bulimia.

**Quadro 3.** Distribuição das frequências relativas e absolutas das categorias no reconhecimento das perturbações (N=1585)

Categorias no reconhecimento	Depressão		Esquizofrenia		Abuso de álcool	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Não sei	31	2,0	97	6,2	59	3,7
Não tem nada	4	0,3	11	0,7	41	2,6
Depressão	1067	67,7	438	27,8	112	7,1
Esquizofrenia	9	0,6	719	45,7	7	0,4
Psicose	14	0,9	343	22,1	10	0,6
Doença mental	101	6,4	907	57,6	49	3,1
Bulimia	101	6,4	12	0,8	7	0,4
Stresse	776	49,2	241	15,3	161	10,2
Esgotamento nervoso	519	32,9	476	30,2	52	3,3
Abuso substância	56	3,6	80	5,1	1161	73,8
Crise idade	266	16,9	69	4,4	349	22,2
Problemas Psicológicos	664	42,1	920	58,4	241	15,3
Anorexia	248	15,7	5	0,3	5	0,3
Tem um problema	390	24,7	451	28,7	327	20,8
Alcoolismo	13	0,8	27	1,7	1130	71,8
Cancro	16	1,0	12	0,8	5	0,3

I.C.95% para a depressão: 25%-30%; I.C.95% para a esquizofrenia: 27%-31%; I.C.95% para o abuso de álcool: 44%-49%

## 5.2. INTENÇÃO DE PROCURA DE AJUDA

Nesta situação os adolescentes e jovens inquiridos responderam (Quadro 4), que se estivessem a viver uma situação como a da Joana (depressão), 63% procuraria ajuda enquanto que 8,5% não o faria e 28,6% responde não saber se procuraria ajuda ou não. No caso do Miguel (esquizofrenia), 54,6% procuraria ajuda enquanto que 7,6% não o faria e 37,8% responde não saber se procuraria ajuda ou não. No cenário do Jorge, (abuso de álcool), os adolescentes e jovens responderam, 55,1% procuraria ajuda enquanto que 11,3% não o faria e 33,6% responde não saber se procuraria ajuda ou não.

**Quadro 4.** Distribuição de frequências absolutas e percentuais da intenção de procura de ajuda

Procura de ajuda	Depressão		Esquizofrenia		Abuso de álcool	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Sim	998	63,0	865	54,6	865	55,1
Não	134	8,5	121	7,6	177	11,3
Não sei	453	28,6	599	37,8	528	33,6

Em relação à questão de pedido de ajuda (Quadro 5), com quem falaria ou a quem a pediria se necessário, no caso da depressão, a resposta mais cotada, mais próxima do seguramente, foi o pedido de ajuda à mãe, com média de 3,98, seguido do pedido de ajuda ao namorado ( $\bar{x}=3,73$ ). Em oposição o pedido de ajuda ao professor, com média de 2,09 e ao pai ( $\bar{x}=3,25$ ), respostas que mais se aproximam “de modo nenhum”, seriam as últimas opções que tomariam para pedirem ajuda. No caso da esquizofrenia, a resposta mais cotada, mais próxima do seguramente, foi o pedido de ajuda à mãe, com média de 3,93, seguido do pedido de ajuda ao namorado ( $\bar{x}= 3,42$ ).

Em oposição o pedido de ajuda ao professor, com média de 2,12 e ao pai ( $\bar{x}= 3,34$ ), respostas que mais se aproximam “de modo nenhum”, seriam as últimas opções que tomariam para pedirem ajuda. Na situação de abuso de álcool, a resposta mais cotada, mais próxima do seguramente, foi o pedido de ajuda a um amigo, com média de 3,74, seguido do pedido de ajuda ao namorado ( $\bar{x}=3,61$ ). Em oposição o pedido de ajuda ao professor, com uma média de 2,04 e ao pai ( $\bar{x}=3,05$ ), respostas que mais se aproximam “de modo nenhum”, seriam as últimas opções que tomariam para pedirem ajuda. O pedido de ajuda varia entre “de modo nenhum”, cotado com 1 e “seguramente”, cotado com 5.

**Quadro 5.** Estatística resumo para as variáveis referentes às pessoas a quem pediriam ajuda

Pedido de ajuda	Depressão		Esquizofrenia		Abuso de álcool	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Pedir ajuda mãe	3,98	1,23	3,93	1,34	3,51	1,50
Pedir ajuda pai	3,25	1,38	3,34	1,44	3,05	1,51
Pedir ajuda amigo	3,71	1,07	3,41	1,23	3,74	1,16
Pedir ajuda namorado	3,73	1,20	3,42	1,35	3,61	1,27
Pedir ajuda professor	2,09	1,06	2,12	1,17	2,04	1,17

Em relação à confiança para pedirem ajuda, nos três cenários apresentados, depressão, esquizofrenia e abuso de álcool, as respostas dos adolescentes e jovens, situaram-se entre o confiante e o muito confiante, com médias de 3,41; 3,13 e 3,21 respetivamente. O pedido de ajuda variou entre nada confiante (cotado com 1) e o muitíssimo confiante (cotado com 5).

Em relação à questão do que impediria os adolescentes e jovens de pedirem ajuda a essa pessoa (Quadro 6), na depressão, a opção “ser muito tímido, sentir vergonha” obteve 46,4% das respostas dadas seguindo-se a opção “pensar que a pessoa pudesse vir a contar a outras pessoas” (41,3%). Contrariamente, 6,1% seria impedimento de procura de ajuda por pensar que se poderia saber que estava a ter ajuda de um profissional de saúde e 8,7% por pensar que poderia ter dificuldade em aceder a essa pessoa/profissional de saúde. Quanto à esquizofrenia, o que impediria os adolescentes e jovens de pedirem ajuda a essa pessoa, a opção “pensar que a pessoa pudesse vir a contar a outras pessoas” obteve 48,2% das respostas seguindo-se a opção “pensar que a pessoa fica com uma opinião negativa sobre mim” (48,1%). Contrariamente, 12,6% seria impedimento de procura de ajuda por “pensar que se poderá saber que estou a ter ajuda de um profissional de saúde” e 14,3% por “pensar que poderei ter dificuldades em aceder a essa pessoa/profissional de saúde”. No caso de abuso de álcool, o que impediria os adolescentes e jovens de pedirem ajuda a essa pessoa, a opção “pensar que a pessoa fica com uma opinião negativa sobre mim” obteve 62,6% das respostas seguindo-se a opção “pensar o que a pessoa possa vir a

pensar sobre mim” (49,7%). Contrariamente, em simultâneo, 12,5% seria impedimento de procura de ajuda a opção “pensar que se poderá saber que estou a ter ajuda de um profissional de saúde” e “pensar que poderei ter dificuldades em aceder a essa pessoa/profissional de saúde”.

**Quadro 6.** Distribuição de frequências absolutas e percentuais dos impedimentos para pedir ajuda

Impedimentos pedir ajuda	Depressão		Esquizofrenia		Abuso de álcool	
	nº.	%	nº.	%	nº.	%
Pensar que a pessoa fica com uma ...	358	23,6	741	48,1	949	62,6
Pensar que a pessoa não valoriza ...	546	35,9	726	47,2	492	32,5
Pensar que a pessoa possa vir a contar a ...	627	41,3	742	48,2	707	46,6
Pensar o que a pessoa possa vir a pensar ...	358	23,6	685	44,5	754	49,7
Pensar que nada me poderá ajudar	533	35,1	714	46,4	494	32,6
Pensar que se poderá saber que estou a...	92	6,1	194	12,6	190	12,5
Pensar que poderei ter dificuldades em ...	132	8,7	220	14,3	190	12,5
Pensar que o tratamento tem efeitos ...	219	14,4	351	22,8	322	21,2
Ser muito tímido, sentir vergonha	705	46,4	663	43,1	685	45,2

No que se refere à questão se estivesse a viver atualmente uma situação como a da Joana/Miguel/Jorge, sentir-te-ias à vontade para falar com os teus pais sobre isso (Quadro 7), na depressão, 73,5% respondem sentir-se à vontade de falar com a mãe seguido de 37,0% que corresponde ao à-vontade para falar com o pai. Contrariamente 2,2% responde que não se sentiria à vontade de falar com os pais devido ao facto de eles não estarem presentes e 2,5% devido ao facto de os pais não estarem disponíveis. Em relação à situação do Miguel (esquizofrenia), 65,8% responde sentir-se à vontade de falar com a mãe seguido de 39,9% que corresponde ao à-vontade para falar com o pai. Contrariamente 1,9% responde que não se sentiria à vontade de falar com os pais devido ao facto de eles não estarem disponíveis e 2,4% devido ao facto de os pais não estarem presentes. No abuso de álcool, 60,6% responde sentir-se à vontade de falar com a mãe seguido de 37,4% que corresponde ao à-vontade para falar com o pai. Contrariamente 2,2% responde que não se sentiria à vontade de falar com os pais devido ao facto de eles não estarem disponíveis e 2,4% devido ao facto de os pais não estarem presentes.

**Quadro 7.** Distribuição de frequências absolutas e percentuais do à vontade para falar com os pais

Vontade falar pais	Depressão		Esquizofrenia		Abuso de álcool	
	nº.	%	nº.	%	nº.	%
Sim, com a minha mãe	1102	73,5	981	65,8	874	60,6
Sim, com o meu pai	555	37,0	594	39,9	540	37,4
Não, os meus pais não estão presentes	33	2,2	36	2,4	35	2,4
Não, os meus pais não estão disponíveis	37	2,5	29	1,9	32	2,2
Não, os meus pais não estão...	64	4,3	86	5,8	94	6,5
Não sei	283	18,9	395	26,5	430	29,8

### 5.3. CRENÇAS SOBRE A PRESTAÇÃO DE AJUDA

Sobre a temática da confiança para ajudar, as respostas dos adolescentes e jovens (Quadro 8), situaram-se entre o confiante e o muito confiante para ajudarem a Joana/Miguel/Jorge com médias de 3,51; 3,08 e 3,40 respetivamente. A confiança para ajudar variou entre nada confiante (cotada com 1) e muitíssimo confiante (cotada com 5).

**Quadro 8.** Estatística resumo da confiança para ajudar (N=1585)

<b>Confiança</b>	$\bar{x}$	s
Joana	3,51	0,85
Miguel	3,08	0,96
Jorge	3,40	0,90

No que respeita às diferentes opções utilizadas para ajudar a Joana/Miguel/Jorge (Quadro 9), na depressão, 96,3% considera o facto de ouvir os seus problemas de forma compreensiva como útil seguido de sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado (75,7%), o item menos assinalado como sendo útil foi o de não valorizar o seu problema, ignorando-a até que se sinta melhor (2,9%). De forma prejudicial elegem o facto de sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas (86,0%) seguido de não valorizar o seu problema, ignorando-a até que se sinta melhor (85,1%), o item menos assinalado como sendo prejudicial foi o de ouvir os seus problemas de forma compreensiva (0,6%). Em relação à opção nem uma coisa nem outra, os adolescentes e jovens elegem o facto de incentivá-la a praticar exercício físico (43,6%) seguido de dizer-lhe com firmeza para andar para a frente (36,1%), o item menos assinalado como sendo nem uma coisa nem outra foi o de ouvir os seus problemas de forma compreensiva (3,1%). Na esquizofrenia das diferentes opções utilizadas para ajudar, 92,6% considera o facto de ouvir os seus problemas de forma compreensiva como útil seguido de sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado (81,4%), o item menos assinalado como sendo útil foi o de sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas (3,7%). De forma prejudicial elegem o facto de sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas (85,2%) seguido de não valorizar o seu problema, ignorando-a até que se sinta melhor (82,5%), o item menos assinalado como sendo prejudicial para ajudar o Miguel foi o de ouvir os seus problemas de forma compreensiva (1,0%). Em relação à opção nem uma coisa nem outra, os adolescentes e jovens elegem o facto de incentivá-lo a praticar exercício físico (35,0%) seguido de dizer-lhe com firmeza para andar para a frente (33,7%), o item menos assinalado como sendo nem uma coisa nem outra foi o de ouvir os seus

problemas de forma compreensiva (6,4%). No abuso de álcool, as diferentes opções utilizadas, pelos adolescentes e jovens, para ajudar foram, 91,3% considera o facto de ouvir os seus problemas de forma compreensiva como útil seguido de sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado (77,4%), o item menos assinalado como sendo útil foi o de sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas (3,7%). De forma prejudicial elegem o facto de sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas (86,0%) seguido de não valorizar o seu problema, ignorando-a até que se sinta melhor (80,4%), o item menos assinalado como sendo prejudicial foi o de ouvir os seus problemas de forma compreensiva (0,9%). Em relação à opção nem uma coisa nem outra, os adolescentes e jovens elegem o facto de perguntar se tem tendências suicidas (38,1%) seguido de dizer-lhe com firmeza para andar para a frente (29,6%), o item menos assinalado como sendo nem uma coisa nem outra foi o de ouvir os seus problemas de forma compreensiva (7,8%).

