escola superior de enfermagem de coimbra

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

A literacia em saúde mental acerca da depressão numa população adulta

Célia Catarina Querido Oliveira

Coimbra, janeiro de 2018

escola superior de enfermagem de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

A literacia em saúde mental acerca da depressão numa população adulta

Célia Catarina Querido Oliveira

Orientador: Professor Doutor Luís Manuel de Jesus Loureiro, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

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

Coimbra, janeiro de 2018

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Célia Catarina Querido Oliveira

A literacia em saúde mental acerca da depressão numa população adulta

2018

À Inês, à Mariana e à Madalena!

Que tomem a vida nas mãos!

AGRADEÇO

A todos quantos me ajudaram e motivaram,

Ao professor Luís Loureiro pela sua orientação!

LISTA DE SIGLAS

LSM – Literacia em Saúde Mental

ICSP – Inventário de Crenças sobre Psicofármacos

OMS – Organização Mundial de Saúde

QuALiSMental – Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental

RESUMO

Enquadramento: A literacia em saúde mental define-se pelo conjunto de conhecimentos e crenças que o indivíduo possui sobre perturbação mental que lhe permitem o seu reconhecimento, gestão e prevenção (Jorm *et al*., 1997, citado por Jorm, 2014).

Em Portugal, as perturbações psiquiátricas afetam mais de um quinto da população (DGS, 2014), sendo que as perturbações depressivas apresentam a maior prevalência nacional na região centro do país (DGS, 2015).

A evolução da prescrição de psicofármacos tem revelado um aumento do seu consumo, sendo os antidepressivos aqueles que registaram maior aumento entre 2010 e 2012 (Infarmed, 2013).

Objetivos: Os objetivos deste estudo consistem em avaliar a literacia em saúde mental acerca da depressão numa população adulta e investigar as suas atitudes em relação ao uso de psicofármacos para o seu tratamento.

Metodologia: Na tentativa de responder a questões relacionadas com a literacia em saúde mental no âmbito da depressão, a relação entre as variáveis sociodemográficas e as componentes da LSM e as atitudes relativamente ao uso de psicofármacos no tratamento da depressão, foram utilizados o QuALiSMental na versão validada para a população portuguesa (Loureiro, 2014) e o ICSP (Inventário de Crenças sobre os Psicofármacos). A amostra do tipo probabilístico acidental constitui-se de 102 adultos.

Resultados: O reconhecimento da depressão foi elevado (72.5%), sendo que as variáveis sociodemográficas não se mostraram estatisticamente relevantes para esse reconhecimento. Apenas a escolha do psiquiatra, como profissional adequado a procurar, e os comprimidos para dormir, como tratamento, se mostraram preditores do reconhecimento da depressão.

Não se encontraram relações estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas ou o reconhecimento com as atitudes em relação ao uso dos psicofármacos no tratamento da depressão. A atitude em relação aos psicofármacos que mais se evidenciou foi a atitude de neutralidade em que se aceitam como coadjuvantes de outras intervenções. A familiaridade com os psicofármacos foi a única variável que se mostrou preditora da atitude de neutralidade.

Palavras Chave: Literacia em saúde mental; Depressão; Adultos

ABSTRACT

Background: Mental-health literacy is defined by the set of knowledge and beliefs that the individual possesses about mental disorder that allow him to acknowledge, manage and prevent it (Jorm *et al*., 1997, cited by Jorm, 2014).

In Portugal, psychiatric disorders affect more than one-fifth of the population (DGS, 2014), with depressive disorders presenting the highest national prevalence in the central region of the country (DGS, 2015).

The evolution in the prescription of psychotropics has revealed an increase in its consumption, antidepressants being those that recorded a greater increase between 2010 and 2012 (Infarmed, 2013).

Aims: The aims of this study consist of evaluating mental health literacy regarding depression in an adult population and investigating the attitudes towards the use of psychotropics for treatment.

Methods: In an attempt to respond to issues related to mental health literacy in the con text of depression, the relationship between sociodemographic variables and LSM components and attitudes towards the use of psychotropics in the treatment of depression, QuALiSMental in the validated version for the Portuguese population (Loureiro, 2014) and the ICSP (Inventory of Beliefs about Psychotropics) were used. The sample of the accidental probabilistic type is made up of 102 adults.

Results: The recognition of depression was high (72.5%), and the sociodemographic variables were not statistically relevant to this recognition. Only the choice of the psychiatrist as a suitable professional to seek, and the use of sleeping pills as treatment, proved to be predictors of the recognition of depression.

There were no statistically significant relationships between sociodemographic variables and recognition with attitudes towards the use of psychotropics in the treatment of depression. The attitude towards the psychotropic medication that was most evident was the attitude of neutrality in which they are accepted as supporting other interventions. The familiarity with the psychotropics was the only variable that proved to be a predictor of the attitude of neutrality.

Key words: Mental health literacy; Depression; Adults

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição absoluta e percentual das variáveis sociodemográficas	29
Tabela 2 -	Pesos fatoriais de cada item nos três fatores retidos do ICSP	32
Tabela 3 -	Distribuição absoluta e percentual dos rótulos assinalados na componente de reconhecimento do problema/perturbação mental	34
Tabela 4 -	Distribuição absoluta e percentual dos rótulos assinalados para as barreiras à procura de ajuda	34
Tabela 5 -	Distribuição absoluta e percentual das respostas assinaladas como “úteis”, na componente de profissionais/pessoas que podem ajudar e medicamentos/produtos	35
Tabela 6 -	Distribuição absoluta e percentual das respostas assinaladas como “úteis” na componente de *conhecimento sobre a eficácia das estratégias de autoajuda*	36
Tabela 7 -	Distribuição absoluta e percentual das respostas assinaladas como “úteis” na componente de *Conhecimentos e competências para prestar apoio e dar a primeira ajuda aos outros*	36
Tabela 8 -	Distribuição absoluta e percentual das respostas “sim” na componente *de conhecimentos acerca do modo de prevenção das perturbações mentais*	37
Tabela 9 -	Estatísticas resumo dos fatores do ICSP	37
Tabela 10 -	Distribuição absoluta e percentual das respostas à familiaridade com depressão e com a medicação	38
Tabela 11 -	Coeficientes *Logit* do modelo de regressão logística da variável “reconhecimento” em função das variáveis sociodemográficas	38
Tabela 12 -	Distribuição das respostas à intenção de procura de ajuda em função do reconhecimento	38
Tabela 13 -	Coeficientes *Logit* do modelo de regressão logística da variável “reconhecimento” em função das estratégias de primeira ajuda	39
Tabela 14 -	Coeficientes *Logit* do modelo de regressão logística da variável “reconhecimento” em função das estratégias de primeira ajuda	39

Tabela 15 - Coeficientes *Logit* do modelo de regressão logística da variável "reconhecimento" em função das estratégias de primeira ajuda 40
Tabela 16 - Coeficientes *Logit* do modelo de regressão logística da variável "reconhecimento" em função das estratégias de prevenção 40
Tabela 17 - Resultados da aplicação do teste *t* às dimensões do ISPP em função do reconhecimento 40
Tabela 18 - Resultados da aplicação do teste *t* às dimensões do ISPP em função do reconhecimento 41

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 13

PARTE I – ENQUADRAMENTO

CAPÍTULO I - LITERACIA EM SAÚDE MENTAL 15

1.1 - CONCEITO DE LITERACIA EM SAÚDE MENTAL 15

1.2 - OPERACIONALIZAÇÃO DO CONCEITO - COMPONENTES 16

1.2.1 - Reconhecimento das perturbações de modo a facilitar a procura de ajuda 16

1.2.2 - Conhecimentos acerca da ajuda profissional e tratamentos disponíveis 17

1.2.3 - Conhecimentos acerca da eficácia das estratégias de autoajuda 18

1.2.4 - Conhecimentos acerca das competências para prestar apoio e dar a primeira ajuda aos outros 19

1.2.5 -Conhecimentos acerca das formas de prevenção das perturbações mentais 19

CAPÍTULO II - LITERACIA EM SAÚDE MENTAL ACERCA DA DEPRESSÃO 21

2.1 - LITERACIA ACERCA DA DEPRESSÃO – ALGUMAS CONSIDERAÇÕES 21

2.1.1 - Literacia acerca da depressão e género 22

2.1.2 - Literacia acerca da depressão e idade 23

2.1.3 - Literacia acerca da depressão e contexto sociocultural 23

2.1.4 - Literacia acerca da depressão e profissionais de saúde 25

2.1.5 - Literacia acerca da depressão e adesão ao tratamento farmacológico 26

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO III - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO 27

3.1 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES 27

3.2 - POPULAÇÃO E AMOSTRA 28

3.2.1 - Caraterização da amostra 28

3.3 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS 29

3.3.1 - Estudo de validade do ICSP (Inventário de Crenças sobre os Psicofármacos) 31

3.4 - PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS 32

3.5 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO 32

CAPÍTULO IV - RESULTADOS 33

4.1 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS 33

4.1.1 - O nível de literacia em saúde mental acerca da depressão na população adulta de acordo com as suas componentes 33

4.1.2 - As atitudes das pessoas relativamente ao uso de psicofármacos no tratamento da depressão 37

4.1.3 - Relação entre saúde mental, atitudes perante a medicação e familiaridade com a doença mental e psicofármacos 38

4.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 41

CONCLUSÃO 51

BIBLIOGRAFIA 54

ANEXOS

ANEXO I QuALiSMental – versão adulto

ANEXO II Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Centro

INTRODUÇÃO

O conceito de literacia em saúde define-se como a "medida em que os indivíduos têm capacidade para obter, processar e entender informação básica em saúde e serviços disponíveis para tomar decisões de saúde apropriadas" (Selden, Zorm, Ratzan & Parker, 2000, p.6, citados por Loureiro, Rodrigues, Santos e Oliveira, 2014). Não sendo um conceito recente, continua a suscitar grande interesse na investigação em saúde, no sentido de o relacionar com níveis mais ou menos elevados de saúde das populações. Quando afunilamos o conceito e o remetemos para a saúde mental, podemos percebê--lo como o nível de conhecimento que o indivíduo tem sobre o reconhecimento do despoletar da doença, as opções de ajuda e tratamentos disponíveis, as estratégias de autoajuda, as competências para prestar primeira ajuda a outras pessoas em situação de crise e a prevenção das perturbações mentais (Jorm, 2011 citado por Rosa, Loureiro e Sousa, 2014). De um modo geral, a investigação tem mostrado que, independentemente da população estudada, os níveis de literacia em saúde mental são baixos (Chen, Parker, Kua, Jorm & Loch, 2000, citados por Rosa *et al.,* 2014).

Por outro lado, de acordo com "*The Global Burden of Disease*", publicado em 2010, as perturbações depressivas apresentavam-se como a 3ª causa de carga global de doença, fazendo parte das primeiras 10 causas de incapacidade no mundo (PNSM, 2012).

Em Portugal, as perturbações psiquiátricas afetam mais de um quinto da população, sendo que as perturbações depressivas representam 7.9% desse grupo, apresentando-se com a segunda maior prevalência depois das perturbações de ansiedade (DGS, 2014). Em dados mais recentes, a região centro do país é aquela que regista uma maior prevalência de perturbações depressivas do país (9.73%) (DGS, 2016).

Também a evolução da prescrição de psicofármacos mostra o aumento do seu consumo, sendo os antidepressivos aqueles que registaram maior aumento entre 2010 e 2012 (Infarmed, 2013), muito embora se saiba que apenas uma pequena parte dos doentes acede a tratamento adequado. Nomeadamente, só cerca de 35.3% das pessoas com qualquer tipo de perturbação de humor tiveram consulta no ano do começo da doença, sendo o atraso de acesso a tratamento de cerca de 5 anos (DGS, 2016). É neste contexto que surge este estudo, tendo como objetivos: investigar

os níveis de literacia em saúde mental no âmbito da depressão e as atitudes em relação ao tratamento farmacológico, numa população adulta da região centro de Portugal.

Este estudo é considerado de nível II, descritivo- correlacional, sendo a amostra de adultos do tipo não probabilístico acidental e o instrumento de colheita de dados utilizado o QuALiSMental na versão validada para a população portuguesa (Loureiro, 2014).

Na primeira parte do trabalho será feito um enquadramento teórico sobre o conceito de LSM e as suas componentes, seguido de alguma evidência científica sobre LSM acerca da depressão. A segunda parte será constituída pela metodologia utilizada na investigação, a apresentação, análise e discussão dos dados recolhidos.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I: LITERACIA EM SAÚDE MENTAL

1.1. – LITERACIA EM SAÚDE MENTAL – CONCEITO

Segundo a OMS, pode definir-se saúde mental como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere” (OMS, 2011, p.1). Mais do que a ausência de doença ou deficiência mentais, este conceito remete-nos para uma visão mais abrangente do indivíduo em comunidade na qual vive, trabalha e se relaciona, no sentido do equilíbrio recíproco.

Num presente globalizado em que a sociedade se normaliza em termos de regras e padrões de dever estar, sentir e atuar (Loureiro, Dias, Aragão, 2008), torna-se mais difícil o encontro deste equilíbrio quando a diferença não é normativa. Assim sendo, sempre que surge o desequilíbrio entre o que se é e o que sente e o que é esperado pelos outros poderemos estar perante o diagnóstico social de perturbação mental.

A UNESCO (2004, p.13) define literacia como sendo a "capacidade de identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e avaliar, utilizando materiais impressos e escritos associados a contextos variados” em determinado contexto, sendo assim, a nível da saúde, a literacia em saúde representa as competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter uma boa saúde (OMS, s.d). Aceitando que os níveis de literacia em saúde são medidos pela capacitação que o indivíduo tem para obter, processar e entender informação básica em saúde e em serviços disponíveis para tomar decisões de saúde apropriadas” (Selden, Zorm, Ratzan & Parker, 2000, citados por Loureiro *et al*., 2014), este conceito geral pode não estar ajustado às necessidades específicas da saúde mental (Jorm, 2015).

Assim, a literacia em saúde mental define-se, pelo conjunto de conhecimentos e crenças que o indivíduo possui sobre perturbação mental que lhe permitem o seu reconhecimento, gestão e prevenção (Jorm *et al*., 1997, citado por Jorm, 2014).

Espera-se, então, que um indivíduo com bons níveis de literacia em saúde mental detenha conhecimentos e crenças que lhe permitam reconhecer as perturbações

mentais, preveni-las e manter um bom nível de saúde. Não se trata, pois, da detenção de simples conhecimento sobre a perturbação mental, mas um conhecimento que é colocado em ação para auto e hétero benefício.

O conceito de literacia em saúde mental apresenta várias componentes: o reconhecimento das perturbações mentais para facilitar a procura de ajuda, o conhecimento da ajuda profissional e tratamentos adequados, o conhecimento de estratégias de autoajuda efetivas, conhecimento e capacidade para dar primeira ajuda e o conhecimento sobre a prevenção das doenças mentais.

1.2 – OPERACIONALIZAÇÃO DO CONCEITO: COMPONENTES

1.2.1. Reconhecimento das perturbações de modo a facilitar a procura de ajuda

A procura de ajuda, segundo Cornally e McCarthy, 2011, citados por Loureiro e Abrantes (2014), é uma ação intencional e planeada no sentido de obter resposta para a resolução de um problema (neste caso de saúde) que interfere com a vida do indivíduo, que se reveste de complexidade, desde logo, pelo reconhecimento e definição do problema.

Ao nível da especificidade da procura de ajuda em saúde mental, outros autores (Rickwood, Deane, Wilson e Ciarroti, 2005, citados por Loureiro e Abrantes, 2014) definem-na como um comportamento ativo de procura de ajuda junto de outras pessoas, profissionais de saúde ou não, com o objetivo de obter respostas para o seu problema ou de alguém que lhe é próximo, consideram-na, assim, uma estratégia adaptativa e uma transição social. Contudo, para tal acontecer, têm que acontecer diversos passos, dos quais o primeiro é o reconhecimento e a consciencialização de que o indivíduo tem um problema, de que modo o afeta e que necessita de ajuda de outra pessoa para o resolver.

No contexto das perturbações mentais, nem sempre acontece este reconhecimento do problema e sempre que os sintomas da pessoa não são reconhecidos como indicadores de perturbação mental todo o processo de procura de ajuda fica comprometido (Jorm, 2014).

Segundo Jorm (2000), a maioria da população tem dificuldade em perceber os termos psiquiátricos e não reconhece corretamente as perturbações mentais o que dificulta a própria comunicação com os profissionais de saúde a quem possam recorrer. Por outro lado, e de acordo com o mesmo autor, as crenças nas causas das perturbações também influenciam a procura de ajuda e resposta ao tratamento.

Para além do reconhecimento da perturbação mental, existem outros fatores que poderão funcionar como impedimentos ou barreiras à procura de ajuda: as caraterísticas pessoais (ser tímido), o anonimato, a acessibilidade, a garantia de confidencialidade, o estigma percebido e as crenças relativas aos tratamentos (Jorm, 2000; 2012 citado por Loureiro, 2013). Evidências científicas produzidas nos últimos anos revelam que os doentes e as doenças mentais ainda suscitam estigma que muito dificulta a vida de doentes e indivíduos que se encontrem a desenvolver um problema de saúde mental (Loureiro e Abrantes, 2014).

1.2.2 – Conhecimentos acerca da ajuda profissional e tratamentos disponíveis

Nalguns países, as fontes informais de ajuda como a família e os amigos são, muitas vezes, preferidas e procuradas mais cedo do que a ajuda profissional, mas tal facto depende do país e da idade do grupo estudado. Sabe-se, por exemplo, que a nível da adolescência os pares são o grupo de ajuda preferido, tal facto pode sugerir algum perigo, dado que os colegas poderão ainda não ter a experiência e o conhecimento para dar a primeira ajuda e facilitar a procura de ajuda profissional (Jorm, 2014).

Situações há em que mesmo que a ajuda profissional seja procurada, nem sempre se tem conhecimento do tipo de profissional a procurar. Para isso acontecer, a pessoa com uma perturbação mental precisaria saber qual o papel de cada profissional de saúde, qual ou quais os tratamentos que a evidência mostra mais adequados e como ter acesso a eles.

Em países desenvolvidos o médico de família é apontado, em muitos estudos (Jorm, 1997 citado em Jorm, 2000; Kelk, Luscombe, Medlow & Hickie, 2009) como profissional a recorrer, nomeadamente em casos de depressão, enquanto os psiquiatras e psicólogos são mais indicados em casos de esquizofrenia. Em países em desenvolvimento a procura dos profissionais de saúde está mais ligada a problemas de saúde física e a procura de feiticeiros, curandeiros e ervas apresentam-se como opções em caso de perturbações mentais (Jorm, 2000).

O mesmo autor faz referência a que as crenças que se têm em relação ao tratamento podem interferir no seu sucesso e mesmo na atitude de procura de ajuda.

A opinião geral que a população tem em relação aos psicotrópicos é negativa, assente em crenças nos efeitos secundários, como: a dependência, danos cerebrais e letargia, e na crença de que estes medicamentos atuam apenas sobre os sintomas e não sobre as causas da doença (Angermeyer *et al*., 1993; Priest *et al.,* 1996; Fishcher *et al*., 1999 citados por Jorm, 2000). Esta opinião contrasta com a opinião dos profissionais de

saúde que detêm conhecimentos para distinguir os vários tipos de medicação psiquiátrica.

Quanto a outros tratamentos como vitaminas e chás verifica-se em vários estudos (Jorm, 1997 citado em Jorm, 2000; Loureiro, *et al*., 2013a) a crença na sua utilidade sem que produzam os efeitos secundários dos medicamentos. Em sentido oposto, em estudos que se realizaram com profissionais de saúde, esses produtos são menos indicados que o tratamento farmacológico (Yeo *et al.,* 2001).

1.2.3 – Conhecimentos acerca da eficácia das estratégias de autoajuda

Em alguns países, a adoção de estratégias de autoajuda é bastante utilizada e aceite pela população, em detrimento da procura de ajuda profissional. Contudo, sabe-se que a adoção destas estratégias produz melhores resultados em situações de perturbação mental menos grave. Por outro lado, se algumas das estratégias poderão produzir bons resultados na saúde mental (ex.: exercício físico) outras poderão acarretar ainda mais riscos (ex.: consumo de álcool) (Jorm, 2014).

Do conjunto de estratégias de autoajuda possíveis, Morgan e Jorm (2009) indicaram, de acordo com a opinião de especialistas, aquelas que na depressão poderão levar ao maior benefício:

- Ao nível dos estilos de vida: dieta variada e saudável, exercício físico, hábitos regulares de sono, envolvimento em atividades prazerosas que produzam sentimento de propósito e pertença;
- Ao nível de estratégias psicológicas: aprendizagem de métodos de relaxamento, ter em conta as pequenas vitórias do dia a dia;
- Ao nível de estratégias interpessoais: falar dos problemas com outras pessoas e comunicar os sentimentos.