**Quadro 9.** Distribuição de frequências absolutas e percentuais das opções de prestação de ajuda

Ações de prestação de ajuda		Depressão		Esquizofrenia		Abuso de álcool	
		nº.	%	nº.	%	nº.	%
Ouvir os seus problemas de forma compreensiva	Útil	1526	96,3	1468	92,6	1447	91,3
	Prejudicial	10	0,6	16	1,0	15	0,9
	Nem uma coisa nem outra	49	3,1	101	6,4	123	7,8
Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente	Útil	779	49,1	732	46,2	842	53,1
	Prejudicial	234	14,8	319	20,1	274	17,3
	Nem uma coisa nem outra	572	36,1	534	33,7	469	29,6
Sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado	Útil	1200	75,7	1290	81,4	1226	77,4
	Prejudicial	73	4,6	93	5,9	77	4,9
	Nem uma coisa nem outra	312	19,7	202	12,7	282	17,8
Marcar uma consulta no médico de família com o seu conhecimento	Útil	949	59,9	1027	64,8	1021	64,4
	Prejudicial	104	6,6	115	7,3	102	6,4
	Nem uma coisa nem outra	532	33,6	443	27,9	462	29,1
Perguntar se tem tendências suicidas	Útil	255	16,1	334	21,1	223	14,1
	Prejudicial	824	52,0	778	49,1	758	47,8
	Nem uma coisa nem outra	506	31,9	473	29,8	604	38,1
Sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas	Útil	50	3,2	58	3,7	59	3,7
	Prejudicial	1363	86,0	1351	85,2	1363	86,0
	Nem uma coisa nem outra	172	10,9	176	11,1	163	10,3
Reunir o grupo de amigos para a/o animar	Útil	1197	75,5	1040	65,6	1069	67,4
	Prejudicial	63	4,0	136	8,6	163	10,3
	Nem uma coisa nem outra	325	20,5	409	25,8	353	22,3
Não valorizar o seu problema, ignorando-o até que se sinta melhor	Útil	46	2,9	77	4,9	88	5,6
	Prejudicial	1349	85,1	1308	82,5	1275	80,4
	Nem uma coisa nem outra	190	12,0	200	12,6	222	14,0
Mantê-la/o ocupada/o para que não pense tanto nos seus problemas	Útil	989	62,4	946	59,7	1048	66,1
	Prejudicial	143	9,0	172	10,9	177	11,2
	Nem uma coisa nem outra	453	28,6	467	29,5	360	22,7
Incentivá-la a praticar exercício físico	Útil	815	51,4	969	61,1	1209	76,3
	Prejudicial	79	5,0	61	3,8	38	2,4
	Nem uma coisa nem outra	691	43,6	555	35,0	338	21,3

#### 5.4. CRENÇAS SOBRE INTERVENÇÕES

Em relação aos diferentes profissionais de saúde que poderão ajudar a Joana/Miguel/Jorge (Quadro 10), na depressão, 91,9% considera um psicólogo como útil seguido de um amigo significativo (81,9%), o item menos assinalado como útil foi o

de resolver sozinha os seus problemas (3,2%). De forma prejudicial elegem o facto de resolver sozinha os seus problemas (76,4%) seguido de um serviço telefónico de aconselhamento (21,4%), o item menos assinalado como sendo prejudicial é o médico de família (1,8%). No que respeita à opção nem uma coisa nem outra, os adolescentes e jovens elegem o assistente social (71,5%) seguido de um professor (64,9%), o item menos assinalado como sendo nem uma coisa nem outra foi um psicólogo (3,1%). Na esquizofrenia, 90,2% considera um psicólogo como útil seguido de um psiquiatra (79,5%), o item menos assinalado como útil foi o de resolver sozinho os seus problemas (3,1%). De forma prejudicial elegem o facto de resolver sozinho os seus problemas (77,7%) seguido de um serviço telefónico de aconselhamento (20,7%), o item menos assinalado como sendo prejudicial é o psicólogo (1,7%). No que respeita à opção nem uma coisa nem outra, os adolescentes e jovens elegem o assistente social (69,1%) seguido de um professor (66,8%), o item menos assinalado como sendo nem uma coisa nem outra foi um psicólogo (8,1%). Em relação abuso de álcool, os diferentes profissionais de saúde que poderão ajudar, consideram 81,8% um amigo significativo como útil seguido de um médico de família (79,7%), o item menos assinalado como útil foi o de resolver sozinho os seus problemas (5,2%). De forma prejudicial elegem o facto de resolver sozinho os seus problemas (72,9%) seguido de um serviço telefónico de aconselhamento (17,9%), o item menos assinalado como sendo prejudicial é o médico de família (2,3%). No que respeita à opção nem uma coisa nem outra, os adolescentes e jovens elegem o assistente social (65,9%) seguido de um professor (58,2%), o item menos assinalado como sendo nem uma coisa nem outra foi um amigo significativo (15,3%).

**Quadro 10.** Distribuição de frequências absolutas e percentuais de profissionais que poderão ajudar

Ajuda de profissionais de saúde		Depressão		Esquizofrenia		Abuso de álcool	
		nº.	%	nº.	%	nº.	%
Um médico de família	Útil	1190	75,1	1161	73,2	1264	79,7
	Prejudicial	28	1,8	43	2,7	36	2,3
	Nem uma coisa nem outra	367	23,	381	24,0	285	18,0
Um professor	Útil	443	27,3	324	20,4	438	27,6
	Prejudicial	123	7,8	203	12,8	225	14,2
	Nem uma coisa nem outra	1029	64,9	1058	66,8	922	58,2
Um psicólogo	Útil	1456	91,9	1429	90,2	1258	79,4
	Prejudicial	30	1,9	27	1,7	58	3,7
	Nem uma coisa nem outra	99	6,2	129	8,1	269	17,0
Um enfermeiro	Útil	818	51,6	743	46,9	929	58,6
	Prejudicial	55	3,5	87	5,5	84	5,3
	Nem uma coisa nem outra	712	44,9	755	47,6	572	36,1
Um assistente social	Útil	225	14,2	279	17,6	314	19,8
	Prejudicial	227	14,3	211	13,3	226	14,3
	Nem uma coisa nem outra	1133	71,5	1095	69,1	1045	65,9
Um psiquiatra	Útil	893	56,3	1260	79,5	714	45,0
	Prejudicial	146	9,2	68	4,3	168	10,6
	Nem uma coisa nem outra	546	34,4	257	16,2	703	44,4
Um serviço telefónico...	Útil	277	17,5	266	16,8	441	27,8
	Prejudicial	339	21,4	328	20,7	283	17,9
	Nem uma coisa nem outra	969	61,1	991	62,5	861	54,3
Um familiar próximo	Útil	1184	74,7	1094	69,0	1219	76,9
	Prejudicial	59	3,7	63	4,0	66	4,2
	Nem uma coisa nem outra	342	21,6	428	27,0	300	18,9
Um amigo significativo	Útil	1298	81,9	1170	73,8	1296	81,8
	Prejudicial	37	2,3	43	2,7	46	2,9
	Nem uma coisa nem outra	250	15,8	372	23,5	243	15,3
Resolver sozinha problemas	Útil	51	3,2	49	3,1	82	5,2
	Prejudicial	1211	76,4	1232	77,7	1155	72,9
	Nem uma coisa nem outra	323	20,4	304	19,2	348	22,0

No que respeita aos medicamentos que acham que poderão ser úteis para ajudar (Quadro 11), na depressão, 65,2% considera as vitaminas como sendo útil seguido de chás (54,1%), o item menos assinalado como medicamento útil são os anti psicóticos (7,3%). De forma prejudicial elegem os anti psicóticos (39,2%) seguido de comprimidos para dormir (32,1%), o item menos assinalado são em simultâneo as vitaminas e os chás (4,0%). No que respeita à opção nem uma coisa nem outra, os adolescentes e jovens elegem os anti psicóticos (53,4%) seguido de chás (41,9%), o item menos assinalado foram as vitaminas (30,9%). Na esquizofrenia, 54,4% considera os tranquilizantes/calmanes como sendo útil seguido de anti psicóticos (48,4%), o item menos assinalado como medicamento útil são os comprimidos para dormir (30,9%). De forma prejudicial elegem os comprimidos para dormir (19,7%) seguido de antidepressivos (18,7%), o item menos assinalado são os chás (4,4%). No que respeita à opção nem uma coisa nem outra, os adolescentes e jovens elegem as vitaminas (59,4%) seguido de chás (55,8%), o item menos assinalado foram os tranquilizantes/calmanes (32,9%). No abuso de álcool, os adolescentes e jovens consideram os chás como sendo útil (40,4%) seguido de vitaminas (32,2%), o item menos assinalado como medicamento útil são os anti psicóticos (9,0%). De forma prejudicial elegem os anti psicóticos (29,3%) seguido de, em simultâneo antidepressivos e comprimidos para dormir (28,3%), o item menos assinalado são os

chás (5,2%). No que respeita à opção nem uma coisa nem outra, os adolescentes e jovens elegem os comprimidos para dormir (61,8%) seguido de anti psicóticos (61,7%), o item menos assinalado foram os chás (54,4%).

**Quadro 11.** Distribuição de frequências absolutas e percentuais de medicamentos considerados uteis

Medicamentos considerados uteis		Depressão		Esquizofrenia		Abuso de álcool	
		nº.	%	nº.	%	nº.	%
Vitaminas	Útil	1033	65,2	529	33,4	510	32,2
	Prejudicial	63	4,0	114	7,2	147	9,3
	Nem uma coisa nem outra	489	30,9	942	59,4	928	58,5
Chás	Útil	858	54,1	632	39,9	641	40,4
	Prejudicial	63	4,0	69	4,4	82	5,2
	Nem uma coisa nem outra	664	41,9	884	55,8	862	54,4
Tranquilizantes/Calman tes	Útil	460	29,0	863	54,4	325	20,5
	Prejudicial	485	30,6	201	12,7	351	22,1
	Nem uma coisa nem outra	640	40,4	521	32,9	909	57,4
Antidepressivos	Útil	566	35,7	619	39,1	190	12,0
	Prejudicial	489	30,9	297	18,7	448	28,3
	Nem uma coisa nem outra	530	33,4	669	42,2	947	59,7
Anti psicóticos	Útil	116	7,3	767	48,4	143	9,0
	Prejudicial	622	39,2	261	16,5	464	29,3
	Nem uma coisa nem outra	847	53,4	557	35,1	978	61,7
Comprimidos para dormir	Útil	441	27,8	489	30,9	157	9,9
	Prejudicial	508	32,1	312	19,7	448	28,3
	Nem uma coisa nem outra	636	40,1	784	49,5	980	61,8

Sobre as atividades que poderão ajudar (Quadro 12), na depressão os adolescentes e jovens elegeram como uteis praticar treino de relaxamento (82,5%) seguido de fazer terapia com um profissional especializado (75,2%), o item menos assinalado foi utilizar bebidas alcoólicas para relaxar (2,6%). De forma prejudicial elegem utilizar bebidas alcoólicas para relaxar (87,1%) seguido de fumar para relaxar (85,6%), o item menos assinalado como atividade prejudicial é praticar treino de relaxamento (1,5%). No que respeita à opção nem uma coisa nem outra, os adolescentes e jovens elegem fazer acupunctura (68,6%) seguido de levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol (63,0%), o item menos assinalado como sendo nem uma coisa nem outra foram, em simultâneo, utilizar bebidas alcoólicas para relaxar e fumar para relaxar (10,3%). Quanto às atividades que poderão ajudar na esquizofrenia, os adolescentes e jovens elegem como uteis fazer terapia com um profissional especializado (82,7%) seguido de procurar ajuda especializada de saúde mental (80,9%), o item menos assinalado foi utilizar bebidas alcoólicas para relaxar (3,0%). De forma prejudicial elegem utilizar bebidas alcoólicas para relaxar (86,0%) seguido de fumar para relaxar (84,4%), o item menos assinalado como atividade prejudicial é fazer exercício físico (1,3%). No que respeita à opção nem uma coisa nem outra, os adolescentes e jovens elegem fazer acupunctura (67,7%) seguido de levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol (58,2%), o item menos assinalado como sendo nem uma coisa nem outra foi utilizar bebidas alcoólicas para relaxar (11,0%). No abuso de álcool, elegem como atividades uteis fazer exercício físico (81,8%) seguido de fazer terapia com um profissional

especializado (75,5%), o item menos assinalado foi utilizar bebidas alcoólicas para relaxar (2,8%). De forma prejudicial elegem utilizar bebidas alcoólicas para relaxar (87,1%) seguido de fumar para relaxar (83,8%), o item menos assinalado como atividade prejudicial é fazer exercício físico (0,8%). No que respeita à opção nem uma coisa nem outra, os adolescentes e jovens elegem fazer acupunctura (67,9%) seguido de levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol (52,1%), o item menos assinalado como sendo nem uma coisa nem outra foi utilizar bebidas alcoólicas para relaxar (10,2%).