No mesmo sentido, Jorm e Griffiths, 2006 citados por Loureiro (2013a) acrescentam também a leitura de livros de autoajuda e salientam a importância destas estratégias, nomeadamente em níveis médios de sintomas depressivos se supervisionadas por profissionais de saúde.

Em suma, é necessário que a população tenha conhecimento das estratégias de autoajuda, como usá-las e quais podem ser benéficas ou prejudiciais (Jorm, 2014).

1.2.4 – Conhecimentos acerca das competências para prestar apoio e dar a primeira ajuda aos outros

Uma pobre literacia em saúde mental e atitudes negativas em relação a pessoas com perturbações mentais podem impedir a procura de ajuda adequada (Swami, 2012).
Segundo alguns estudos (Cusack, Deane, Wilson e Ciarrochi, 2008, citados por Jorm (2014), a procura de ajuda em saúde mental está mais facilitada quando é sugerida por alguém próximo da pessoa.
A primeira ajuda em saúde mental não é, habitualmente, prestada por profissionais de saúde mental.
A capacitação da população em geral para a primeira ajuda em saúde mental não pode ser encarada como uma medida de substituição dos profissionais de saúde ou de intenção de diagnóstico, o desenvolvimento desta competência tem como objetivos a promoção do reconhecimento dos sinais de problemas mentais e a facilitação da procura precoce de ajuda adequada (Loureiro, Sousa & Gomes, 2014).
Assim, define-se primeira ajuda em saúde mental como a ajuda oferecida a uma pessoa que está a desenvolver um problema mental ou a experienciar uma situação de crise nesse contexto (Langlands, Jorm, Kelly & Kichener, 2008 citados por Jorm (2014).
Loureiro *et al.* (2014) citando Kelly *et al.* (2010), indicaram as ações essenciais de um plano de prestação de primeira ajuda em saúde mental:

- Aproximação à pessoa, observar e ajudar (numa crise);
- Não julgar e escutar com atenção;
- Informar e apoiar;
- Procurar a ajuda profissional especializada incentivando a pessoa a procura-la;
- Incentivar o recurso a outros apoios.

Desta forma, percebe-se que existe necessidade de dotar a população de conhecimentos e capacidades para apoiar o outro em situação de primeira ajuda em saúde mental ou na situação de cuidador de pessoa com perturbação mental (Jorm, 2014).

1.2.5 – Conhecimentos acerca das formas de prevenção das perturbações mentais

Não existem muitas evidências científicas na comunidade ao nível da prevenção das perturbações mentais, considerando-se esta a componente menos estudada na literacia em saúde mental (Jorm, 2014). Segundo o mesmo autor, uma das razões para que tal aconteça é a complexidade dos fatores modificáveis, sendo que já existe evidência

científica demonstrada em relação a alguns fatores protetores, falta ainda muita investigação para se perceber o papel de outros.

Por exemplo, relativamente ao exercício físico a sua influência tem sido estudada nomeadamente na perturbação depressiva, sendo considerado um fator protetor da saúde mental. A sua ação deve ser avaliada em duas direções, se por um lado o sedentarismo se associa a um risco acrescido de depressão, por outro, indivíduos deprimidos têm mais tendência para a inatividade (Moraes *et al.*, 2007).

Outros estudos têm feito associações entre o abuso de cannabis e o surgimento de episódios psicóticos agudos, prejuízos cognitivos, exacerbação de sintomas e alterações comportamentais (Kawohl e Rössler, 2008 citado por Diehl, Cordeiro, Laranjeira, 2010), considerando-o um fator de risco para o surgimento de perturbações mentais. Concomitantemente, vários estudos epidemiológicos têm verificado que indivíduos com transtornos mentais graves estão mais propensos a fazer uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas - especialmente a *cannabis* - quando comparados à população geral (Diehl *et al,* 2010).

Também a OMS (2004), evidencia dados que relacionam a dependência do álcool com a depressão major, sendo que os volumes ingeridos se ligam com os sintomas depressivos, apresentando-se este comportamento como mais um fator de risco para a saúde mental.

CAPÍTULO II - LITERACIA EM SAÚDE MENTAL ACERCA DA DEPRESSÃO

2.1. - LITERACIA EM SAÚDE MENTAL ACERCA DA DEPRESSÃO – ALGUMAS CONSIDERAÇÔES

A literacia em saúde relaciona-se com questões de saúde individual e social, sendo que os baixos níveis evidenciados por vários estudos e pela OMS (2008) levam a que seja premente a formação das populações no sentido do maior conhecimento. Também diante da constatação do aumento futuro da prevalência das perturbações mentais e sua inerente incapacidade (OMS, 2001) urge a implementação de programas que promovam a literacia em saúde mental e ajudem a desvanecer mitos/crenças e estigma que persistem na população em geral e mesmo nos profissionais de saúde (CNRSSM, 2007).

Segundo Wittchen *et al*., 2011 citados por Svensson e Hansson (2016), na Europa estima-se que 27% da população sofre de uma qualquer perturbação mental a cada ano, sendo que a ansiedade, as perturbações de humor (nomeadamente a depressão), as perturbações somatoformes e o abuso de substâncias apresentam as maiores prevalências. Do mesmo modo, dados relativamente recentes mostram que, em Portugal, um quinto da população portuguesa padece de perturbação psiquiátrica, sendo o diagnóstico de ansiedade o mais prevalente (16.5%), seguido da perturbação depressiva (7.9%) (Caldas de Almeida & Xavier, 2013). Como já se disse, a região centro do país encontra-se, a nível nacional, com a maior prevalência desta ultima perturbação, apresentando valores de 9.73% (DGS, 2016).

A prevalência e o impacto da doença mental e a literacia sobre a depressão têm sido estudada em vários países, nomeadamente, na Austrália (Jorm, 1997 citado por Jorm (2000); Kelk, *et al.*, 2009), no Canadá (CAMHMI,2007) e nos EUA (Deen & Bridges, 2011). Também a nível europeu se têm desenvolvido alguns estudos relacionados com a literacia e a experiência da doença mental, com o estigma associado e as atitudes de desejo de afastamento social em relação à depressão e à esquizofrenia (Coppens *et al*., 2013; Svensson & Hansson, 2016). Em Portugal os estudos sobre a literacia em saúde mental, nomeadamente sobre a depressão ainda não são muito comuns, sendo que a maioria se tem debruçado sobre faixas etárias mais jovens (Loureiro *et al*., 2013a).

2.1.1 – Literacia sobre depressão e género

De acordo com alguns estudos, níveis mais baixos de literacia em saúde mental relativa à depressão são atribuídos aos homens comparativamente às mulheres (Kelk *et al.*,2009; Deen & Bridges, 2011; Highet, Gemmill & Milgrom, 2011; Amarasuriya, Jorm, Reavley ,2015), fazendo com que a variável género tenha que ser tida em conta. Contudo, existem outros estudos em que essa relação não é sempre linear ao longo do continuum etário. Connery e Davidson (2006) mostram que em mulheres com idades inferiores aos 65 anos há um maior reconhecimento da depressão como perturbação mental e existem menos atitudes negativas em comparação com os homens. Estes apresentam níveis mais baixos de familiaridade com a perturbação, reconhecendo menos os seus sintomas e apresentando mais atitudes negativas. No entanto, a partir dos 65 anos este cenário altera-se, sendo que homens mais velhos estão mais familiarizados do que mulheres da sua faixa etária e apresentam maior reconhecimento dos sintomas em si próprios ou em pessoas que conhecem. Apesar disto, não os relacionam com perturbação mental não havendo lugar à mudança de atitudes ou procura de ajuda adequada. Por outro lado, e de acordo com Culbertson (1997) citado pelos mesmos autores, a familiaridade do género feminino pode ser maior dado a frequência duas vezes maior de ocorrência de depressão no género feminino.

Relativamente à procura de tratamento, esta é particularmente mais baixa no género masculino (Bramesfeld *et al.,* 2007; Harman *et al*., 2004; Prins *et al.,* 2010; Wang *et al.,* 2007, citados por Coppens (2013).

Sendo que a opção de tratamento também se mostra diferente, Highet *et al*. (2011), afirmam uma maior escolha do tratamento medicamentoso por parte das mulheres, o que pode evidenciar um maior nível de conhecimento da doença. Sendo que, os mesmos autores, reafirmam que o nível de literacia em saúde mental das mulheres em período pré-natal e das suas famílias e redes sociais parece ser fator crucial e facilitador no reconhecimento precoce da doença e na procura de ajuda adequada.

Nesta reflexão há que ter em conta múltiplos fatores e entre os quais a cultura, tendo em consideração o papel da masculinidade nas sociedades em que se desenvolvem os estudos. Em algumas comunidades, o admitir experienciar sintomas de depressão pode ser interpretado como sinal de fraqueza e de diminuição social, levando a que o género masculino negue mais os sintomas, tenha atitudes mais negativas e comprometa, assim a procura de ajuda (Connery & Davidson,2006).

2.1.2 – Literacia sobre depressão e idade

Estudos de Coppens *et al.* (2013), onde citam Bramesfeld *et al.,* 2007; Harman *et al.,* 2004; Prins *et al*., 2010; Wang *et al.,* 2007, mostram níveis menores de literacia sobre a depressão em homens de idades mais precoces e de idade mais avançada, sobretudo, se portadores de um nível educacional inferior e/ou a viverem sós. Evidenciam-se assim variáveis como a idade, nível educacional e situação familiar. Contudo, Highet *et al.* (2011), encontraram mais sensibilidade para a depressão pós-parto em homens mais velhos, comparativamente aos de idades mais jovens.

Como já foi dito anteriormente, Connery e Davidson (2006) encontraram relações diferentes ao longo da idade em homens e mulheres relativamente ao reconhecimento, atitudes, familiaridade e tratamento: mulheres mais jovens apresentaram níveis mais altos de reconhecimento, familiaridade do que homens mais jovens, ao contrário de mulheres mais velhas relativamente a homens da sua faixa etária.

Amarasuriya *et al.* (2015), obtiveram resultados de maior reconhecimento da depressão em alunos de últimos anos de curso (mais velhos), sendo que não é evidente a causalidade idade ou aquisição de conhecimentos curriculares.

De referir que existem algumas limitações nos estudos desenvolvidos dado que de acordo com o método utilizado as conclusões podem divergir.

Em estudos em que tenham sido usadas vinhetas com a apresentação da perturbação seguida de questionário, aparentemente o género do protagonista homem ou mulher e idade do mesmo parecem influenciar as respostas dos participantes. Segundo Connery & Davidson (2006), quando o protagonista é mais velho é mais difícil o reconhecimento dos sintomas depressivos como doença mental, embora transpareçam menos atitudes negativas em relação aos mesmos, quando o protagonista é homem as mulheres apresentam menos atitudes negativas em relação à situação do que os homens, sendo que a diferença no tipo de atitudes entre o género masculino e feminino não se nota quando a protagonista é mulher.

2.1.3 – Literacia sobre depressão e contexto sociocultural

As diversidade e complexidade sociocultural da população parece influenciar a forma como a doença mental é reconhecida, explicada e vivida.

De um modo geral, vários estudos convergem para a ideia de que um maior nível educacional se relaciona positivamente com maior nível de literacia sobre a depressão

(Deen & Bridges, 2011). Neste ponto, também Amarasuriya *et al.* (2015), concluíram que estudantes mais adiantados (2 a 4 anos de curso) reconheceram melhor a depressão do que estudantes a iniciar os estudos.

Muitos fatores devem ser tidos em conta nesta área, pois o próprio contexto social poderá influenciar o nível de literacia das populações: a existência ou não de serviços de saúde mental, o grau de acessibilidade aos mesmos, a necessidade percebida de necessidade de ajuda, poderão ser moduladores dos resultados encontrados quando falamos das várias componentes integrantes da literacia sobre a depressão (Deen & Bridges, 2011). Os mesmos autores citando estudos australianos afirmam que não existem grandes diferenças na capacidade de reconhecimento da depressão entre comunidades rurais e urbanas, contudo tal acontece na procura de ajuda profissional, as primeiras valorizam menos o recorrer ao conselheiro e psicólogo do que as últimas, provavelmente dada a menor acessibilidade a esses profissionais.

De acordo com Loo e Furnham (2013), vários estudos têm sido desenvolvidos, sendo que se devem ter em consideração as influências da cultura, da religião e as diferenças linguísticas na descrição da depressão. Nomeadamente, nas sociedades asiáticas, sintomas de depressão e de stress emocional são mormente apresentados aos profissionais como sintomas físicos e vagos, aparecendo assim também o conceito da somatização Os mesmos autores, alertam também para as crenças de causalidade da depressão, onde poderemos encontrar algumas diferenças na literatura, sendo que nas sociedades ocidentais podem ser encontradas maiores atribuições às causas biológica e psicológica e nas sociedades em desenvolvimento mais explicações sobrenaturais de causalidade e tratamento.

Apesar das diferenças culturais, literatura recente, evidencia que baixo estrato socioeconómico está ligado a maiores riscos de depressão pós-parto, sendo que o aumento da literacia nestas populações sugere maior nível de reconhecimento dos sintomas de depressão, embora não garanta maior procura de ajuda para tratamento (Guy, Sterling, Walker e Harrison, 2014). Highet *et al*. (2011), encontraram também este tipo de divergência entre o que as mulheres afirmavam como melhor tratamento e a atitude que tomariam se vivessem a situação descrita na vinheta. Ficamos, assim, com a noção de que a procura de ajuda nem sempre é diretamente proporcional ao nível de reconhecimento da depressão.

2.1.4 - Literacia sobre depressão e profissionais de saúde

O conhecimento e a atitude do profissional de saúde perante a doença mental são fatores extremamente importantes na relação terapêutica e recuperação do doente (Liu, Gerdtz & Liu, 2011).

São alguns os estudos que estudam a literacia em saúde mental em profissionais de saúde (Yeo *et al.*,2015; Liu *et al*.,2011; Gouveia, 2012), sendo que alguns comparam níveis de literacia em saúde mental em diferentes grupos de profissionais e outros entre profissionais de saúde e população em geral. Este ponto de análise torna-se pertinente dado que a existirem crenças erróneas da parte dos profissionais de saúde estas irão influenciar a direção do erro de diagnóstico, que por sua vez comprometerá o encaminhamento da situação.

Contudo, resultados do estudo de Amarasuriya *et al.* (2015), mostraram que já enquanto estudantes, os jovens dos cursos da área da saúde apresentaram melhores níveis de reconhecimento da depressão.

Liu *et al.* (2011), no seu estudo verificaram que o nível de acerto de diagnóstico relativamente à depressão foi de 100% nos psiquiatras e de 87% nos enfermeiros, sendo que ambos os estratos escolheram como segunda opção à perturbação da vinheta apresentada a doença física. Relativamente ao tratamento ambos os grupos apontaram a medicação (antidepressivos, tranquilizantes e indutores do sono) como úteis no caso da depressão.

De acordo com Yeo *et al*., (2001), enfermeiros com formação em psiquiatria apresentam melhores resultados na identificação da depressão do que enfermeiros generalistas, contudo o nível de acerto é maior na esquizofrenia e menor na mania em ambos os grupos, sendo que em ambos os grupos a depressão foi identificada, muitas vezes, como reação ao stress.

Gouveia (2012), no desenvolvimento da sua pesquisa também encontrou dados que mostram a probabilidade de um maior reconhecimento da depressão em profissionais de saúde do que na população em geral.

Por sua vez, os estudos de Nordt, Rössler e Lauber (2006) mostraram que psiquiatras e psicólogos apresentaram níveis de reconhecimento da depressão major superiores aos restantes profissionais de saúde ou a população em geral estudada, sendo que mesmo reconhecendo a perturbação como doença mental, os profissionais de saúde, apresentaram níveis de desejo de distanciamento social idênticos à população.

2.1.5 - Literacia sobre depressão e adesão ao tratamento farmacológico

A não adesão à medicação é uma das maiores barreiras ao tratamento efetivo das perturbações psiquiátricas crónicas. Dados de alguns estudos, mostram que a taxa de não adesão em situações de psicose, ansiedade e perturbações de humor se situa entre os 24% e os 90%. Mas mais do que estudar possíveis razões demográficas, clínicas ou relacionadas com o tratamento em si próprio, interessam estudar as perspetivas dos doentes. A adesão ou não deverá ser encarada como uma decisão particular alicerçada nos seus conhecimentos sobre benefícios e desvantagens, crenças e circunstâncias pessoais (Grover, Chakrabarti, Sharma & Tyagi, 2014). Percebe-se, portanto que a adesão ou não a um tratamento medicamentoso depende de um variado número de fatores: a perceção da necessidade da sua toma e do seu benefício, a relação entre as suas vantagens e os seus efeitos secundários, o perigo da sua toma e a despesa que acarreta. Estas parecem ser as componentes que sustentam as atitudes das pessoas com doença mental crónica e dos seus cuidadores em relação ao tratamento farmacológico (Grover *et al.,* 2014).

Já foi referido anteriormente que o género feminino apresenta uma maior escolha do tratamento medicamentoso em situação de depressão (Highet *et al.*,2011), comparativamente ao género masculino, muito embora outros fatores possam concorrer para esta escolha.

Em Portugal e de acordo com o estudo de Loureiro (2013a), numa amostra de jovens e adolescentes ficou patente uma escolha preferencial pelas vitaminas e chás em relação aos antidepressivos numa situação de depressão. Indo ao encontro dos dados de Jorm *et al.,*1997 citado por Yeo *et al.* (2001), os antidepressivos foram vistos como mais prejudiciais do que benéficos, enquanto vitaminas e minerais foram considerados melhores soluções para o tratamento da depressão.

Desta forma, entende-se que apesar do reconhecimento da perturbação, nem sempre o tratamento escolhido é o mais adequado, podendo a escolha do tratamento ser alicerçada em crenças negativas em relação ao tratamento farmacológico.

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

CAPITULO III – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

O presente capítulo pretende dar a conhecer os passos metodológicos adotados durante o estudo. Inicia-se com as questões de investigação e hipóteses, o processo de amostragem e caracterização da amostra estudada, as variáveis em estudo, instrumento de colheita de dados, assim como os procedimentos de colheita de dados e a descrição da análise estatística.
Este estudo é considerado de nível II, descritivo- correlacional.

3.1 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES

Assim, as questões de investigação deste trabalho são:
i) Qual o nível de literacia em saúde mental relativamente à depressão na população adulta, nas componentes de reconhecimento do problema de modo a promover a procura de ajuda; conhecimentos acerca da ajuda profissional e tratamentos disponíveis; conhecimentos acerca da eficácia das estratégias de autoajuda; conhecimentos e competências para prestar apoio e dar a primeira ajuda aos outros; acerca das formas de prevenção das perturbações mentais?
ii) Quais as atitudes das pessoas relativamente ao uso de psicofármacos para o tratamento da depressão?
iii) Qual a relação entre as variáveis de domínio sociodemográfico e de familiaridade com os problemas de saúde mental nas componentes da literacia em saúde mental acerca da depressão?

Decorrentes dos objetivos e questões de investigação, foram colocadas as seguintes hipóteses:
H_1 – O reconhecimento da depressão está associado às variáveis de domínio sócio demográfico e profissional;
H_2 – O reconhecimento da depressão associa-se a comportamentos de procura de ajuda;

H_3 – O reconhecimento da depressão associa-se a conhecimentos sobre profissionais e tratamentos disponíveis;
H_4 – O reconhecimento da depressão associa-se a conhecimentos de estratégias de autoajuda;
H_5 – O reconhecimento da depressão associa-se a conhecimentos de primeira ajuda;
H_6 – O reconhecimento da depressão associa-se a conhecimentos sobre prevenção da depressão;
H_7 – O reconhecimento da depressão influencia as atitudes em relação ao tratamento farmacológico;
H_8 – A familiaridade com a perturbação influencia as atitudes em relação ao tratamento farmacológico;

3 .2 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra deste estudo é de tipo não probabilístico acidental, sendo composta por indivíduos com idades compreendidas entre ≥ 18 e < 65 anos, utentes da USF Salusvida.
A colheita decorreu durante os meses de julho a setembro de 2017.
Ao todo participaram na investigação 106 indivíduos, sendo que apenas foram validados 102 questionários.

3.2.1. **Caracterização da amostra**

A amostra do estudo é constituída por 60.8% de participantes do género feminino e 39.2% do masculino. A média das idades é de 41.75 anos (s = 12.38 anos). Quanto às habilitações literárias verificou-se que maioritariamente a população da amostra possui habilitações literárias ao nível do ensino secundário (33.3%), sendo que os níveis de escolaridade inferior (ensino básico) e superior (mestrado/doutoramento) apresentam a mesma representação (6.9%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição absoluta e percentual das variáveis sociodemográficas (N=102)

Variáveis	n.º	%
Género:		
Masculino	40	39.2
Feminino	62	60.8
Habilitações literárias		
Ensino básico – 1º Ciclo (antiga 4ª classe)	7	6.9
Ensino básico – 2º Ciclo (Ensino preparatório – antigo 6º ano)	7	6.9
Ensino básico – 3º Ciclo – Curso geral dos liceus (9ºano)	22	21.6
Ensino secundário (Curso complementar dos liceus)	34	33.3
Bacharelato/Licenciatura	25	24.5
Mestrado/Doutoramento	7	6.9
Domínio profissional		
Profissional de saúde	15	14.7
Profissional de outra área	87	85.3

3.3 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Na realização deste estudo, foi utilizado o QuALiSMental na versão validada para a população portuguesa (Loureiro, 2014).