**Quadro 12.** Distribuição de frequências absolutas e percentuais das atividades que poderão ajudar

Atividades uteis		Depressão		Esquizofrenia		Abuso de álcool	
		nº.	%	nº.	%	nº.	%
Fazer exercício físico	Útil	1103	69,6	1107	69,8	1297	81,8
	Prejudicial	58	3,7	20	1,3	13	0,8
	Nem uma coisa nem outra	424	26,8	458	28,9	275	17,4
Praticar treino de relaxamento	Útil	1308	82,5	1171	73,9	1028	64,9
	Prejudicial	23	1,5	26	1,6	41	2,6
	Nem uma coisa nem outra	254	16,0	388	24,5	516	32,6
Praticar meditação	Útil	1004	63,3	941	59,4	821	51,8
	Prejudicial	36	2,3	44	2,8	46	2,9
	Nem uma coisa nem outra	545	34,4	600	37,9	718	45,3
Fazer acupunctura	Útil	388	24,5	420	26,5	402	25,4
	Prejudicial	110	6,9	92	5,8	107	6,8
	Nem uma coisa nem outra	1087	68,6	1073	67,7	1076	67,9
Levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol	Útil	440	27,8	560	35,3	662	41,8
	Prejudicial	147	9,3	103	6,5	98	6,2
	Nem uma coisa nem outra	998	63,0	922	58,2	825	52,1
Fazer terapia com um profissional especializado	Útil	1192	75,2	1311	82,7	1197	75,5
	Prejudicial	45	2,8	37	2,3	50	3,2
	Nem uma coisa nem outra	348	22,0	237	15,0	338	21,3
Consultar um site que contenha informação sobre o problema	Útil	721	45,5	685	43,2	940	59,3
	Prejudicial	206	13,0	194	12,2	148	9,3
	Nem uma coisa nem outra	658	41,5	706	44,5	497	31,4
Ler um livro de autoajuda sobre o problema	Útil	760	47,9	719	45,4	921	58,1
	Prejudicial	141	8,9	139	8,8	108	6,8
	Nem uma coisa nem outra	684	43,2	727	45,9	556	35,1
Juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas similares	Útil	791	49,9	906	57,2	1185	74,8
	Prejudicial	151	9,5	123	7,8	72	4,5
	Nem uma coisa nem outra	643	40,6	556	35,1	328	20,7
Procurar ajuda especializada de saúde mental	Útil	942	59,4	1282	80,9	691	43,6
	Prejudicial	116	7,3	56	3,5	164	10,3
	Nem uma coisa nem outra	527	33,2	247	15,6	730	46,1
Utilizar bebidas alcoólicas para relaxar	Útil	41	2,6	48	3,0	44	2,8
	Prejudicial	1381	87,1	1363	86,0	1380	87,1
	Nem uma coisa nem outra	163	10,3	174	11,0	161	10,2
Fumar para relaxar	Útil	64	4,0	70	4,4	68	4,3
	Prejudicial	1357	85,6	1338	84,4	1329	83,8
	Nem uma coisa nem outra	164	10,3	177	11,2	188	11,9

## 5.5. CRENÇAS SOBRE PREVENÇÃO

Em relação aos aspetos que poderiam reduzir o risco de desenvolver uma situação como a da Joana/Miguel/Jorge (Quadro 13), os adolescentes e jovens consideram como redutores, na depressão o facto de manterem o contacto regular com a família (87,9%) seguido de manterem o contacto regular com amigos (87,2%), o item menos assinalado como aspeto para reduzir o risco foi que tivessem uma crença religiosa ou

espiritual (16,3%). De forma a não reduzir o risco elegem o facto de terem uma crença religiosa ou espiritual (40,8%) seguido de não beber bebidas alcoólicas (12,4%), o item menos assinalado foi em simultâneo o facto de manterem o contacto regular com amigos e manterem o contacto regular com a família (4,5%). No que respeita à opção não sei, os adolescentes e jovens elegem o facto de terem uma crença religiosa ou espiritual (42,9%) seguido de praticar exercício físico (22,5%), o item menos assinalado como não sei, foi manterem o contacto regular com a família (7,6%). Na esquizofrenia, consideram como redutores em simultâneo o facto de manterem o contacto regular com a família e manterem o contacto regular com amigos (86,2%) seguido de evitar situações geradoras de stresse (79,9%), o item menos assinalado como aspeto para reduzir o risco foi que tivessem uma crença religiosa ou espiritual (17,2%). De forma a não reduzir o risco elegem o facto de terem uma crença religiosa ou espiritual (39,1%) seguido de praticar exercício físico (13,3%), o item menos assinalado como não redutor do risco é manter o contacto regular com amigos (4,9%). No que respeita à opção não sei, os adolescentes e jovens elegem o facto de terem uma crença religiosa ou espiritual (41,7%) seguido de praticar exercício físico (22,5%), o item menos assinalado como não sei, foi manterem o contacto regular com a família (6,8%). Quanto aos aspetos que poderiam reduzir o risco de desenvolver uma situação como a do Jorge, os adolescentes e jovens consideram como redutor o facto de não bebesssem bebidas alcoólicas (85,8%) seguido de não utilizassem drogas (82,5%), o item menos assinalado como aspeto para reduzir o risco foi que tivessem uma crença religiosa ou espiritual (18,7%). De forma a não reduzir o risco elegem o facto de terem uma crença religiosa ou espiritual (37,7%) seguido de evitassem situações geradoras de stresse (10,0%), o item menos assinalado foi não beber bebidas alcoólicas (6,9%). No que respeita à opção não sei, os adolescentes e jovens elegem o facto de terem uma crença religiosa ou espiritual (40,5%) seguido de praticar atividades relaxantes regularmente (22,4%), o item menos assinalado como não sei, foi não beber bebidas alcoólicas (5,0%).

**Quadro 13.** Distribuição de frequências absolutas e percentuais das ações para reduzir o risco

Ações		Depressão		Esquizofrenia		Abuso de álcool	
		n.º	%	n.º	%	n.º	%
Praticassem exercício físico	Sim	1041	65,7	991	62,5	1170	73,8
	Não	187	11,8	211	13,3	146	9,2
	Não sei	357	22,5	356	22,5	230	14,5
Evitassem situações geradoras de stresse	Sim	1342	84,7	1266	79,9	1185	74,8
	Não	99	6,2	125	7,9	159	10,0
	Não sei	144	9,1	167	10,5	195	12,3
Mantivessem o contacto regular com amigos	Sim	1382	87,2	1366	86,2	1166	73,6
	Não	71	4,5	77	4,9	154	9,7
	Não sei	132	8,3	114	7,2	219	13,8
Mantivessem o contacto regular com a família	Sim	1393	87,9	1366	86,2	1295	81,7
	Não	71	4,5	81	5,1	112	7,1
	Não sei	121	7,6	108	6,8	134	8,5
Não utilizassem drogas	Sim	131314	82,8	1260	79,5	1308	82,5
	Não	3	9,0	170	10,7	136	8,6
	Não sei	129	8,1	125	7,9	95	6,0
Não bebessem bebidas alcoólicas	Sim	1193	75,3	1190	75,1	1360	85,8
	Não	197	12,4	202	12,7	109	6,9
	Não sei	195	12,3	165	10,4	79	5,0
Praticassem atividades relaxantes regularmente	Sim	1121	70,7	1067	67,3	1025	64,7
	Não	110	6,9	136	8,6	156	9,8
	Não sei	354	22,3	352	22,2	355	22,4
Tivessem uma crença religiosa ou espiritual	Sim	258	16,3	272	17,2	297	18,7
	Não	647	40,8	620	39,1	598	37,7
	Não sei	680	42,9	661	41,7	642	40,5

## 5.6. ATITUDES ESTIGMATIZANTES E DISTÂNCIA SOCIAL

Das opiniões pessoais dos 1585 adolescentes e jovens que responderam à questão (Quadro 14), na depressão, a maioria situou-se entre o discordo e o não concordo nem discordo com a média a variar entre os 2,21 e 2,72, os restantes itens – “a Joana é perigosa para os outros” e “a melhor forma de evitar desenvolver uma situação como a da Joana é afastar-me dela” – a média variou entre discordo totalmente e discordo, com media a oscilar entre 1,57 e 1,33. Em relação à esquizofrenia, a maioria situou-se, também, entre o discordo e o não concordo nem discordo com a média a variar entre os 2,04 e 2,38, os restantes itens – “a situação do Miguel torna-o uma pessoa imprevisível” e “a melhor forma de evitar desenvolver uma situação como a do Miguel é afastar-me dele” – a media variou entre não concordo nem discordo, com media de 3,11 e entre discordo totalmente e discordo, com media de 1,61, respetivamente. No que se refere abuso de álcool, a maioria situou-se também como se verificou nas perturbações anteriores, entre o discordo e o não concordo nem discordo com média a variar entre os 2,38 e 2,97, em oposição o item – “a melhor forma de evitar desenvolver uma situação como a do Jorge é afastar-me dele” – a media 1,82 situou-se entre discordo totalmente e discordo. A opinião pessoal acerca das situações

apresentadas varia entre discordo totalmente (cotada com 1) e concordo totalmente (cotada com 5).

**Quadro 14.** Estatística resumo da opinião pessoal de algumas afirmações acerca dos problemas apresentados

Itens	Depressão		Esquizofrenia		Abuso de álcool	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	S
Se a Joana/Miguel/Jorge quisesse poderia sair desta...	2,62	1,03	2,04	1,13	2,82	1,28
A situação da Joana/Miguel/Jorge é um sinal de...	2,67	1,23	2,38	1,23	2,83	1,16
Esta situação não é uma doença verdadeira	2,21	1,09	1,96	1,10	2,45	1,17
A Joana/Miguel/Jorge é perigosa/o para os outros	1,57	0,81	2,38	1,02	2,39	1,03
A melhor forma de evitar desenvolver uma situação ...	1,33	0,71	1,61	0,86	1,82	0,93
A situação da Joana/Miguel/Jorge torna-a/o uma...	2,72	1,03	3,11	1,11	2,97	1,07
Nunca contaria a ninguém se tivesse na situação da/o...	2,23	1,02	2,47	1,01	2,38	0,95

No item sobre o que pensa a maioria das pessoas (Quadro 15), na depressão, a maioria das respostas situou-se entre o não concordo nem discordo e o concordo com a média a variar entre os 3,11 e 3,42 os restantes itens – “acredita que a Joana é perigosa para os outros” e “acredita que a forma de evitar desenvolver uma situação assim é afastar-se dela” – a média variou entre discordo e não concordo nem discordo, com uma oscilação entre 2,66 e 2,69. Em relação à esquizofrenia, a grande maioria situou-se entre o não concordo nem discordo e o concordo, com a média a variar entre os 3,03 e 3,49, os restantes itens – “acredita que se o Miguel quisesse poderia sair desta situação por si” e “acredita que a situação do Miguel não é uma doença verdadeira” – a média variou entre discordo e não concordo nem discordo, com uma oscilação da media entre 2,86 e 2,82. Em relação abuso de álcool, as respostas situaram todas entre o não concordo nem discordo e o concordo, com média a variar entre os 3,01 e 3,48. Esta questão sobre o que pensa a maioria das pessoas acerca da situação da Joana/Miguel/Jorge varia entre discordo totalmente (cotada com 1) e concordo totalmente (cotada com 5).

**Quadro 15.** Estatística resumo da opinião do que pensa a maioria das pessoas acerca de algumas afirmações sobre os problemas apresentados

Itens	Depressão		Esquizofrenia		Abuso de álcool	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	S
Acredita que se a Joana/Miguel/Jorge quisesse...	3,31	1,07	2,86	1,26	3,42	1,22
Acredita que a situação da Joana/Miguel/Jorge é um...	3,42	1,01	3,18	1,11	3,48	1,10
Acredita que a situação da Joana/Miguel/Jorge não é...	3,22	1,13	2,82	1,21	3,17	1,21
Acredita que a Joana/Miguel/Jorge é perigosa/o para...	2,66	1,15	3,33	1,18	3,28	1,14
Acredita que a forma de evitar desenvolver uma...	2,69	1,23	3,03	1,24	3,01	1,25
Acredita que a situação da Joana/Miguel/Jorge torna...	3,15	1,01	3,49	1,06	3,40	1,04
Nunca contaria a ninguém se tivesse na situação da/o...	3,11	1,11	3,11	1,05	3,05	1,07

No que respeita à disposição dos adolescentes e jovens para interagir (Quadro 16), quer na depressão, quer na esquizofrenia quer no abuso de álcool, todos são de opinião de tudo poderem fazer com a Joana/Miguel/Jorge sem qualquer problema. A maioria das respostas situou-se próximo do tópico sem qualquer problema, com média dos itens a variar entre 1,74 e 2,01; 2,49 e 3,15 e 2,41 e 2,71 respetivamente. Esta

questão sobre o que pensa a maioria das pessoas acerca da disposição para interagir varia de modo nenhum (cotada com 7) e sem qualquer problema (cotada com 1).

**Quadro 16.** Estatística resumo da disposição para interagir com a pessoa que tem o problema

Interação	Depressão		Esquizofrenia		Abuso de álcool	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Passar o fim-de-semana com a Joana/Miguel/Jorge?	2,01	1,46	3,15	1,79	2,69	1,77
Trabalhar num projeto ou grupo com a Joana/Miguel/Jorge	1,99	1,43	2,82	1,74	2,64	1,76
Convidar a Joana/Miguel/Jorge para a tua casa?	1,94	1,41	3,05	1,79	2,71	1,79
Ir a casa da Joana/Miguel/Jorge?	1,95	1,40	2,93	1,78	2,67	1,77
Ser amigo pessoal da Joana/ Miguel/Jorge?	1,74	1,33	2,49	1,66	2,41	1,68

## 5.7. EXPOSIÇÃO ÀS PERTURBAÇÕES MENTAIS

Relativamente ao facto de alguém na família ou círculo próximo de amigos já ter estado numa situação similar (Quadro 17), na depressão, 42,6% responderam afirmativamente enquanto que 57,4% nega ter alguém na família ou círculo de amigos numa situação similar à da Joana. Na esquizofrenia, 9,9% responderam já terem estado numa situação similar à do Miguel enquanto que 90,1% nega ter alguém na família ou círculo de amigos numa situação similar. No abuso de álcool, os adolescentes e jovens, em relação ao Jorge responderam afirmativamente 28,5% enquanto que 71,5% nega ter alguém na família ou círculo de amigos numa situação similar.