As questões do questionário são precedidas pela vinheta seguinte:

> *A Joana tem 33 anos, é casada e tem um filho com 6 anos. Nos últimos dois meses tem-se sentido muito em baixo, sem que motivo o justifique. Acorda de manhã com um peso que permanece ao longo do dia. Não aprecia as coisas que normalmente apreciaria, como brincar com o filho. De facto, nada lhe dá prazer e mesmo quando acontecem coisas boas, não parecem fazê-la feliz. Os seus dias prosseguem, mas tem sido muito difícil. Mesmo as tarefas mais pequenas têm sido difíceis de realizar. Ela diz que lhe é difícil concentrar-se no que quer que seja. Sente-se sem energia e sem força. Embora se sinta cansada, quando chega a noite não consegue adormecer. Sente-se sem valore sem coragem. A sua família tem reparado que ao longo destes dois últimos meses ela mudou enão parece mais a mesma, ao ponto de se ter afastado. A Joana não tem vontade de falar.*

A avaliação da componente **reconhecimento dos problemas e perturbações mentais de modo a promover e facilitar a procura de ajuda**, aparece no questionário, com as seguintes questões: “Na tua opinião, o que é que se passa com a Joana? (Pode assinalar várias respostas).” A possibilidade de respostas consiste em 17 itens, sendo que entre eles existem rótulos de problemas de saúde mental, bem como a possibilidade de escolher “Não sei”, “Não tem nada”, “tem um problema” ou “outro”, devendo neste último caso, especificar qual. A segunda questão diz respeito à intenção de procura de ajuda: “Se estivesse a viver atualmente uma situação como a da Joana, procuraria ajuda?” As opções de resposta dividem-se em “Sim, não e não sei”. Por último, avaliando as barreiras à procura dessa ajuda, surge a questão: “O que a impediria de pedir ajuda?” Podendo assinalar várias respostas entre as seguintes: “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."

Para a componente **conhecimento sobre os profissionais e tratamentos disponíveis** foram colocadas duas questões. A primeira questão corresponde a: "Existem diferentes pessoas e profissionais de saúde que poderão ajudar a Joana. Assinala para cada um a tua opinião." Para cada um dos 10 itens descritos, o participante assinalava uma resposta entre "Útil, Prejudicial, Nem uma coisa nem outra, Não sei". As respostas possíveis são: médico de família, professor, psicólogo, enfermeiro, assistente social, psiquiatra, serviço telefónico de aconselhamento, familiar próximo, amigo significativo e resolver sozinho os seus problemas.

A segunda questão é: "Dos seguintes medicamentos/ produtos quais, na sua opinião, seriam úteis ou poderão ajudar a Joana/Rita". Dos seis itens de opção, para cada um, é assinalada uma resposta entre "Útil, Prejudicial, Nem uma coisa nem outra, Não sei". Os itens de resposta são: vitaminas, chás, tranquilizantes/calmantes, antidepressivos, antipsicóticos, comprimidos para dormir.

Para dar resposta à componente de **conhecimento sobre estratégias de autoajuda eficazes** foi colocada a seguinte questão: "Existem diferentes atividades que poderão ajudar a Joana. Assinale para cada um a sua opinião."

Os 12 itens, com formato de resposta útil, prejudicial, nem uma coisa nem outra e não sei referem-se às atividades de: fazer exercício físico; praticar treino de relaxamento, praticar meditação; fazer acupuntura; levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol; fazer terapia com um profissional especializado; consultar um *site* que contenha informação sobre o problema; ler um livro de autoajuda sobre o problema; juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas similares; procurar ajuda especializada de saúde mental; utilizar bebidas alcoólicas para relaxar; fumar para relaxar.

A componente **conhecimento e competências para prestar apoio e dar a primeira ajuda** aos outros é avaliada através das respostas à seguinte questão: "São apresentadas de seguida diferentes opções que podias utilizar para ajudar a Joana. Assinale para cada uma a sua opinião".

Os 10 itens com formato de resposta útil, prejudicial, nem uma coisa nem outra e não sei referem-se a: ouvir os seus problemas de forma compreensiva; dizer-lhe com firmeza para andar para a frente; sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde

especializado; marcar uma consulta no médico de família com o seu conhecimento; perguntar se tem tendências suicidas; sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas; reunir o grupo de amigos para a animar; não valorizar o seu problema, ignorando-a até que se sinta melhor; mantê-la ocupada para que não pense tanto nos seus problemas; incentivá-la a praticar exercício físico.

A última componente da LSM que surge no QuALiSMental refere-se ao **conhecimento acerca do modo de prevenção perturbações mentais** e é avaliada pelo formato de resposta sim, não e não sei, á questão "Acha que o risco de desenvolver uma situação como a da Joana reduziria se os jovens: praticassem exercício físico; evitassem situações geradoras de stresse; mantivessem o contacto regular com amigos; mantivessem o contacto regular com a família; não utilizassem drogas; não bebessem bebidas alcoólicas; praticassem atividades relaxantes regularmente, tivessem uma crença religiosa ou espiritual."

Relativamente às **crenças sobre os psicofármacos**, nomeadamente os antidepressivos, foram avaliadas através de uma escala composta por 18 itens em formato de resposta Likert de 1 (Concordo plenamente) a 5 (Discordo totalmente) pontos.

3.3.1. Estudo de validade do ICSP (Inventário de Crenças sobre os Psicofármacos)

Relativamente ao Inventário de Crenças sobre os Psicofármacos, como se pode observar, da análise fatorial resultou uma solução com três fatores que explicam na totalidade 54.66% da variância explicada. O primeiro fator agrega 10 itens como se pode observar da tabela e explica 25.04%. No segundo fator estão os itens 1, 2 e 14 e explica 15.06% da variância e no terceiro estão os itens 3, 4, 5, 6, 7 e explica 11.56% da variância. De acordo com a leitura dos dados, o primeiro fator foi designado de visão pessimista e agrega os itens 8,9,10,11,12,13,15,16,17 e 18 o segundo de visão positiva e o terceiro de visão de aceitação em relação aos psicofármacos (nomeadamente aos antidepressivos).

Relativamente à análise de consistência interna por fator, como se pode ver todos os valores encontrados são bons (0.87) e aceitáveis (0.60), pelo que abonam em nome do instrumento.

Tabela 2 - Pesos fatoriais de cada item nos três fatores retidos, incluindo valores próprios, % de variação explicada, após uma AFE com extração de fatores pelo Método das Componentes Principais, seguido de rotação Varimax (N=102). Incluindo medida de consistência interna – alfa de Cronbach por fator

	1	2	3
1. São a melhor maneira de tratar a doença*;		,847	
2. Têm mais benefícios que riscos*;		,755	
3. Não resolvem o problema, mas ajudam a ultrapassá-lo;			,606
4. Têm efeitos secundários, a pessoa pode "conviver" com eles;			,672
5. Tomar medicamentos e ir a consultas regularmente ajuda muito no			,653
6. Podem prevenir recaídas;			,514
7. Criam um elevado risco de dependência;			,579
8 -São prejudiciais, porque são químicos que não são naturais;	,461		
9. Servem apenas para acalmar a pessoa;	,680		
10. A longo prazo são piores que a doença;	,719		
11. Podem alterar a temperatura corporal;	,572		
12. Fazem as pessoas ficar, por exemplo, "babadas", sem reação;	,603		
13. São muito caros;	,530		
14. Podem não ser usados porque existem outras formas de tratar a depressão;		,509	
15. Fazem as pessoas perder a sua capacidade de resposta;	,647		
16. Tornam as pessoas nervosas e irritadas facilmente;	,707		
17. Fazem com que as pessoas tenham menos vontade de trabalhar;	,802		
18. Devemos tomar quanto menos melhor, inclusive se forem receitados.	,596		
Valores próprios	4.51	2.71	2.08
% de variação explicada	25.04	15.06	11.56
Alpha de Cronbach	0,87	0,65	,060

3.4 – PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A versão definitiva do QuALiSMental foi submetida à Comissão de Ética da ARS Centro a solicitar autorização para ser administrado no local de trabalho da investigadora (USF Salusvida – C.S. Cantanhede), sendo este parecer positivo (ANEXO II).

A colheita de dados foi realizada durante os meses de julho, agosto e setembro de 2017, respeitando as normas do consentimento informado que todos os participantes assinaram.

3.5 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso ao programa IBM SPSS, versão 23. Recorreu-se ao cálculo das medidas resumo adequadas (média e desvio padrão), bem como às distribuições de frequências absolutas e percentuais. Em termos de estatística inferencial, calcularam-se os intervalos de confiança para a proporção (utilizando um nível de confiança de 95%) e regressões logísticas binárias. Para o estudo da validade de construto recorremos à utilização da Análise Fatorial em Componentes Principais com rotações ortogonais VARIMAX e ao cálculo do coeficiente de consistência interna - Alpha de Cronbach, para o estudo da fiabilidade.

CAPÍTULO IV - RESULTADOS

4.1 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo inicia-se com a apresentação dos dados obtidos neste estudo, de acordo com a ordem e linha metodológica definida inicialmente, especificamente as questões de investigação. Posteriormente far-se-á a discussão dos resultados tendo por base o confronto dos resultados com o quadro de referência apresentado e algumas comparações com outros estudos.

Assim e de modo a dar resposta à questão, "Qual o nível de literacia em saúde mental relativamente à depressão numa população adulta?, nas componentes de reconhecimento do problema de modo a promover a procura de ajuda, conhecimentos acerca da ajuda profissional e tratamentos disponíveis, conhecimentos acerca da eficácia das estratégias de autoajuda, conhecimentos e competências para prestar apoio e dar a primeira ajuda aos outros, acerca das formas de prevenção das perturbações mentais, procedeu-se ao cálculo das estatísticas adequadas (distribuições absolutas e frequências) por componente, que se apresentam de seguida.

Apresentar-se-ão depois os resultados encontrados referente às atitudes da amostra em relação aos psicofármacos.

4.1.1 - Qual o nível de literacia em saúde mental relativamente à depressão na população adulta de acordo com as suas componentes

a) Reconhecimento da perturbação e pedido de ajuda

O reconhecimento das perturbações constitui a primeira componente do conceito de literacia em saúde mental.