**Quadro 17.** Distribuição de frequências absolutas e percentuais de alguém na família numa situação similar

Situação similar	Depressão		Esquizofrenia		Abuso de álcool	
	n <sup>o</sup> .	%	n <sup>o</sup> .	%	n <sup>o</sup> .	%
Sim	672	42,6	155	9,9	445	28,5
Não	905	57,4	1412	90,1	1119	71,5
Total	1577	100,0	1567	100,0	1564	100,0

Na questão acerca do facto de já terem estado numa situação similar e receberam alguma ajuda ou tratamento de profissionais especializados nessas situações (Quadro 18), na depressão, 57,4% responderam afirmativamente enquanto que 24,4% nega ter tido ajuda de profissionais especializados e 18,2% refere não saber. Na esquizofrenia, 38,4% dos adolescentes e jovens responderam afirmativamente enquanto que 36,5% nega ter tido ajuda de profissionais especializados e 25,1% refere não saber. Na mesma situação, mas em relação ao abuso de álcool, 31,6% responderam afirmativamente enquanto que 44,5% nega ter tido ajuda de profissionais especializados e 23,9% refere não saber.

**Quadro 18.** Distribuição de frequências absolutas e percentuais da recepção de ajuda ou tratamento de profissionais especializados

Situação similar	Depressão		Esquizofrenia		Abuso de álcool	
	n <sup>o</sup> .	%	n <sup>o</sup> .	%	n <sup>o</sup> .	%
Sim	433	57,4	104	38,4	169	31,6
Não	184	24,4	99	36,5	238	44,5
Total	137	18,2	68	25,1	128	23,9



## **CAPITULO VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Após a apresentação e análise dos dados, importa agora estabelecer uma interligação com a fundamentação teórica, de modo a destacar os resultados que consideramos mais significativos e discuti-los, dando resposta às questões de investigação formuladas e simultaneamente comparando com os resultados de estudos existentes sobre a temática.

### **Reconhecimento das perturbações**

Relativamente à primeira questão, o reconhecimento da depressão foi de 30%, valor mais baixo se comparado com outros estudos desenvolvidos nesta área, onde destacamos por exemplo o estudo de Lauber *et al.* (2003) onde o valor obtido foi de 39%, o de Wright *et al.* (2005) onde quase metade dos indivíduos identificaram corretamente a depressão, o de Cotton *et al.* (2006) onde 60,7% do género feminino e 34,5% do género masculino a identificaram de forma correta, o de CAMIMH (2007) que obteve 79% e o de Klineberg *et al.* (2010) que obteve 61,40% de respostas que identificaram de forma correta a depressão. No enquadramento deste reconhecimento, a discrepância mais se acentua se o compararmos com os jovens australianos, pois perante o cenário 72% (Jorm *et al.*, 1997) assumem estar na presença de um problema mental. De realçar que somente 6,4% dos adolescentes e jovens consideraram a depressão como doença mental.

No que respeita ao reconhecimento da esquizofrenia, a percentagem de reconhecimento foi de 31%, valor que ultrapassa alguns resultados de outros estudos, como é o caso dos estudos, de Jorm *et al.* (1997) e Wright *et al.* (2005) onde o reconhecimento é inferior a 30%. Outros estudos existem onde o reconhecimento foi em muito superior ao valor encontrado no nosso estudo, a salientar, Lauber *et al.* (2003) cerca de 74%, CAMIMH (2007) rondou os 45% e Lawlor *et al.* (2008) onde o valor de reconhecimento foi de 93%. Mas como refere Lawlor *et al.* (2008) e Farrer *et al.* (2008), embora os indivíduos identifiquem bem os problemas é de salientar o facto de participantes no estudo associarem de forma errada a psicose com outras perturbações, nomeadamente com a depressão. Nesta vinheta cerca de 57,6% dos adolescentes e jovens consideraram a esquizofrenia como doença mental.

Em relação ao reconhecimento do abuso de álcool, no nosso estudo, cerca de 49% dos participantes reconheceram-no como tal. Ao fazer uma analogia com outros estudos que contemplem este problema específico deparamo-nos com algumas dificuldades visto eles não existirem, embora alguns analisassem a dependência do álcool (Speller, 2005), onde os participantes a considerava como uma doença mental. Se, se relacionar, com as outras perturbações este reconhecimento apresentou valor mais elevado, talvez devido ao facto de se assumirem como corretas as respostas de alcoolismo e abuso de álcool. De salientar que, embora tenham identificado o cenário como um problema que se relaciona com o consumo de álcool, os adolescentes e jovens que o definiram como alcoolismo (71,8%), no futuro, será importante dota-los de conhecimentos que os levem a fazer a distinção entre as duas vertentes do problema, visto poderem necessitar de tipos de ajuda e de intervenções diferentes, não esquecendo também que ao termo alcoolismo poderão estar mais facilmente associadas atitudes estigmatizantes. Dos resultados obtidos no estudo não podemos deixar de exaltar o facto de somente 3,1% identificar o cenário como uma doença mental, tal situação poderá ser reveladora de escusa à procura de ajuda e de tratamento.

Contudo, prevalece a discussão se se deve rotular ou não o problema, pois se por um lado existem estudos que, defendem que rotular a doença mental corretamente é preditor de procura de ajuda e da crença de que o tratamento é útil (Wright *et al.*, 2007; Wright, Jorm e Mackinnon, 2011), por outro há estudos onde o rotular do problema poderá ser sinonimo de rejeição, de atitudes estigmatizantes, nomeadamente da esquizofrenia, por parte da população (Angermeyer e Matschinger, 2005). Neste sentido Wright, Jorm e Mackinnon (2011), defendem que é nocivo rotular a pessoa mas salutar rotular a doença. Assim, a pessoa deve ser encarada como tendo uma doença mental e não como doente mental.

Assim, no presente estudo verificou-se que, no geral, o reconhecimento das perturbações estudadas é mais baixo do que em estudos efetuados em outros países. Como consequência poderá estar comprometido o acesso aos cuidados de saúde, principalmente no abuso de álcool, visto ser nestas idades que os adolescentes e jovens consomem álcool sem regras nem medidas, logo não irão reconhecer esta situação como um problema, o que poderá atrasar a procura de ajuda prejudicando assim os resultados em saúde do indivíduo e comunidade.

### **Ações de procura de ajuda privilegiadas e barreiras ao nível da saúde mental**

Em relação à procura de ajuda em saúde mental 63,0% procurariam ajuda no caso de sofrer de um problema de depressão, e simultaneamente, 54,6% para a esquizofrenia e para o abuso de álcool. No estudo realizado por Burns e Rapee (2006), em relação à depressão, os adolescentes e jovens (93,5%) referem a necessidade de ajuda por parte de outra pessoa. Ao fazer a analogia com o reconhecimento das perturbações verificamos que a depressão se apresenta em posição invertida, pois esta foi a perturbação que menos foi reconhecida pela amostra seleccionada e é a perturbação em que os adolescentes e jovens mais procurariam ajuda.

No que respeita, à pessoa em que demonstravam confiança e recorreriam para pedir ajuda, o que se verificou foi que em relação à depressão e à esquizofrenia recorreriam em primeira instância aos pais, seguido do namorado/a, situação que também se verifica em amostras de adolescentes e jovens de outros países (Sheffield, Fiorenza e Sfronoff, 2004; Wright *et al.* 2005; Burns e Rapee, 2006). Em relação ao abuso de álcool, recorreriam em primeiro lugar aos amigos seguido do namorado/a (Sheffield, Fiorenza e Sfronoff, 2004; Kilneberg *et al.*, 2010), tal situação poderá dever-se ao facto de nos amigos sentirem apoio e por vezes incentivo pois eles vivenciam ou vivenciaram experiencias idênticas, no momento, e nos pais provavelmente seriam repreendidos ou chamados à atenção. O facto de os adolescentes e jovens recorrerem à ajuda dos pais e amigos é de valorizar, pois por vezes é através destes que procuram ajuda reforçando assim a importância de integrarem programas de prevenção.

Em relação aos profissionais de saúde que recorreriam para pedir ajuda, verificou-se em maior numero que optariam pelo psicólogo para a depressão (91,9%) e esquizofrenia (90,2%) e um amigo significativo no caso de abuso de álcool (81,8%), em conformidade do que foi concluído por outros investigadores (Sheffield, Fiorenza e Sfronoff, 2004; Lawlor *et al.*, 2008). A busca de ajuda no psicólogo, no presente estudo, poderá ser justificada pela presença destes profissionais nas escolas, embora sejam da área de psicologia e educação e não de psicologia clinica e também pelo fato de estes profissionais passarem grande parte do tempo com eles.

Quanto aos aspetos que poderiam ser impeditivos para pedir ajuda, destaca-se para a depressão o facto de ser tímido, sentir vergonha (46,4%), para a esquizofrenia, em simultâneo, o pensamento da pessoa ficar com opinião negativa e o pensamento de que a pessoa possa vir a contar a outras (48,1%) e para o abuso de álcool o pensamento da pessoa ficar com opinião negativa (62,6%). Os resultados obtidos ao

impedimento para pedir ajuda vão ao encontro do que foi defendido por Sheffield, Fiorenza e Sfronoff (2004) e Wilson, Rickood e Deane (2007) nos seus trabalhos, pois referem como impedimentos à procura de ajuda características pessoais como a timidez, aspetos que se relacionam com o estigma e confidencialidade.

No nosso estudo, e de forma positiva, verificou-se que as grandes barreiras em relação às doenças mentais, não se verificaram. O estigma pessoal e percebido, quando presente, é preocupante. Pois, se por um lado, o resultado das expectativas sociais criadas nos adolescentes e jovens poderão leva-los a sobrevalorizar o estigma percebido, por outro poderá fortalecer o efeito negativo desta barreira na decisão de procura de ajuda. E se a este estigma associarmos características pessoais, como a timidez, mais se poderá acentuar este efeito negativo, pois o individuo terá dificuldades em se exprimir e em exteriorizar os seus sentimentos, o que poderá levar a um agravamento da sua situação. Contrariamente no estudo de Speller (2005), foi identificado nos adolescentes e jovens como barreira para procura de ajuda, o medo de mostrar fraqueza e preocupação com o estigma associado.

### **Crenças e intenções sobre a prestação da primeira ajuda**

Em relação à situação de procura de ajuda, a maioria dos adolescentes e jovens referiram que o fariam, mais na depressão (63%) do que na esquizofrenia (54,6%) ou no abuso de álcool (55,1%). Em oposição, no estudo de Rose *et al* (2007), os jovens apresentaram-se muito relutantes na procura de ajuda aquando da experiência de uma doença mental. De referir, que na esquizofrenia cerca de 37,8% referiram não saber se procurariam ajuda.

Como opções de ajuda referiram como principal característica, e de forma unanime para as três vinhetas, depressão, esquizofrenia e abuso de álcool, respetivamente, “ouvir os seus problemas de forma compreensiva” (96,3%, 92,6%, 91,3%) seguida de, “sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado” (75,7%, 81,4%, 77,4%), situação corroborada pelo estudo levado a cabo por Kelly, Jorm e Rodgers (2006) em relação à depressão. O valor apresentado anteriormente dos adolescentes e jovens, na depressão (75,7%), considera indicado a procura de ajuda de um profissional o que também se verifica em relação ao estudo de Klineberg *et al.* (2010), se bem que ligeiramente inferior (64,7%) e como principal ajuda a de um médico. Neste contexto, no presente estudo, verificou-se que os adolescentes e jovens vão ao encontro das linhas orientadoras da primeira ajuda em saúde mental, isto é, escuta atenta e compreensiva, bem como sugestão de procura e acompanhamento de ajuda

de profissionais. Em relação à confiança para pedirem ajuda, nos três cenários apresentados, a maioria, mostrou-se pelo menos confiante, situação mais positiva se se comparar com o estudo realizado por Kelly e Jorm (2007) onde somente 24,7% da amostra se sentia confiante para ajudar em relação à depressão.

De ressaltar, que apenas uma minoria, como penúltima e última opção selecionaram como uteis, maneiras inadequadas de ajuda, respetivamente, “não valorizar o seu problema, ignorando-o até que se sinta melhor” e “sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas”, na depressão (2,9%, 3,2%) e no estudo de Kelly, Jorm e Rodgers (2006) verificou-se que o valor em situação idêntica se apresentava ligeiramente superior (3,5%). Todavia, na esquizofrenia os valores subiram (4,9%, 3,7%) e no abuso de álcool mais ainda (5,6%, 3,7%).

Ainda nesta questão, importa referir que grande parte dos indivíduos que participaram no estudo considera, nos três cenários apresentados, como prejudicial “perguntar se tem tendências suicidas” e o valor torna-se ainda mais expressivo na depressão (52,0%). Tal acontecimento, poderá ser justificado pelo facto das pessoas pensarem erradamente que o simples questionar poderá despoletar pensamentos de suicídio. Neste sentido, importa questionar o individuo, sem medo e sem fazer julgamentos, se pensa em suicídio ou se tem algum plano elaborado para o fazer (Kelly, Kitchener e Jorm, 2010).

### **Crenças sobre intervenções e ajuda profissional**

Em relação às crenças sobre as intervenções de profissionais, os resultados obtidos são em muito idênticos aos resultados de estudos já realizados. Na generalidade, em relação à ajuda do médico de família, esta opção foi considerada em grande parte pelos intervenientes no estudo de acordo com adolescentes e jovens de outros estudos (Jorm *et al.*, 1997; Wright *et al.*, 2005). Esta situação poderá ser justificada devido ao facto de serem os cuidados de saúde primários o primeiro serviço de saúde disponível para os jovens, e ser o medico de família o primeiro profissional a que estes têm acesso, embora sejam estes mesmos jovens os que mais relutância têm em procurar ajuda dos serviços de saúde.

No que se refere à ajuda do psicólogo, verificou-se também que esta é uma das escolhas encaradas como mais uteis, sendo que nos cenários apresentados, esta foi a opção mais selecionada, onde, na depressão e esquizofrenia cerca de 90% e no abuso de álcool cerca de 79% dos adolescentes e jovens, do estudo, optaram por esta escolha em consonância com outros estudos já realizados (Jorm *et al.*, 1997; Wright *et*

*al.*, 2005; Darby *et al.*, 2010). Este facto poderá ser justificado pela existência de psicólogos nas escolas, embora sejam da área de psicologia e educação e não de psicologia clínica.

A prestação de ajuda de familiares ou amigos foi também mencionada, como sendo útil, como também se verificou noutros estudos (Speller, 2005; Wright *et al.*, 2005; Burns e Rapee, 2006; Farrer *et al.* 2008). Assim, indo ao encontro do referido, haverá a necessidade de dotar os familiares e amigos destes adolescentes e jovens de conhecimentos para a realização de ajuda nos problemas de saúde mental, com programas adequados, como é o caso dos desenvolvidos por Kelly, Kitchener e Jorm, com a finalidade de, caso seja necessário, os adolescentes e jovens serem detentores de conhecimentos para procurar ajuda e ultrapassar a situação.

Quanto à utilidade de ajuda de um psiquiatra, a escolha deste profissional, foi mais expressiva para a esquizofrenia (79,5%), seguida pela depressão (56,3%) e por último o abuso de álcool (45%). Também, vários estudos já realizados, apontam os seus resultados neste sentido (Jorm *et al.*, 1997; Wright *et al.*, 2005; Khan, Sulaiman e Hassali, 2010).

No que toca à utilidade dos medicamentos, em consonância com outros estudos realizados (Mond *et al.*, 2004; Dahlberg, Waern e Runeson, 2008; Darby *et al.*, 2010; Khan, Sulaiman e Hassali, 2010) os adolescentes e jovens consideraram como uteis as vitaminas e chás para a depressão e abuso de álcool, para a esquizofrenia, de forma correta, tranquilizantes/calmanes e anti psicóticos. De ressaltar que na depressão cerca de 30,9% consideraram os antidepressivos como prejudiciais. Estas crenças erradas e a visão negativa da psicofarmacologia poderão levar os adolescentes e jovens a protelar a procura de ajuda, a potenciar a não adesão ao tratamento quando prescrito por um profissional de saúde aumentando assim o risco de agravamento do problema.

As atividades que consideraram como sendo uteis em consonância com outros estudos foram praticar relaxamento (Dahlberg, Waern e Runeson, 2008) e terapia, nomeadamente a cognitivo comportamental (Lawlor *et al.*, 2008). Ao contrário do que se passou no estudo de Mond *et al.*, (2004) e Jorm *et al.*, (1997), onde os jovens consideraram os internamentos e tratamentos psiquiátricos prejudiciais, no nosso estudo isso não se verificou, pois grande parte da nossa amostra considerou como útil “procurar ajuda especializada em saúde mental” com maior relevância na esquizofrenia seguida da depressão. Em relação ao abuso de álcool, deram maior importância a outro tipo de atividades, a salientar: “fazer exercício físico”, “juntar-se a

um grupo de apoio para pessoas com problemas similares”, “consultar um site que tenha informação sobre o problema” e “ler um livro de auto ajuda sobre o problema”, o que levará a supor que terão menor credibilidade nas intervenções dos profissionais de saúde.

Assim, no geral e em relação a este tópico, sobre as atividades/estratégias uteis, verificou-se que grande parte dos adolescentes e jovens têm conhecimentos sobre essas mesmas atividades/estratégias. No entanto, uma pequena parte de adolescentes e jovens, continua a desconhecer a utilidade dessas atividades e em situação idêntica não se saberá se as utilizará ou não, o que poderá ser problemático, pois na fase inicial do problema estas atividades são uteis.

Duma forma global, o que se tem verificado, neste estudo, é que os adolescentes e jovens apresentam conhecimentos mais corretos a nível da esquizofrenia do que a nível da depressão e abuso de álcool, o que se poderá traduzir numa tardia procura de procura de ajuda e/ou não adesão à terapêutica.

### **Crenças sobre comportamentos de risco e fatores protetores**

Nesta vertente sobre comportamentos de risco e prevenção, como verificado no estudo de Yap, Reavley e Jorm (2011), os adolescentes e jovens portugueses, consideraram que “manter contato regular com a família” e “manter contato regular com os amigos” seria a forma mais indicada de reduzir o risco de desenvolver as três perturbações. De salientar que na depressão e esquizofrenia foram as opções mais seleccionadas. Também, no estudo realizado pelos mesmos autores, há a referência, pelos jovens, à atividade física como sendo útil, no nosso estudo tal também se verificou, sendo mais expressiva no abuso de álcool (73,8%).

Em evidência neste tópico, está o facto de na esquizofrenia, a maioria, considerar a não utilização de drogas como sendo uma ação benéfica para a redução do risco de desenvolver esta perturbação, o que está em harmonia com o descrito por Kelly, Kitchener e Jorm (2010).

No abuso de álcool, foi selecionado, na sua maioria, a opção “não utilizassem drogas” e “mantivessem o contato regular com a família”, mas a sua primeira opção nesta situação foi a de “não bebem bebidas alcoólicas” (85,8%). As respostas dadas, divulgam conhecimentos que estes adolescentes e jovens têm em relação aos riscos associados ao abuso de álcool. Como referem Kelly, Kitchener e Jorm (2010), o consumo de álcool na família, uso precoce de álcool, prazer no consumo de álcool,

fatores biológicos como a predisposição genética e sensibilidade ao álcool, outros problemas de saúde mental, entre outros são fatores que aumentam o risco de desenvolver problemas no consumo de álcool.

Em suma, relativamente aos comportamentos de risco e fatores protetores, verificou-se que os adolescentes e jovens têm conhecimentos daquilo que são fatores protetores e de risco. Esta situação poderá ser justificada não só pela informação que adquirem nos contextos educativos/informativos, como também pelas ações de sensibilização e promoção realizadas.

### **Crenças e atitudes acerca das doenças mentais**

Quanto a este tópico de crenças e atitudes acerca das doenças mentais, verificamos que as respostas foram na sua maioria indicadoras de atitudes pouco estigmatizantes, embora como referem Stuart e Arboleda-Flórez (*apud* Loureiro, 2008) estas atitudes podem ser justificadas pela deseabilidade social e não certificarem comportamentos positivos em relação a pessoas com problemas de saúde mental. Também se verificou, que estes adolescentes e jovens têm noção da existência de estigma e da baixa aceitação social, nomeadamente pelas pessoas mais velhas, tal como noutros estudos (Jorm e Wright, 2008).

Ao referirmo-nos à perigosidade e imprevisibilidade, no nosso estudo, verifica-mos que estes foram mais evidentes na vinheta da esquizofrenia, onde no item “acredita que o Miguel é perigoso para os outros” ( $\bar{x}=3,3$ ) e no item “acredita que a situação do Miguel torna-o uma pessoa imprevisível” ( $\bar{x}=3,5$ ) os adolescentes e jovens responderam, em ambas, com uma fraca discordância. Também, no estudo de Jorm e Wright (2008), os intervenientes consideraram as pessoas com esquizofrenia como sendo perigosas e imprevisíveis. No estudo de Loureiro, Dias e Aragão (2008), os resultados obtidos, acerca das atitudes e crenças perante os doentes e das doenças mentais revelaram um nível elevado de aceitação e tolerância, embora acarretando mitos como incurabilidade e perigosidade. Neste contexto, também Wright, Jorm e Mackinnon (2011), verificaram que os adolescentes e jovens, em relação à esquizofrenia, valorizaram mais as crenças de que a pessoa é perigosa, imprevisível e o estigma percebido, enquanto que, no que respeita à depressão e fobia social apenas pactuaram com as afirmações do estigma percebido. Assim, no nosso estudo verificou-se que os intervenientes estariam mais na disposição, estariam mais próximo de o fazerem, praticamente sem qualquer problema, com o item “ser amigo pessoal da

Joana/Miguel/Jorge”, em oposição “passar o fim-de-semana com a Joana/Miguel/Jorge”, seria o item onde se sentiriam menos a vontade para o fazerem.

Assim, no presente estudo em relação às crenças e atitudes acerca das doenças mentais, verificou-se a existência de discrepância entre o que os adolescentes e jovens pensam, em relação às três perturbações, e aquilo que eles pensam que a sociedade pensa. Tal percepção poderá ser preocupante pois poderá reforçar nos indivíduos um efeito negativo na decisão de procura de ajuda.

### **Nível de exposição (familiaridade com as perturbações)**

Em relação a este tema, os participantes, quando questionados sobre se alguém na família ou círculo próximo de amigos esteve numa situação similar à apresentada nas diferentes vinhetas, a resposta foi mais positiva, apresentou maior familiaridade com a situação da depressão (42,6%). De salientar que, na depressão o reconhecimento (aproximadamente 30%) foi inferior ao da familiaridade

Em oposição, em relação à esquizofrenia, somente 9,9% dos intervenientes no estudo afirmou ter alguém na família ou círculo de amigos com uma situação similar. Ao fazermos a comparação dos resultados obtidos no nosso estudo, eles são muito inferiores aos encontrados no estudo de Stuart e Arboleda-Flórez (*apud* Loureiro, 2008) onde pelo menos metade dos inquiridos conhecia alguém que já tinha recebido tratamento para a esquizofrenia ou para outra doença mental.

Dos adolescentes e jovens, do nosso estudo, que afirmaram terem estado perante as perturbações descritas nas vinhetas apresentadas, os que conheciam alguém com depressão foram aqueles que também, na sua maioria, referiram que receberam alguma ajuda ou tratamento de profissionais especializados (27,3%), em relação ao abuso de álcool (10,7%) e à esquizofrenia (6,6%), os valores encontrados foram inferiores. O estudo efetuado por Dahlberg, Waern e Runeson (2008), salientou que pessoas que estavam familiarizadas com doenças mentais elegiam como ajuda útil a do médico de família, como o profissional de eleição, enquanto que as pessoas menos familiarizadas elegiam como ajuda útil a dos familiares e amigos.

Assim, no que se refere à familiaridade com as perturbações, o que se verifica é que esta não contribui para a procura de ajuda. Pois, se por um lado, se investe em programas de sensibilização e informação com a finalidade de dotar os indivíduos de conhecimentos, por outro, os julgamentos feitos pela sociedade em relação a tais

perturbações continuam a alimentar as crenças e mitos negativos associados às mesmas.

Neste contexto, verificou-se que a familiaridade indicia uma prevalência elevada com a depressão, em oposição na esquizofrenia e no abuso de álcool a prevalência da familiaridade apresentou valores mais baixos, contudo não podemos deixar de salientar, que esta mesma familiaridade pode não significar uma literacia elevada para com esses mesmos problemas. Logo não se deve desprezar o contato com pessoas com problemas mentais, mas ter em atenção que a familiaridade com as perturbações diminui o desejo de distância social e a perceção de perigosidade (Jorm e Wright, 2008).

## CONCLUSÃO

Esta dissertação foi orientada e realizada com o intuito de investigar os níveis de literacia dos adolescentes e jovens, de forma a poder estabelecer um diagnóstico de situação no sentido de maximizar a eficácia dos programas de intervenção a desenvolver.

Para tal aplicou-se o questionário QuALiSMental a uma amostra de adolescentes e jovens a frequentar as escolas públicas do 3º ciclo, dos ensinos básico e secundário do distrito de Coimbra. Este evidenciou ser bastante útil na avaliação da Literacia em Saúde Mental, e os adolescentes e jovens constituintes da amostra demonstraram grande receptividade ao seu preenchimento.

Assim no presente estudo conclui-se que o nível de Literacia em Saúde Mental dos adolescentes e jovens é baixo e não corresponde a um conhecimento efetivo das doenças, pois o reconhecimento das perturbações apresentadas, na sua maioria, não foi feito de forma correta e grande parte dos adolescentes e jovens nem sequer as consideravam como problemas de Saúde Mental. Como consequência, poderá estar comprometido o acesso aos cuidados de saúde, pois o aparecimento de sinais e sintomas não irão ser valorizados o que poderá atrasar a procura de ajuda, aumentando assim a agudização dos problemas e consequentemente prejudicando os resultados em saúde do indivíduo e comunidade.

Em relação à procura de ajuda, conclui-se, que os adolescentes e jovens privilegiam a ajuda dos pais e amigos em simultâneo com o psicólogo. Por um lado, a valorização dos pais e amigos é relevante pois por vezes é através dos amigos e familiares que procuram ajuda reforçando assim a importância de integrarem programas de prevenção. Por outro, a valorização do psicólogo, como ajuda privilegiada útil, é de salientar dado que, embora estes profissionais sejam da área de psicologia e educação e não de psicologia clínica, são os que estão presentes nas escolas e quem mais tempo passa com eles.

Quanto às crenças sobre a prestação de ajuda, conclui-se que os adolescentes e jovens vão ao encontro das linhas orientadoras da primeira ajuda em saúde mental, ou seja a escuta atenta e compreensiva, bem como a sugestão de procura e acompanhamento de ajuda profissional (Loureiro *et al*, 2013). Conclui-se também, que

cerca de metade dos adolescentes e jovens considera prejudicial questionar se tem pensamentos suicidas. Tal resultado, poderá ser justificado pelo fato das pessoas pensarem erradamente que o simples questionar poderá despoletar pensamentos suicidas.