Como podemos observar na Tabela 3, a opção *depressão* foi a mais escolhida (86.3%), seguida de *problemas psicológicos/mentais/emocionais* (39.2%), *stresse* (33.3%) e a opção *tem um problema* (21.6%). São ainda de assinalar os valores obtidos para o rótulo *esgotamento nervoso* (14.7%) e *doença mental* (14.7%).

Tabela 3 - Distribuição absoluta e percentual dos rótulos assinalados na componente de reconhecimento do problema/perturbação mental (N=102)

	n.º	%
Não sei	5	4.9
Nada	2	2.0
Depressão	88	86.3
Esquizofrenia	1	2.0
Doença mental	15	14.7
Stresse	34	33.3
Esgotamento nervoso	15	14.7
Crise idade	2	2.0
Problemas Psicológicos/mentais/Emocionais	40	39.2
Problema	22	21.6

Quando os participantes foram questionados sobre aquilo que consideram que os impediria de pedir ajuda profissional, ou se quisermos, as barreiras que identificam à procura de ajuda em saúde mental, observa-se (tabela 4) que os itens com maiores frequências absolutas, foram respetivamente, *pensar que nada poderá ajudar* (44.0%), se *muito tímido, sentir vergonha* (34.1%), *pensar que a pessoa não valoriza o que eu digo* (33.0%) e *pensar que o tratamento tem efeitos secundários* (30.8%). As opções menos referidas foram *pensar que a pessoa possa vir a contar a outras pessoas* e *pensar o que a pessoa possa vir a pensar de mim*.

Tabela 4 - Distribuição absoluta e percentual dos rótulos assinalados para as barreiras à procura de ajuda (N=102)

Itens relativos às barreiras	n.º	%
Pensar que a pessoa fica com uma opinião negativa sobre mim	18	19.8
Pensar que a pessoa não valoriza o que eu digo	30	33.0
Pensar que a pessoa possa vir a contar a outras pessoas	9	9.9
Pensar o que a pessoa possa vir a pensar sobre mim	9	9.9
Pensar que nada me poderá ajudar	40	44.0
Pensar que se poderá saber que estou a ter ajuda de um….	11	12.1
Pensar que poderei ter dificuldades em aceder a essa…	12	13.2
Pensar que o tratamento tem efeitos secundários	28	30.8
Ser muito tímido, sentir vergonha	31	34.1

b) Conhecimentos acerca da ajuda profissional e tratamentos disponíveis

Para caracterizar o conhecimento dos participantes na componente relativa à ajuda profissional e tratamentos disponíveis foram colocadas duas questões, uma referente às diferentes pessoas/profissionais aptos para ajudar e outra referente aos medicamentos e alguns produtos que pudessem ter alguma utilidade no tratamento. Para as duas questões era solicitado aos participantes que classificassem cada uma das opções em *útil, prejudicial, nem uma coisa nem outra* ou *não sei*. Na análise dos

dados considerou-se na mesma categoria as respostas neutras (*nem uma coisa nem outra* e *não sei*), sendo que aqui serão abordadas apenas as respostas assinaladas como úteis.

Relativamente às pessoas/profissionais que poderiam ser úteis a escolha privilegiada foi o *psicólogo* (89.1%), seguido de *médico de família* (83.2%) e depois o *psiquiatra* com 81.4%. Em termos de ajuda informal, um *amigo significativo* surge com 81.2% e um *familiar próximo* com 68.3%.

No que respeita à utilidade dos medicamentos/produtos no tratamento da depressão, os participantes consideraram úteis, por ordem decrescente de importância, os *antidepressivos* (52.5%), *vitaminas* (44.6%), *chás"* (35.6%), sendo que os *comprimidos para dormir* se situaram nos 29.4%.

Tabela 5 - Distribuição absoluta e percentual das respostas assinaladas como "úteis", na componente de profissionais/pessoas que podem ajudar e medicamentos/produtos (N=102)

Itens relativos às pessoas/profissionais e produtos/medicamentos	n.º	%
Um médico de família	84	83.2
Um psicólogo	90	89.1
Um enfermeiro	64	63.4
Um assistente social	27	26.7
Um psiquiatra	82	81.2
Um serviço telefónico de aconselhamento	39	38.6
Um familiar próximo	69	68.3
Um amigo significativo	82	81.2
Resolver sozinha os seus problemas	4	4.0
Vitaminas	45	44.6
Chás (Exs. Camomila ou Hipericão)	36	35.6
Tranquilizantes/Calmantes	32	31.7
Antidepressivos	53	52.5
Antipsicóticos	9	8.9
Comprimidos para dormir	30	29.7

c) Conhecimentos acerca da eficácia das estratégias de autoajuda

No conhecimento acerca das estratégias que cada indivíduo pode realizar/desenvolver com o objetivo de melhorar a sua saúde mental, e que constitui uma das componentes da literacia em saúde mental, observa-se que os participantes atribuem maior utilidade à *prática de exercício físico* (88.8%), seguido do *fazer terapia com um profissional especializado* (85.3%), sendo que a *procura de ajuda especializada de saúde mental* é percecionada como *útil* por 80.4% e *praticar treino de relaxamento* por 79.4% (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição absoluta e percentual das respostas assinaladas como "úteis" na componente de *conhecimento sobre a eficácia das estratégias de autoajuda* (N=102)

Itens relativos estratégias de autoajuda	n.º	%
Fazer exercício físico	90	88.0
Praticar treino de relaxamento	81	79.4
Praticar meditação	69	67.6
Fazer acupunctura	40	39.2
Levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol	55	53.9
Fazer terapia com um profissional especializado	87	85.3
Consultar um site que contenha informação sobre o problema	22	21.6
Ler um livro de autoajuda sobre o problema	41	40.2
Juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas similares	51	50.1
Procurar ajuda especializada de saúde mental	82	80.4
Utilizar bebidas alcoólicas para relaxar	---	0,00
Fumar para relaxar	---	0.00

d) Conhecimentos e competências para prestar apoio e dar a primeira ajuda aos outros

Relativamente a esta componente, observa-se que "*ouvir os seus problemas de forma compreensiva"* foi a estratégia de ajuda considerada mais útil (96.0%), seguida do "s*ugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado"* (92.1%), "*incentivá-la a praticar exercício físico"* com 87.1% e "*marcar uma consulta no médico de família com o seu conhecimento"* (73.3%). Realça-se que o "*não valorizar o seu problema, ignorando-a até que se sinta melhor*" foi a opção considerada menos útil (0.01%).

Tabela 7 - Distribuição absoluta e percentual das respostas assinaladas como "úteis" na componente de *Conhecimentos e competências para prestar apoio e dar a primeira ajuda aos outros* (N=102)

Itens relativos aos conhecimento e competências	n.º	%
Ouvir os seus problemas de forma compreensiva	97	96.0
Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente	53	52.5
Sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado	93	92.1
Marcar uma consulta no Médico de Família com o seu conhecimento	74	73.3
Perguntar se tem tendências suicidas	25	24.8
Reunir o grupo de amigos para a animar	70	69.3
Não valorizar o seu problema, ignorando-a até que se sinta melhor	1	0.01
Mantê-la ocupada para que não pense tanto nos seus problemas	64	63.4
Incentivá-la a praticar exercício físico	88	87.1

e) Conhecimentos acerca das formas de prevenção das perturbações mentais

Esta componente da literacia sobre a depressão foi avaliada através da questão 8, que questionava os participantes sobre se achavam que o risco de desenvolvimento de uma situação como a descrita na vinheta reduziria se a Joana desenvolvesse algumas atividades no seu dia a dia. Os participantes tinham como opção de resposta o *Sim, Não* ou o *Não sei*.

Como se pode observar na Tabela 8, o "m*anter o contacto regular com a família"* foi a opção mais escolhida (85.3%), de seguida a "*prática de exercício físico* e de *atividades relaxantes"* aparecem como segundas estratégias de prevenção (83.3%). Depois o "e*vitar situações geradoras de stresse"* e o "*manter o contacto regular com amigos"*, ambos com 81.4%. A opção considerada com menor importância na prevenção da depressão foi "*ter uma crença religiosa ou espiritual* "(29.4%).

Tabela 8 - Distribuição absoluta e percentual das respostas "sim" na componente *de conhecimentos acerca do modo de prevenção das perturbações mentais* (N=102)

Itens relativos à vinheta da depressão	n.º	%
Praticassem exercício físico	85	83.3
Evitassem situações geradoras de stresse	83	81.4
Mantivessem o contacto regular com amigos	83	81.4
Mantivessem o contacto regular com a família	87	85.3
Não utilizassem drogas	79	77.5
Não bebessem bebidas alcoólicas	75	73.5
Praticassem atividades relaxantes regularmente	85	83.3
Tivessem uma crença religiosa ou espiritual	30	29.4

4.1.2 - Atitudes das pessoas relativamente ao uso de psicofármacos no tratamento da depressão

Relativamente à questão das atitudes das pessoas relativamente ao uso de psicofármacos para o tratamento da depressão, foram calculadas as estatísticas resumo para cada um dos fatores do inventário, conforme apresentado na tabela 9.

Como podemos observar a média com valor mais elevado situa-se na atitude neutral ($\bar{x} = 3.68$; s=0.50), seguido da atitude de recusa/evitamento ($\bar{x} = 3.08$; s=0.71) e atitude negativa ($\bar{x} = 3.05$; s=63).

Tabela 9 – Estatísticas resumo dos fatores do IAAPF (N=102)

Fatores:	Mínimo	Máximo	Média	s
Atitude de recusa/evitamento	1.67	4.67	3.08	.71
Atitude neutral	2.40	4.80	3.68	.50
Atitude negativa	1.40	4.60	3.05	.63

Em relação à familiaridade com a depressão e com os psicofármacos, quando questionados se já tinham recorrido ao médico ou outro profissional por causa de um problema idêntico/similar ao da Joana e se lhe tinham sido prescritos medicamentos, observa-se (Tabela 10) que:

Tabela 10 - Distribuição absoluta e percentual das respostas à familiaridade com depressão e com a medicação

Variáveis	n.º	%
Já recorreu a algum médico ou outro profissional...:		
Sim	28	27,5
Não	74	72.5
Se sim, foi-lhe prescrita alguma medicação?		
Sim	27	6.9
Não	16	6.9

4.1.3 - Relação entre literacia em saúde mental, atitudes perante a medicação e familiaridade com a doença mental e psicofármacos

No sentido de dar resposta à última questão de investigação de investigação, foram colocadas diferentes hipóteses, que foram avaliadas com recurso a diversas análises de regressão logística binária. Os resultados serão apresentados de acordo com a ordem das hipóteses de investigação apresentadas na metodologia.

Relativamente à hipótese que prevê que *o reconhecimento da depressão está associado às variáveis de domínio sócio demográfico e profissional*, os resultados são-nos apresentados na Tabela 11.

Como se pode observar nenhum dos coeficientes apresenta significado estatístico (p>0,05), concluindo-se que nenhum das variáveis selecionadas é preditora do reconhecimento da depressão.

Tabela 11 - Coeficientes *Logit* do modelo de regressão logística da variável "reconhecimento" em função das variáveis sociodemográficas (N=102)

					IC 95% EXP(B)	
Variáveis	B	*E.P.*	χ^2 Wald#	Exp(B)	Inferior	Superior
Habilitações literárias	,133	,318	,175	1,142	,612	2,133
Género	,239	,468	,260	1,270	,507	3,180
Idade	-,030	,020	2,119	,971	,933	1,010
Profissão	-,929	,876	1,125	,395	,071	2,200
Constante	3,357	2,599	1,669	28,712		

Na hipótese que prevê que *o reconhecimento da depressão esteja associado aos comportamentos de procura de ajuda*, a Tabela 12 revela, pelo teste de qui quadrado, que as variáveis não se encontram associadas ($\chi^2_{(1)}$ = 0.480; p = 0.488).

Tabela 12 – Distribuição das respostas à intenção de procura de ajuda em função do reconhecimento. Inclui teste do qui quadrado

	Se estivesse a viver atualmente uma situação como a da Joana, procurarias ajuda?	
Reconhecimento	sim	Não
reconhece	59	15
não reconhece	24	4
Total	83	19

$\chi^2_{(1)}$ =0,480; p=0,488

Na hipótese que refere que *o reconhecimento da depressão se associa a conhecimentos de primeira ajuda*, recorreu-se à análise de regressão binária que revelou que nenhum dos preditores entra no modelo com significado estatístico (p>0.05).

Tabela 13 - Coeficientes *Logit* do modelo de regressão logística da variável "reconhecimento" em função das estratégias de primeira ajuda (N=102)

Variáveis	B	*E.P.*	χ^2 Wald	p	Exp(B)	IC 95% EXP(B) Inferior	Superior
Ouvir os seus problemas…	,969	1,301	,555	,456	2,635	,206	33,722
Dizer-lhe com firmeza para	-,118	,509	,054	,817	,889	,328	2,411
Sugerir que procure ajuda...	,227	,854	,071	,790	1,255	,236	6,685
Marcar uma consulta no Médico	-,123	,594	,043	,836	,884	,276	2,833
Perguntar se tem tendências	,327	,560	,341	,560	1,387	,463	4,157
Reunir o grupo de amigos	-,221	,595	,139	,710	,801	,250	2,571
Mantê-la ocupada para que	-,855	,557	2,355	,125	,425	,143	1,268
Incentivá-la a praticar exercício	,186	,901	,043	,836	1,205	,206	7,039
Constante	,496	1,049	,224	,636	1,643		

Na hipótese de que *o reconhecimento da depressão se associa a conhecimentos sobre profissionais e tratamentos disponíveis*, a análise de regressão logística revelou que apenas o psiquiatra (p<0.05) e comprimidos para dormir (p.0,05) têm significado estatístico, com OR=4.238 no primeiro caso e OR=.275.

Tabela 14 - Coeficientes *Logit* do modelo de regressão logística da variável "reconhecimento" em função das estratégias de primeira ajuda (N=102)

Variáveis	B	*E.P.*	χ^2 Wald	p	Exp(B)	IC 95% EXP(B) Inferior	Superior
Um médico de família	-,334	,710	,222	,637	,716	,178	2,876
Um psicólogo	,127	,858	,022	,882	1,136	,211	6,107
Um enfermeiro	,618	,597	1,071	,301	1,855	,576	5,977
Um assistente social	,089	,651	,019	,891	1,093	,305	3,919
Um psiquiatra	1,444	,734	3,875	**,049**	4,238	1,006	17,845
Um serviço telefónico de …..	-,642	,583	1,211	,271	,526	,168	1,651
Um familiar próximo	,472	,709	,443	,506	1,603	,399	6,439
Um amigo significativo	-,819	,919	,795	,372	,441	,073	2,668
Resolver sozinha os seus …..	-,342	1,211	,080	,778	,710	,066	7,621
Vitaminas	,200	,534	,140	,709	1,221	,429	3,477
Chás (Exs.: Camomila ou …..	,106	,594	,032	,859	1,111	,347	3,561
Tranquilizantes/Calmantes	-,466	,619	,566	,452	,628	,187	2,111
Antidepressivos	1,114	,641	3,021	,082	3,048	,867	10,709
Anti -psicóticos	-,903	,905	,997	,318	,405	,069	2,386
Comprimidos para dormir	-1,290	,656	3,866	**,049**	,275	,076	,996
Constante	,259	,842	,095	,758	1,296		

Na hipótese que refere que *o reconhecimento da depressão se associa a conhecimentos de estratégias de autoajuda*, nenhum dos preditores apresenta significado estatístico (p>0.05).

Tabela 15 - Coeficientes *Logit* do modelo de regressão logística da variável "reconhecimento" em função das estratégias de primeira ajuda (N=102)

Variáveis	B	*E.P.*	χ^2 Wald	p	Exp(B)	IC 95% EXP(B) Inferior	IC 95% EXP(B) Superior
Fazer exercício físico	,786	,814	,933	,334	2,195	,445	10,819
Praticar treino de relaxamento	-,396	,739	,287	,592	,673	,158	2,865
Praticar meditação	,631	,665	,901	,342	1,879	,511	6,915
Fazer acupunctura	,178	,574	,097	,756	1,195	,388	3,681
Levantar-se cedo todas as (…)	,072	,538	,018	,893	1,075	,374	3,085
Fazer terapia profissional (…)	,029	,718	,002	,968	1,029	,252	4,205
Consultar site informação (…)	,319	,730	,191	,662	1,376	,329	5,751
Ler livro autoajuda sobre (…)	,101	,647	,024	,876	1,106	,311	3,934
Juntar-se grupo apoio (…)	,048	,559	,007	,932	1,049	,351	3,136
Procurar ajuda especializada(…)	-,596	,694	,737	,391	,551	,141	2,149
Constante	,420	,770	,298	,585	1,522		

No que concerne à hipótese de que *o reconhecimento da depressão se associa a conhecimentos sobre prevenção da depressão*, observa-se que nenhum dos preditores tem significado estatístico (p>0.05).

Tabela 16 - Coeficientes *Logit* do modelo de regressão logística da variável "reconhecimento" em função das estratégias de prevenção (N=102)

Variáveis	B	*E.P.*	χ^2 Wald	p	Exp(B)	IC 95% EXP(B) Inferior	IC 95% EXP(B) Superior
Praticar exercício físico	,056	,720	,006	,938	1,058	,258	4,337
Evitar situações (…) stress	-,738	,695	1,128	,288	,478	,122	1,867
Manter contato (…) amigos	-,337	1,110	,092	,761	,714	,081	6,281
Manter contacto (…) família	,231	1,024	,051	,821	1,260	,169	9,378
Praticar atividades relaxantes …	,194	,714	,074	,786	1,214	,300	4,915
Ter crença religiosa/espiritual	-,814	,520	2,448	,118	,443	,160	1,228
Constante	1,747	,870	4,035	,045	5,738		

Relativamente à hipótese que refere que *o reconhecimento da depressão influencia as atitudes em relação ao tratamento com psicofármacos*, o teste *t* não mostrou diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos fatores (p>0.05).

Tabela17 – Resultados da aplicação do teste *t* às dimensões do ISPP em função do reconhecimento

	Reconhecimento	n.º	$\bar{x}$	s	t	*p*
Atitude recusa/evitamento	Não reconhece	28	2,93	,71	-1,322	,189
	Reconhece	74	3,14	,70		
Atitude neutralidade	Não reconhece	28	3,75	,55	,886	,378
	Reconhece	74	3,65	,48		
Atitude negativa	Não reconhece	28	3,08	,63	,251	,802
	Reconhece	74	3,04	,64		

Na hipótese que refere que *a familiaridade com a perturbação influencia as atitudes em relação ao tratamento farmacológico,* o teste apenas mostrou diferenças significativas no fator de atitude de neutralidade (t=2.071; p=0.041).

Tabela 18 – Resultados da aplicação do teste *t* às dimensões do ISPP em função do reconhecimento

	Familiaridade	n.º	$\bar{x}$	s	t	*p*
Atitude recusa/evitamento	Sim	28	3,00	,67	-,687	,493
	Não	74	3,11	,72		
Atitude neutralidade	Sim	28	3,84	,44	2,071	,041
	Não	74	3,62	,51		
Atitude negativa	Sim	28	3,11	,72	,602	,549
	Não	74	3,03	,60		

4.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados do estudo há necessidade de os analisar de acordo com a evidência científica já produzida.

Como já foi referido, as perturbações mentais são comuns entre a população e como já foi referido anteriormente, cerca de 27% da população na Europa sofre de alguma perturbação mental a cada ano (Wittchen *et al.* (2011) citados por Svensson e Hansson, (2016). Em Portugal, de acordo com o 1º Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Caldas de Almeida & Xavier, 2013), o país apresenta uma prevalência anual na ordem dos 22.9% de perturbações psiquiátricas na idade adulta, tais dados não diferem demasiado dos do presente estudo na medida em que 27.5% dos participantes admitiram já ter recorrido a ajuda médica em situação idêntica à da vinheta apresentada.

Relativamente ao **reconhecimento dos problemas e perturbações mentais de modo a promover e facilitar a procura de ajuda,** o nível de reconhecimento da depressão encontrado na amostra poder-se-á considerar elevado (72.5%). Este resultado assemelha-se ao de trabalhos como os de Reavley e Jorm (2011) e CAMIMH (2007), em que os níveis de reconhecimento da depressão se situaram nos 75% e 79% respetivamente.

Dada a constituição da amostra ser maioritariamente feminina poder-se – á aceitar que tal nível de reconhecimento poderá estar associado ao facto de a depressão ser uma perturbação com uma prevalência elevada na população portuguesa (7.9%), mormente no género feminino, atingindo o seu pico na idade adulta (DGS, 2017).