No que se refere às crenças sobre as intervenções de profissionais, conclui-se que os adolescentes e jovens optariam pela ajuda profissional do médico de família e psicólogo. Médico de família, visto serem os cuidados de saúde primários, para os adolescentes e jovens, o primeiro serviço de saúde disponível, embora sejam estes adolescentes e jovens quem mais relutância tem em procurar ajuda nos serviços de saúde. Psicólogo, pois como referido anteriormente são estes profissionais que mais tempo passam com eles na escola, e a busca de ajuda neste profissional, não trará impacto no seu aproveitamento. Familiares e amigos, também foram mencionados como sendo uteis na ajuda, para tal haverá a necessidade de dotar estes familiares e amigos de conhecimentos para a realização de ajuda nos problemas de saúde mental com programas adequados.

Quanto à utilidade de medicamentos, os adolescentes e jovens tendem a ter uma visão negativa da psicofarmacologia, o que poderá em alguma medida potenciar a não adesão ao tratamento quando prescrito por um profissional de saúde, verificou-se ainda a valorização de produtos de uso corrente, que não necessitam de prescrição médica, como é o caso de chás e vitaminas, não existindo evidencia da sua utilidade, ainda que esteja associado a estes produtos uma crença generalizada de que podem ajudar a resolver os problemas. Talvez esta situação se deva ao facto de estes produtos serem de venda livre e assim não necessitem de contacto com um profissional de saúde para o adquirirem.

Em relação às atividades, estratégias de ajuda uteis conclui-se que grande parte dos adolescentes e jovens tem conhecimentos dessas estratégias. Mesmo assim, fica ainda a existir um número considerável de indivíduos que desconhece a utilidade das estratégias e em situações idênticas não se saberá se as utilizará ou não, o que poderá ser um problema, pois na fase inicial do problema estas estratégias são uteis.

No tópico das crenças sobre a prevenção, os resultados apontam no sentido de que os adolescentes e jovens têm conhecimentos daquilo que são fatores de risco e fatores protetores. Este fato poderá ser resultado não só da informação que adquirem do contexto educativo/informativo, como também das ações de sensibilização e promoção de saúde realizadas no âmbito da saúde escolar.

Em relação às crenças e atitudes acerca das doenças mentais, conclui-se que existe discrepância entre o que as adolescentes e jovens pensam das três perturbações apresentadas e aquilo que eles pensam que a sociedade pensa. Tal facto poderá ser preocupante pois poderá reforçar nos adolescentes e jovens um efeito negativo na decisão de procura de ajuda.

Em relação à exposição/familiaridade com as doenças mentais, conclui-se que, no geral, os adolescentes e jovens apresentaram baixa familiaridade com as perturbações. Sendo que, de entre as perturbações referidas, entre os adolescentes e jovens, a depressão foi a que maior familiaridade apresentou em oposição à esquizofrenia. Tal fato poderá justificar-se por um lado, pelo trabalho e investimento feito em programas de sensibilização e informação com a finalidade de dotar os indivíduos de conhecimentos, por outro devido aos julgamentos feitos pela sociedade, pois se por um lado existe aceitação e tolerância perante tais perturbações, por outro continuam a existir crenças e mitos que acarretam conotações negativas para as mesmas.

Como limitação a este estudo, podemos salientar, o facto de a seleção da amostra ser maioritariamente do género feminino, pois noutros países verificou-se a existência de diferenças consideráveis nos resultados de ambos os géneros.

Com a elaboração deste trabalho, tornou-se evidente a necessidade de desenvolver programas de intervenção que fomentem a Literacia em Saúde Mental dos adolescentes e jovens, tendo em atenção a adequação dos programas em função do género, devendo incluir as pessoas que os adolescentes e jovens escolherem, como pais, amigos, psicólogos, médico de família e de preferência colocados em prática nas escolas. De salientar o facto, talvez não menos importante, da investigação sistemática dos resultados com a finalidade de fazer as adequações necessárias.

Quanto a estudos futuros poder-se-ão apresentar um vasto leque de possibilidades, pois é nestas faixas etárias que ocorrem muitas transformações, que nos adolescentes e jovens, lhes causam incertezas e por vezes sofrimento. Assim, seria pertinente estudar a Literacia em termos de perturbações alimentares e recorrer ao uso de outras vinhetas para o estudo das perturbações da ansiedade. A utilização de escalas de competências pessoais e sociais, como a escala de avaliação de autoestima de Rosenberg (RSES) e o inventário de resolução de problemas (IRP) poder-se-ão revelar importantes ao enriquecimento de informação necessária para a implementação de novos programas individuais.



## BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares: uma visão sistémica*. 1ª Edição. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-21-X.
- Angermeyer, M.; Matschinger, H. (2005). *Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia: Trend analysis based on data from two population surveys in Germany*. The British Journal of Psychiatry, 186: 331-334.
- Arriaga, Miguel; Claudino, João; Cordeiro, Raúl (2006). *Depressão e suporte social em adolescentes e jovens adultos: um estudo realizado junto de adolescentes pré-universitários* [em linha]. (Consultado em 03/12/2011). Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/14.pdf>.
- Barroso, T. (2012). *Parar para pensar – Intervenção em contexto escolar para prevenção do uso e abuso do álcool*. Lusociência. ISBN: 978-972-8930-90-5.
- Beyondblue [em linha]. (Consultado em 05/05/2011). Disponível em <http://www.beyondblue.org.au/>
- Braga, Violante; Silveria, Lia (2005). *Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol.13, Nº4. Ribeirão Preto: USP (Julho-Agosto), p.591-595. ISSN 0104-1169.
- Burns, J.; Rapee, R. (2006). *Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and help seeking*. Journal of Adolescence, 29: 225 - 239
- Bybee, R. (1997). *Achieving scientific literacy: from purposes to practices*. Heineman. ISBN-0-435-07134-3.
- Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health (2007). *Mental Health Literacy: A review of the literature*.
- Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health (2007). *Mental Health Literacy in Canada: Phase One Draft Report Mental Health Literacy Project*.
- Candeias, N. (1997). *Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais*. Revista de Saúde Pública, 31 (2): 209-13.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa. ISBN: 978-989-95146-6-9.

- Cordeiro, José (1987). *A saúde mental e a vida*. 2ª edição. Lisboa: Edição Salamandra.
- Cotton, S.; Wright A.; Harris, M.; Jorm, A.; Mcgorry, P. (2006). *Influence of gender on mental health literacy in young Australians*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40: 790-796.
- Dahlberg, K.; Waern M.; Runeson, B. (2008). *Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample - Investigating the role of personal experience of mental health care*. Biomedcentral Public Health, 8: 8.
- Darby, A.; Hay, P.; Mond, J.; Quirk, F. (2010). *Community Recognition and Beliefs about Anorexia Nervosa and its Treatment*. International Journal of Eating Disorders.
- DECRETO-LEI nº 49/2005. D.R. I Série-A. 166 (30-08-05) 3416-3420
- Farrer, L.; Leach, L.; Griffiths, K.; Christensen, H.; Jorm, A. (2008). *Age differences in mental health literacy*. Biomedcentral Public Health, 8: 125.
- Formarier, M. (1988). *Initiation à la Recherche in Soins Infermiers*. Paris: Edições Lamarre-Poivat.
- Gil, António Carlos (1991). *Métodos e técnicas de Pesquisa Social*. 3ªed. São Paulo. Atlas.
- Hernan, A.; Philpot, B.; Edmonds, A.; Reddy, P. (2010). *Healthy minds for country youth: help-seeking for depression among rural adolescents*. Australian Journal of Rural Health, 18: 118-124.
- Jorm, A. (2000). *Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental Disorders*. The British Journal of Psychiatry, 177: 396-401.
- Jorm, A. (2012). *Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health*. American Psychologist, doi: 10.1037/a0025957.
- Jorm, A.; Korten, A.; Jacomb, P.; Cristensen, H.; Rodgers,B.; Pollit,H. (1997). *Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognize mental health disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment*. Medical Journal of Australia, 166: 182-186.
- Jorm, A.; Wright, A. (2008). *Influences on young people's stigmatizing attitudes towards peers with mental disorders: national survey of young Australians and their parents*. The British Journal of Psychiatry, 192: 144-149.

- Kellett, M. (2009). *Children as researchers: what we can learn from them about the impact of poverty on literacy opportunities?*. *Internacional Journal of Inclusive Education*. Vol.13, nº 4, p. 395-408.
- Kelly, C.; Jorm, A. (2007). *Adolescents' intentions to offer assistance to friends with depression or conduct disorder: associations with psychopathology and psychosocial characteristics*. *Early Intervention in Psychiatry*, 1: 150-156.
- Kelly, C.; Jorm, A.; Rodgers, B. (2006). *Adolescents' responses to peers with depression or conduct disorder*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40: 63-66.
- Kelly, C.; Jorm, A.; Wright, A. (2007). *Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders*. *Medical Journal of Austrália*, 187 (7): S26-S30.
- Kelly, C.; Jorm, A.; Wright, A. (2007). *Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders*. *Medical Journal of Austrália*, 187 (7): S26-S30.
- Kelly, C.; Kitchener, B.; Jorm, A. (2010). *Youth Mental Health First Aid: a manual for adults assisting young people*. 2ª. Edição. Youth Health Research Centre, Melbourne, Austrália. ISBN: 978-0-9805541-4-4.
- Khan, T.; Sulaiman, S.; Hassali, M. (2010). *Mental health literacy towards depression among non-medical students at a Malaysian university*. *Mental Health in Family Medicine*, 7: 27-35.
- Kickbusch, I. (2001). *Health Literacy: addressing the health and education divide*. *Health Promotion international*, Oxford University Press, 16 (3): 289-297.
- Klineberg, E.; Biddle, L.; Donovan, J.; Gunnell, D. (2010). *Symptom recognition and help seeking for depression in young adults: a vignette study*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- Lauber, C.; Nordt, C.; Falcató, L.; Rössler (2003). *Do people recognise mental illness? Factors influencing mental health literacy*. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253: 248-251.
- Lawlor, E.; Breslin, J.; Renwick, L.; Foley, S.; Mulkerrin, U.; Kinsella, A.; Turner, N.; O'Callaghan, E. (2008). *Mental health literacy among Internet users*. *Early Intervention in Psychiatry*, 2: 247-255.

- Loureiro, L.; Dias, C.; Aragão, R. (2008). *Crenças e Atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais: Contributos para o estudo das representações sociais da loucura*. Revista Referência, IIª Série (8): 33-44.
- Loureiro, L.; Mendes, A.; Barroso, T.; Santos, J.; Oliveira, R.; Ferreira, R. (2012). *Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios*. Revista Referência, III Série (6): 157-166.
- Loureiro, L.; Pedreiro, A.; Correia, S. (2012). *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. Fev.: 42-48.
- Loureiro, L.; Barroso, T.; Mendes, A.; Rodrigues, M.; Oliveira, R.; Oliveira, N. (2013). *Literacia em saúde mental sobre abuso de álcool: estudo realizado numa amostra de adolescentes e jovens Portugueses*. Esc Anna Nery. Vol. 18. Aceite para publicação.
- Mancuso, J. (2008). *Health literacy: A concept/dimensional analysis*. Nursing and Health Sciences, 10: 248-255.
- Manganello, J. (2007). *Health Literacy and Adolescents: an agenda for the future*. Health Education Research, 23 (5): 840-847.
- Matos, M.; Sampaio, D. (2009). *Jovens com Saúde Diálogo com uma Geração*. Texto Editores. ISBN: 9789724740287.
- Mello, M., Barrias, J., Breda, J. (2001). *Alcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direção Geral de Saude. ISBN 972-9425-93-0.
- Mental Health First Aid [em linha]. (Consultado em 05/05/2011). Disponível em <http://www.mhfa.com.au/cms/>
- Mental Health Improvements for Nations Development (MIND). (2009). *Effective and humane mental health treatment and care for all* [em linha]. (Consultado em 05/08/2011). Disponível em [http://www.who.int/mental\\_health/policy/country/Portugal\\_CountrySummaryFINAL\\_MOH.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/country/Portugal_CountrySummaryFINAL_MOH.pdf)
- Mogford, E.; Gould, L.; Devoght, A. (2010). *Teaching critical health literacy as a means to action on the social determinants of health*. Health Promotion international, Oxford University Press, August 20.

- Mond, J.; Hay, P.; Rodgers, B.; Owen, C.; Beumont, P. (2004). *Beliefs of the Public Concerning the Helpfulness of Interventions for Bulimia Nervosa*. International Journal of Eating Disorders, 36: 62-64.
- Nutbeam, D. (1998). *Health Promocion Glossary*. Health Promotion International, Oxford University Press, Vol.13, nº4: 349-364.
- Nutbeam, D. (2000). *Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21<sup>st</sup> century*. Health Promotion International, Oxford University Press, 15 (3): 259-267.
- Oh, E.; Jorm, A.; Wright, A. (2009). *Perceived helpfulness of websites for mental health information*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 44: 293-299.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *The World health report : 2001 : Mental health: new understanding, new hope*. Genebra, Suíça. ISBN: 92 4 156201 3.
- Organização Mundial de Saúde (2003). *Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions*. Genebra, Suíça. ISBN: 92 4 1590637.
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Mental Health Policy and Service Guidance Package: Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*. Genebra, Suíça. ISBN: 92 4 154657 3.
- Page, R. et al. (2011). *Smoking media literacy in Vietnamese adolescents*. Journal of School Health. Vol.81, nº1.
- Peerson, A.; Saunders, M. (2009). *Health Literacy revisited: what do we mean and why does it matter?* Health Promotion international, Oxford University Press, 24 (3): 285-296.
- Polit, D.; Hungler B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre. Artes Médicas.
- Renschmidt, H.; Belfer, M. (2005). *Mental health care for children and adolescents worldwide: a review*. World Psychiatry, 4: 147-153.
- Rose, D.; Thornicroft, G.; Pinfold, V.; Kassam, A. (2007). *250 labels used to stigmatise people with mental illness*. Biomedcentral Health Services Research, 7: 97.
- Schall, Virgínia.; Struchiner, Miriam (1999). *Educação em saúde: novas perspectivas*. Caderno Saúde Pública, 15 (2): S4-S6. ISSN 0102-311X.