No estudo de Amarasuriya *et al. (*2015), o reconhecimento da depressão apresentou-se maior no género feminino, contudo, nos resultados encontrados, a diferença do reconhecimento da depressão entre géneros não se mostrou estatisticamente significativa. Já nos trabalhos de Connery e Davidson (2006) se encontraram relações diferentes ao longo da idade em homens e mulheres relativamente ao reconhecimento, atitudes, familiaridade e tratamento da depressão o que poderá também ter acontecido

neste estudo, pois o intervalo etário foi abrangente, envolvendo pessoas com diversos contextos e desempenhos sociais.

Em sentido oposto aos dados de Suhail (2005) citado por Loo e Furnham (2013), em que deter níveis de educação mais elevados foi preditor de um reconhecimento correto da depressão, na amostra estudada não se revelaram diferenças estatisticamente valorizáveis entre os diferentes níveis de educação.

Relativamente à área profissional, nos estudos de Nordt *et al. (*2006), os profissionais de saúde reconheceram melhor perturbações como a depressão ou a esquizofrenia do que a população em geral, no nosso trabalho essa diferença não se revelou estatisticamente significativa em relação ao cenário apresentado.

Embora o rótulo "Depressão" tenha sido o mais selecionado, analisaram-se também os rótulos: "Doença mental", "Problemas Psicológicos/mentais/emocionais", "Stresse" e "Tem um problema"), que ao aparecerem juntamente com a referência "Depressão" poderiam facilitar a procura de ajuda. De entre eles, os "Problemas psicológicos/mentais e emocionais" registaram a maior escolha (39.2%) e a "Doença mental" a menor (14.7%). Este último dado, poderá relacionar-se com alguma desvalorização/banalização do uso do termo depressão, muitas vezes, utilizado como sinónimo de tristeza ou mal-estar passageiro e contextual, não lhe sendo atribuído o valor de perturbação real da saúde.

Na mesma percentagem que o rótulo "Doença mental" manifestou-se a referência ao rótulo "Esgotamento nervoso" que, de acordo com Loureiro *et al*. (2013), continua a ser um termo inespecífico, que carateriza a quase totalidade das alterações de saúde mental, mas não é específico de nenhum problema em particular.

Assim, o reconhecimento da perturbação não pode considerar-se numa mera detenção de conhecimentos, o verdadeiro reconhecimento da perturbação deve traduzir comportamentos de gestão e prevenção em si e no outro (Jorm, 2014) e assim revelar bons níveis de LSM. Uma reduzida LSM poderá impedir o reconhecimento precoce da depressão, prejudicar a procura de ajuda e daí o acesso ao tratamento profissional adequado, assim como contribuir para a continuação do estigma em relação aos indivíduos que sofrem desta perturbação (Loureiro *et al.*, 2012).

Quanto à hipótese 1: "O reconhecimento da depressão está associado às variáveis de domínio sócio demográfico e profissional" não foram encontrados dados que a suportem.

Com os resultados obtidos verificámos que a maioria da população em estudo, independentemente de reconhecer a perturbação, demonstrou a intenção de procurar ajuda num cenário idêntico ao apresentado na vinheta (81.4%).

Segundo estudos de Olsson e Kennedy, 2010), o reconhecimento da perturbação poderá estar relacionado com a maior intenção da procura de ajuda, no entanto, na amostra estudada tal relação não se evidenciou. Acrescente-se que dos 74 indivíduos que reconheceram a perturbação cerca de 20,3% referiu que não pediria ajuda. Estas situações deverão ser aquelas que exigem mais atenção dos profissionais de saúde e das campanhas de sensibilização, pois é dado confirmado que o atraso na procura de ajuda tem implicações diretas nos resultados em saúde (Jorm, 2012).

Muitas vezes, a doença mental poderá estar ainda relacionada com crenças de fracas competências sociais e o estigma em seu redor associa-se, muitas vezes, ao medo da discriminação (Loureiro, 2013), tal facto dificultará, decerto, a procura e o pedido de ajuda.

As barreiras à procura de ajuda poderão não ser transversais a qualquer população. Tratando-se de uma amostra inserida num meio rural, com algumas caraterísticas de suburbanidade, foram encontradas algumas barreiras de procura de ajuda, nomeadamente pessoais, atribuídas a comunidades rurais (Hernan *et al.*,2010; Olsson & Kennedy, 2010 como referido por Rosa *et al.*, 2014). A crença de que "nada poderá ajudar", a vergonha/timidez e o receio da não valorização do outro a quem se pede ajuda foram evidentes nas respostas dadas. Estes itens foram também evidentes nos estudos de Loureiro e Abrantes (2014), mas numa população de adolescentes portugueses.

Olsson & Kennedy (2010) citados por Rosa *et al.* (2014), verificaram que a insegurança na ajuda a procurar também se evidenciou como barreira à sua procura. Neste estudo, *"Pensar que o tratamento tem efeitos secundários"* foi também um dos itens mais selecionados, podendo a insegurança em relação ao tratamento dificultar a procura/ pedido de ajuda.

Relativamente à hipótese 2: "O reconhecimento da depressão associa-se a comportamentos de procura de ajuda" também não foram encontrados dados que a confirmem.

Em relação aos conhecimentos acerca da ajuda profissional e tratamentos disponíveis, na investigação australiana *Courting the Blues* de Kelk *et al.* (2009), grande parte dos inquiridos revelou intenção de procurar ajuda junto da família e amigos ou de outras fontes complementares não profissionais como um *personal trainer*, técnico de relaxamento, sacerdote ou naturopata. A escolha do profissional de saúde recaiu apenas em 10% da amostra. No entanto, o mesmo estudo, refere que o profissional mais procurado pelos participantes em situação de sintomatologia compatível com depressão foi o médico de família com uma escolha de 60.6% da amostra. No estudo

Canadiano (CAMIMH, 2007), o tipo de ajuda profissional referido mais frequentemente, para qualquer perturbação, também foi o médico de família. No presente estudo, o profissional sobre o qual recaiu maior crença de utilidade foi o psicólogo (89.1%), enquanto o médico da família foi referenciado por 83.2% dos indivíduos. Um dado a ter em conta foi a escolha do psiquiatra como terceira opção de ajuda profissional, comparativamente ao estudo de Kelk *et al*. (2009) em que este profissional aparece como segunda opção. Noutros estudos com populações de profissionais de saúde (Yeo *et al.,* 2001) o psiquiatra apresentou o maior nível de utilidade na procura de ajuda profissional.

A opção de 81.2% da amostra pelo psiquiatra foi a única que se mostrou preditora do reconhecimento da perturbação. Este dado está em linha com outros estudos (Pedreiro, 2013) em que a importância dada à utilidade do psiquiatra, por adolescentes e jovens, aumenta após a participação num programa promotor de conhecimentos sobre saúde mental, depressão e abuso de álcool.

Pese embora esta relação entre reconhecimento da perturbação e a escolha do psiquiatra como profissional a procurar, na amostra verificou-se o mesmo nível de utilidade atribuída a um amigo significativo. Já no estudo de Loureiro (2012), a preferência pelas fontes de ajuda informais em relação às profissionais foi evidente, embora numa amostra de adolescentes.

Um ponto que poderá servir de reflexão, dada a nossa prática profissional será a escolha do enfermeiro como fonte de ajuda profissional. Esta revelou-se menor que todas as fontes profissionais, exceto o assistente social, e fontes informais, exceto o atendimento telefónico.

Em estudos realizados por Liu *et al.* (2011) que comparam níveis de LSM entre psiquiatras e enfermeiros, concluiu-se que o nível de reconhecimento da depressão foi maior na área da psiquiatria do que da enfermagem. Também Yeo *et al.* (2001) comparando níveis de LSM entre enfermeiros generalistas e especialistas em psiquiatria chegaram a dados que evidenciaram uma maior competência de reconhecimento dos especialistas em relação à depressão. Tendo em conta que o reconhecimento da perturbação deve traduzir comportamentos de gestão e prevenção em si e no outro (Jorm, 2014), o seu comprometimento poderá influenciar o encaminhamento adequado da situação.

Sabendo-se que as atitudes podem influenciar positiva ou negativamente a relação terapêutica e o tratamento da pessoa com perturbação mental (Chang e Kleiman, 2002; Sevigny *et al.* ,1999 citados por Liu *et al*.,2011), o treino e a educação revestem-se de uma grande importância nas atitudes dos profissionais de saúde na abordagem a estas

pessoas (Caldwel e Jorm, 2001 citados pelos mesmos autores). Estes resultados serão interessantes pontos de partida para futuramente se desenvolverem estudos sobre o treino e a educação sobre saúde mental ministrados aos profissionais de enfermagem em Portugal.

O assistente social foi a ajuda profissional que evidenciou menos utilidade, situação que poderá estar relacionada, com a noção de que este profissional atua apenas na resolução de situações de desequilíbrio social ou económico (Loureiro, 2013).

Acrescenta-se ainda que o facto da crença no prejuízo para a pessoa em tentar resolver o seu problema sozinho se mostrou evidente, resultado que poderá relacionar-se com a noção de necessidade de ajuda para a resolução de uma situação que foi reconhecida como perturbação mental.

A opinião da população sobre a medicação para as perturbações mentais não é, geralmente, coincidente com os resultados das investigações farmacológicas realizadas e a opinião dos profissionais de saúde, revelando uma atitude negativa relativamente à psicofarmacologia (Jorm, 2000). Esta atitude negativa em relação aos psicofármacos poderá estar alicerçada no receio da dependência, da falta de energia, dos danos cerebrais e na crença de que os medicamentos aliviam apenas os sintomas e não as causas da doença (Angermeyer *et al.*,1993; Priest *et al.*,1996; Fishcher *et al*.,1999 citados por Jorm, 2000).

No entanto, no neste estudo, o uso de antidepressivos mostrou-se mais útil que qualquer outra opção no tratamento da depressão, diferenciando-se das conclusões de estudos realizados, inclusivamente em Portugal (Loureiro *et al*. (2013a), mas estando em linha com outros estudos como os de Yeo *et al*. (2001), Liu *et al.* (2011 e Reavley e Jorm, 2011). Contudo, tal opção de tratamento não se revelou preditora do reconhecimento da perturbação, sendo os comprimidos para dormir aquela que manifestou essa relação. Aparentemente a população que reconhece a depressão como perturbação mental, manifesta conhecimentos sobre a importância do sono na recuperação da saúde mental.

Ao nível dos outros produtos, a referência aos chás e vitaminas foram também evidentes, sendo que se apresentaram como segunda e terceira escolha, reforçando a crença já estudada de que os remédios naturais são tidos como bastante benéficos pela população em geral (Argermeyer e Matschinger, 1996; Jorm *et al*.,1997 citados por Jorm, 2000).

Quanto à hipótese 3: “O reconhecimento da depressão associa