- Schwartzberg, J.; Vangeest, J.; Wang, C. (2005). *Understanding Health Literacy: Implications For Medicine And Public Health*. United States: American Medical Association. ISBN157947-630-9.
- Segre, M; Ferraz, F. (1997). *O conceito de saúde*. Revista de saude publica, 31 (5): 538-42.
- Sheffield, J.; Fiorenza, E.; Sfronoff, K. (2004). *Adolescents' willingness to seek psychological help: promotion and preventing factors*. Journal of Youth and Adolescence, 33 (6): 495-507.
- Speller, H. (2005). *Mental health literacy: a comparative assessment of knowledge and opinions of mental illness between Asian American and Caucasian College Students*. Boston, Boston College: dissertação de Bacharelato em Psicologia.
- Wikipedia [em linha]. (Consultado em 12/02/2012). Disponível em [http://pt.wikipedia.org/wiki/Distrito\\_de\\_Coimbra](http://pt.wikipedia.org/wiki/Distrito_de_Coimbra)
- Wilson, C.; Rickwood, D.; Deane, F. (2007). *Depressive symptoms and help-seeking intentions in young people*. Clinical Psychologist, 11: 98-107.
- Wolf, M.; Gazmararian, J.; Baker, D. (2005). Health Literacy and Functional Health Status Among Older Adults. Archives of Internal Medicine, 165: 1946-1952.
- Wright, A.; Harris, M.; Wiggers, J.; Jorm, A.; Cotton, S.; Harrigan, S.; Hurworth, R.; McGorry, P. (2005). *Recognition of depression and psychosis by young Australians and their beliefs about treatment*. Medical Journal of Australia, 183: 18 – 23.
- Wright, A.; Jorm, A. (2009). *Labels Used by Young People to Describe Mental Disorders: Factors Associated with Their Development*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 43: 946-955.
- Wright, A.; Jorm, A.; Harris, M.; McGorry, P. (2007). *What's in a name? Is accurate recognition and labelling of mental disorders by young people associated with better help-seeking and treatment preferences?* Social psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42: 244-250.
- Wright, A.; Jorm, A.; Mackinnon, A. (2011). *Labelling of mental disorders and stigma in young people*. Social Science & Medicine, 73: 498-506.
- Wright, A.; Jorm, A.; Mackinnon, A. (2011). *Labels used by young people to describe mental disorders: which ones predict effective help-seeking choices?* Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.

- Wyn, J., Cahill, H., Holdsworth, R., Rowling, L., Carson, S. (2000). *MindMatters, a whole-school approach promoting mental health and wellbeing*. Australian and Zealand Journal of Psychiatry, 34:594-601.
- Yap, M.; Reavley, N.; Jorm, A. (2011). *Young people's beliefs about preventive strategies for mental disorders: findings from two Australian national surveys of youth*. Journal of Affective Disorder, 136 (3): 940-947.
- Zarcadoolas, Christina; Pleasant, Andrew F.; Greer, David S. (2006). *Advancing Health Literacy: A Framework for Understanding and Action*. 1ª edição. São Francisco: Jossey-Bass. ISBN: 0-7879-8433-7.



## **ANEXOS**



## **Anexo I**

Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALiSMental



## LITERACIA EM SAÚDE MENTAL - QUALISMental\*

Este questionário<sup>1</sup> é parte integrante de um programa designado de «Educação e Sensibilização para a Saúde Mental: um programa de intervenção com base na Escola para Adolescentes e Jovens<sup>2</sup>» a decorrer na Região Centro de Portugal Continental, inscrito na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

O objectivo deste estudo centra-se na caracterização e compreensão daquele que é o entendimento e conhecimento dos jovens Portugueses relativamente a algumas questões de saúde.

Ao aceitares responder a este questionário deves ler todas as questões e preencher cada questão conforme as directrizes, 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.

\* Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental

<sup>1</sup> Versão adaptada e autorizada para Portugal do *National Survey of Mental Health Literacy in Young People - Interview version*.

**Equipa de investigadores do programa:** Luís Loureiro, Ph.D (Principal Investigator - [luisloureiro@esenfc.pt](mailto:luisloureiro@esenfc.pt)); Aida Mendes, Ph.D; Manuel Rodrigues, Ph.D; José Carlos Santos, Ph.D; Teresa Barroso, Ph.D; Rui Oliveira, Ph.D; Ricardo Ferreira, MSc.

Ana Pedreiro (Research Grant Holder).



<sup>2</sup> Financiado por fundos nacionais através da FCT/MCTES (PIDDAC) e cofinanciado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) através do COMPETE – Programa Operacional Fatores de Competitividade (POFC) do QREN.



## Parte I

### 1. Género:

Masculino

Feminino

### 2. Idade: \_\_\_\_\_ anos

### 3. Habilitações literárias do Pai:

Ensino básico – 1º Ciclo (antiga 4ª classe) \_\_\_\_\_

Ensino básico – 2º Ciclo (Ensino preparatório – antigo 6º ano) \_\_\_\_\_

Ensino básico – 3º Ciclo – Curso geral dos liceus (9ºano) \_\_\_\_\_

Ensino secundário (Curso complementar dos liceus) \_\_\_\_\_

Bacharelato/Licenciatura \_\_\_\_\_

Mestrado/Doutoramento \_\_\_\_\_

### 4. Habilitações literárias da Mãe:

Ensino básico – 1º Ciclo (antiga 4ª classe) \_\_\_\_\_

Ensino básico – 2º Ciclo (Ensino preparatório – antigo 6º ano) \_\_\_\_\_

Ensino básico – 3º Ciclo – Curso geral dos liceus (9ºano) \_\_\_\_\_

Ensino secundário (Curso complementar dos liceus) \_\_\_\_\_

Bacharelato/Licenciatura \_\_\_\_\_

Mestrado/Doutoramento \_\_\_\_\_

## 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 directrizes.

A Joana é uma jovem de 16 anos que se tem sentido involgarmente 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 lhe parecem muito 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 actualmente uma situação como a da Joana, procurarías ajuda?

- Sim \_\_\_\_\_
- Não \_\_\_\_\_
- Não sei \_\_\_\_\_

**3. Se pedisses ajuda, com quem falarias ou a quem a pedirias?**

	De modo nenhum 1	2	3	4	Seguramente 5
À minha mãe _____	<input type="checkbox"/>				
Ao meu pai _____	<input type="checkbox"/>				
A um/a amigo/a _____	<input type="checkbox"/>				
A/Ao minha/meu namorada/namorado _____	<input type="checkbox"/>				
A um/a professor/a _____	<input type="checkbox"/>				
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)?**

Multíssimo confiante <input type="checkbox"/>	Muito confiante <input type="checkbox"/>	Confiante <input type="checkbox"/>	Pouco confiante <input type="checkbox"/>	Nada confiante <input type="checkbox"/>
---	--	---------------------------------------	--	---

**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 muito tímido, sentir vergonha \_\_\_\_\_

Outra. Especifica qual: \_\_\_\_\_

**6. Se estivesses a viver actualmente 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
<input type="checkbox"/>				

**9. São apresentadas de seguida diferentes opções que podias utilizar para ajudar a Joana. Assinala para cada uma a tua opinião.**

	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Ouvir os seus problemas de forma compreensiva_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcar uma consulta no Médico de Família com o seu conhecimento_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perguntar se tem tendências suicidas_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunir o grupo de amigos para a animar_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não valorizar o seu problema, ignorando-a até que se sinta melhor_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantê-la ocupada para que não pense tanto nos seus problemas_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incentivá-la a praticar exercício físico_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um professor_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um psicólogo_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um enfermeiro_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um assistente social_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um psiquiatra_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um serviço telefónico de aconselhamento_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um familiar próximo_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um amigo significativo_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resolver sozinha os seus problemas_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chás (Exs.: Camomila ou Hipericão)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tranquilizantes/Calmanter_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressivos_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti-psicóticos_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprimidos para dormir_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. Existem diferentes actividades que poderão ajudar a Joana. Assinala para cada uma a tua opinião.**

	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Fazer exercício físico_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praticar treino de relaxamento_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praticar meditação_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer acupunctura_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer terapia com um profissional especializado_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultar um site que contenha informação sobre o problema_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ler um livro de auto-ajuda sobre o problema_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas similares_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procurar ajuda especializada de saúde mental_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizar bebidas alcoólicas para relaxar_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumar para relaxar_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. Achas que o risco de desenvolver uma situação como a da Joana reduziria se os jovens:**

	Sim	Não	Não sei
Praticassem exercício físico_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evitassem situações geradoras de stresse_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantivessem o contacto regular com amigos_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantivessem o contacto regular com a família_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não utilizassem drogas_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não bebessem bebidas alcoólicas_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praticassem actividades relaxantes regularmente_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tivessem uma crença religiosa ou espiritual_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. As próximas questões contêm afirmações acerca da situação da Joana. Indica a tua opinião PESSOAL para cada afirmação.**

	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. _____	①	②	③	④	⑤	⑥
A situação da Joana é um sinal de fraqueza pessoal. _____	①	②	③	④	⑤	⑥
Esta situação não é uma doença verdadeira. _____	①	②	③	④	⑤	⑥
A Joana é perigosa para os outros. _____	①	②	③	④	⑤	⑥
A melhor forma de evitar desenvolver uma situação como a da Joana é afastar-me dela. _____	①	②	③	④	⑤	⑥
A situação da Joana torna-a uma pessoa imprevisível. _____	①	②	③	④	⑤	⑥
Nunca contaria a ninguém se tivesse na situação da Joana. _____	①	②	③	④	⑤	⑥

**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.**

	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 situação da Joana não é uma doença verdadeira.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Acredita que a Joana é perigosa para os outros.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Acredita que a forma de evitar desenvolver uma situação assim é 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 disposição de (utiliza a grelha de resposta):**

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
	De modo nenhum						Sem qualquer prolema
Passar o fim-de-semana com a Joana?	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Trabalhar num projecto 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?**

Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

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

Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

Não sei \_\_\_\_\_

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

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

1. Na tua opinião, o que é que se passa com o Miguel? (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 estivesse a viver actualmente uma situação como a do Miguel, procurarías ajuda?

- Sim \_\_\_\_\_
- Não \_\_\_\_\_
- Não sei \_\_\_\_\_

**3. Se pedisses ajuda, com quem falarias ou a quem a pedirias?**

	De modo nenhum 1	2	3	4	Seguramente 5
À minha mãe_____	<input type="checkbox"/>				
Ao meu pai_____	<input type="checkbox"/>				
A um/a amigo/a_____	<input type="checkbox"/>				
À/Ao minha/meu namorada/namorado_____	<input type="checkbox"/>				
A um/a professor/a_____	<input type="checkbox"/>				
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)?**

Multíssimo confiante	Muito confiante	Confiante	Pouco confiante	Nada confiante
<input type="checkbox"/>				

**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 muito tímido, sentir vergonha\_\_\_\_\_

Outra. Especifique qual: \_\_\_\_\_

**6. Se estivesses a viver actualmente uma situação como a do Miguel, 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 Miguel 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 Miguel?**

Muitíssimo confiante	Muito confiante	Confiante	Pouco confiante	Nada confiante
<input type="checkbox"/>				

**9. São apresentadas de seguida diferentes opções que podias utilizar para ajudar o Miguel. Assinala para cada uma a tua opinião.**

	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Ouvir os seus problemas de forma compreensiva _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcar uma consulta no Médico de Família com o seu conhecimento _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perguntar se tem tendências suicidas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunir o grupo de amigos para o animar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não valorizar o seu problema, ignorando-o até que se sinta melhor _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantê-lo ocupado para que não pense tanto nos seus problemas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incentivá-lo a praticar exercício físico _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. Existem diferentes pessoas e profissionais de saúde que poderão ajudar o Miguel. Assinala para cada um a tua opinião.**

	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Um médico de família _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um professor _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um psicólogo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um enfermeiro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um assistente social _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um psiquiatra _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um serviço telefónico de aconselhamento _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um familiar próximo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um amigo significativo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resolver sozinho os seus problemas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11. Dos seguintes medicamentos/produtos quais, na tua opinião, seriam úteis ou poderão ajudar o Miguel. Assinala para cada um a tua opinião.**

	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Vitaminas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chás (Exs.: Camomila ou Hipericão) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tranquilizantes/Calmanantes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressivos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti-psicóticos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprimidos para dormir _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. Existem diferentes actividades que poderão ajudar o Miguel. Assinala para cada uma a tua opinião.**

	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Fazer exercício físico_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praticar treino de relaxamento_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praticar meditação_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer acupunctura_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer terapia com um profissional especializado_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultar um site que contenha informação sobre o problema_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ler um livro de auto-ajuda sobre o problema_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas similares_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procurar ajuda especializada de saúde mental_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizar bebidas alcoólicas para relaxar_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumar para relaxar_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. Achas que o risco de desenvolver uma situação como a do Miguel reduziria se os jovens:**

	Sim	Não	Não sei
Praticassem exercício físico_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evitassem situações geradoras de stresse_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantivessem o contacto regular com amigos_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantivessem o contacto regular com a família_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não utilizassem drogas_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não bebessem bebidas alcoólicas_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praticassem actividades relaxantes regularmente_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tivessem uma crença religiosa ou espiritual_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. As próximas questões contêm afirmações acerca da situação do Miguel. Indica a tua opinião PESSOAL para cada afirmação.**

	Concordo totalmente ①	Concordo ②	Não concordo nem discordo ③	Discordo ④	Discordo totalmente ⑤	Não sei ⑥
Se o Miguel quisesse poderia sair desta situação por si. _____	①	②	③	④	⑤	⑥
A situação do Miguel é um sinal de fraqueza pessoal. _____	①	②	③	④	⑤	⑥
Esta situação não é uma doença verdadeira. _____	①	②	③	④	⑤	⑥
O Miguel é perigoso para os outros. _____	①	②	③	④	⑤	⑥
A melhor forma de evitar desenvolver uma situação como a do Miguel é afastar-me dele. _____	①	②	③	④	⑤	⑥
A situação do Miguel torna-o uma pessoa imprevisível. _____	①	②	③	④	⑤	⑥
Nunca contaria a ninguém se tivesse na situação do Miguel. _____	①	②	③	④	⑤	⑥

**15. As próximas questões contêm afirmações acerca da situação do Miguel. Indica a tua opinião sobre o que pensa a MAIORIA DAS PESSOAS para cada afirmação.**

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente	Não sei
	①	②	③	④	⑤	⑥
Acredita que se o Miguel quisesse poderia sair desta situação por si.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Acredita que a situação do Miguel é um sinal de fraqueza pessoal.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Acredita que a situação do Miguel não é uma doença verdadeira.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Acredita que o Miguel é perigoso para os outros.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Acredita que a forma de evitar desenvolver uma situação assim é afastar-se dele.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Acredita que a situação do Miguel torna-o uma pessoa imprevisível.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nunca contaria a ninguém se tivesse na situação do Miguel.	_____	_____	_____	_____	_____	_____

**16. Em que medida estarias na disposição de (utiliza a grelha de resposta):**

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
	De modo nenhum						Sem qualquer prolema
Passar o fim-de-semana com o Miguel?	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Trabalhar num projecto ou grupo com o Miguel?	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Convidar o Miguel para a tua casa?	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ir a casa do Miguel?	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ser amigo pessoal do Miguel?	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

**17. Alguém na tua família ou círculo próximo de amigos esteve numa situação similar à do Miguel?**

Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

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

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 estivesse a viver actualmente uma situação como a do Jorge, procurarías ajuda?**

- Sim \_\_\_\_\_
- Não \_\_\_\_\_
- Não sei \_\_\_\_\_

**3. Se pedisses ajuda, com quem falarias ou a quem a pedirias?**

	De modo nenhum 1	2	3	4	Seguramente 5
À minha mãe_____	<input type="checkbox"/>				
Ao meu pai_____	<input type="checkbox"/>				
A um/a amigo/a_____	<input type="checkbox"/>				
À/Ao minha/meu namorada/namorado_____	<input type="checkbox"/>				
A um/a professor/a_____	<input type="checkbox"/>				
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
<input type="checkbox"/>				

**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 muito tímido, sentir vergonha\_\_\_\_\_

Outra. Especifica qual: \_\_\_\_\_

**6. Se estivesses a viver actualmente uma situação como a 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
<input type="checkbox"/>				

**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 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcar uma consulta no Médico de Família com o seu conhecimento _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perguntar se tem tendências suicidas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunir o grupo de amigos para o animar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não valorizar o seu problema, ignorando-o até que se sinta melhor _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantê-lo ocupado para que não pense tanto nos seus problemas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incentivá-lo a praticar exercício físico _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um professor _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um psicólogo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um enfermeiro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um assistente social _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um psiquiatra _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um serviço telefónico de aconselhamento _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um familiar próximo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um amigo significativo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resolver sozinho os seus problemas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chás (Exs.: Camomila ou Hipericão) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tranquilizantes/Calmantes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressivos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti-psicóticos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprimidos para dormir _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. Existem diferentes actividades que poderão ajudar o Jorge. Assinala para cada uma a tua opinião.**

	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Fazer exercício físico_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praticar treino de relaxamento_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praticar meditação_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer acupunctura_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer terapia com um profissional especializado_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultar um site que contenha informação sobre o problema_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ler um livro de auto-ajuda sobre o problema_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas similares_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procurar ajuda especializada de saúde mental_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizar bebidas alcoólicas para relaxar_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumar para relaxar_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. Achas que o risco de desenvolver uma situação como a do Jorge reduziria se os jovens:**

	Sim	Não	Não sei
Praticassem exercício físico_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evitassem situações geradoras de stresse_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantivessem o contacto regular com amigos_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantivessem o contacto regular com a família_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não utilizassem drogas_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não bebessem bebidas alcoólicas_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praticassem actividades relaxantes regularmente_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tivessem uma crença religiosa ou espiritual_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. As próximas questões contêm afirmações acerca da situação do Jorge. Indica a tua opinião PESSOAL para cada afirmação.**

	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. _____	①	②	③	④	⑤	⑥
A situação do Jorge é um sinal de fraqueza pessoal. _____	①	②	③	④	⑤	⑥
Esta situação não é uma doença verdadeira. _____	①	②	③	④	⑤	⑥
O Jorge é perigoso para os outros. _____	①	②	③	④	⑤	⑥
A melhor forma de evitar desenvolver uma situação como a do Jorge é afastar-me dele. _____	①	②	③	④	⑤	⑥
A situação do Jorge torna-o uma pessoa imprevisível. _____	①	②	③	④	⑤	⑥
Nunca contaria a ninguém se tivesse na situação do Jorge. _____	①	②	③	④	⑤	⑥

**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.**

	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.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	①	②	③	④	⑤	⑥
Acredita que a situação do Jorge é um sinal de fraqueza pessoal.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	①	②	③	④	⑤	⑥
Acredita que a situação do Jorge não é uma doença verdadeira.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	①	②	③	④	⑤	⑥
Acredita que o Jorge é perigoso para os outros.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	①	②	③	④	⑤	⑥
Acredita que a forma de evitar desenvolver uma situação assim é afastar-se dele.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	①	②	③	④	⑤	⑥
Acredita que a situação do Jorge torna-o uma pessoa imprevisível.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	①	②	③	④	⑤	⑥
Nunca contaria a ninguém se tivesse na situação do Jorge.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	①	②	③	④	⑤	⑥

**16. Em que medida estarias na disposição de (utiliza a grelha de resposta):**

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
	De modo nenhum						Sem qualquer prolema
Passar o fim-de-semana com o Jorge?	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Trabalhar num projecto 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?**

Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

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

Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

Não sei \_\_\_\_\_



## **Anexo II**

Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da  
Saúde – Enfermagem (UICISA-E)



**COMISSÃO DE ÉTICA**  
da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E)**  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)**

**Parecer Nº P58-12/2011**

**Título do Projecto:** Educação e sensibilização para a saúde mental: um programa de investigação com base na Escola para adolescentes e jovens

**Identificação do(s) Proponente(s)**

**Nome(s):** Luís Manuel de Jesus Loureiro

**Filiação Institucional:** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**Relator(es):** Maria Filomena Botelho

**Parecer**

O projecto tem como objectivo caracterizar a literacia em saúde mental de adolescentes e jovens que frequentam as escolas do 3º Ciclo do Ensino Básico e Ensino Secundário, abrangidos pela DREC através de um estudo descritivo-correlacional. A colheita de dados será efectuada por meio de um questionário de avaliação de literacia em saúde mental, tendo como abordagem o auto-relato descritivo. Os critérios de inclusão e de exclusão estão claramente definidos.

Atendendo ao formato da investigação, a Comissão de Ética dá o seu parecer favorável.

O relator: Maria Filomena Botelho

Data: 14/12/2011 O Presidente da Comissão de Ética: [Assinatura]



## **Anexo III**

Pedido de autorização aos encarregados de educação





**Exmo. Sr(a). Encarregada(o) de Educação:**

O presente estudo para o qual solicitamos a autorização da participação do seu educando é parte integrante de um programa de intervenção designado de «Educação e Sensibilização para a Saúde Mental: um programa de intervenção com base na Escola para Adolescentes e Jovens», [PTDC/CPE-CED/112546/2009] financiado por fundos nacionais através da FCT/MCTES (PIDDAC) e co-financiado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) através do COMPETE – Programa Operacional Fatores de Competitividade (POFC) do QREN, e decorre na Região Centro de Portugal Continental, da responsabilidade da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, com coordenação científica do Professor Doutor Luís Loureiro, Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

É objectivo deste estudo caracterizar e compreender aquele que é o entendimento e conhecimento dos adolescentes e jovens relativamente a algumas questões de saúde, para isso necessitamos de colher dados através do preenchimento, pelo seu educando, de um questionário designado de QuALiSMental.

A participação neste estudo é voluntária, sendo que a decisão de autorizar ou não a participação do seu educando, não terá qualquer impacto nos serviços ou benefícios prestados pela escola. Se decidir pode terminar a qualquer momento a participação no estudo, não tendo por isso qualquer penalização. Serão garantidas a confidencialidade das respostas e anonimato do participante, salvaguardando-se que as questões relativas a género, idade, distrito onde reside, ano lectivo que frequenta e habilitações literárias dos pais serão apenas utilizadas para efeitos de caracterização da amostra sempre que os resultados do estudo forem publicados ou divulgados em meio científico.

Para proceder à autorização, deve ler atentamente e depois assinar o termo de consentimento informado que segue em anexo.

Luís Manuel de Jesus Loureiro  
Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Para mais informações deverá contactar o Investigador Responsável do projecto através dos seguintes contactos:

Email: [luisloureiro@esenfc.pt](mailto:luisloureiro@esenfc.pt)

Telemóvel : 918096250

Telefone:239.487217

Website: <http://www.esenfc.pt/ui/site/>

### - Termo de Consentimento Informado -

#### Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental [QuALiSMental]

[Parte integrante do programa: «Educação e Sensibilização para a Saúde Mental: um programa de intervenção com base na Escola para Adolescentes e Jovens», [PTDC/CPE-CED/112546/2009] financiado por fundos nacionais através da FCT/MCTES (PIDDAC) e co-financiado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) através do COMPETE – Programa Operacional Fatores de Competitividade (POFC) do QREN, da responsabilidade da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde]

Eu, abaixo assinado, \_\_\_\_\_ na qualidade de representante legal do educando \_\_\_\_\_, fui informado:

a) de que a administração do questionário QuALiSMental tem como objectivos a caracterização e compreensão daquele que é o entendimento e conhecimento de adolescentes e jovens relativamente a algumas questões de saúde e é parte integrante do programa de intervenção designado de «Educação e Sensibilização para a Saúde Mental: um programa de intervenção com base na Escola para Adolescentes e Jovens»;

b) de que nenhuma avaliação da inteligência ou personalidade dos adolescentes e jovens estará envolvida na tarefa, nem qualquer aspecto diagnóstico de saúde, destinando-se unicamente à recolha dos dados necessários à caracterização da literacia em saúde mental;

c) de que todos os dados serão utilizados anonimamente e de forma agregada;

Sei que posso recusar a participação do meu educando sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e esclarecer as minhas dúvidas.

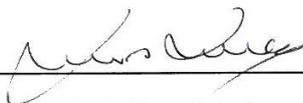
Assim, declaro que autorizo a participação daquele(a) que legalmente represento no estudo acima mencionado.

Autorizo também a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantido o anonimato.

Nome do Representante legal do participante no estudo.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data  / /

O Investigador Responsável,



Luís Manuel de Jesus Loureiro  
Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra



## - Termo de Consentimento Informado -

### Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental [QuALiSMental]

[Parte integrante do programa: «Educação e Sensibilização para a Saúde Mental: um programa de intervenção com base na Escola para Adolescentes e Jovens», [PTDC/CPE-CED/112546/2009] financiado por fundos nacionais através da FCT/MCTES (PIDDAC) e co-financiado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) através do COMPETE – Programa Operacional Fatores de Competitividade (POFC) do QREN, da responsabilidade da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde]

Eu, abaixo assinado, \_\_\_\_\_, fui informado:

a) de que a administração do questionário QuALiSMental tem como objectivos a caracterização e compreensão daquele que é o entendimento e conhecimento de adolescentes e jovens relativamente a algumas questões de saúde e é parte integrante do programa de intervenção designado de «Educação e Sensibilização para a Saúde Mental: um programa de intervenção com base na Escola para Adolescentes e Jovens»;

b) de que nenhuma avaliação da inteligência ou personalidade, nem qualquer aspecto diagnóstico de saúde será efectuada, destinando-se unicamente à recolha dos dados necessários à caracterização da literacia em saúde mental;

c) de que todos os dados serão utilizados anonimamente e de forma agregada;

Sei que posso recusar a participação do meu educando sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e esclarecer as minhas dúvidas.

Assim, declaro que autorizo a minha participação no estudo acima mencionado e a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantido o anonimato.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data  / /

O Investigador Responsável,

Lúis Manuel de Jesus Loureiro  
Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra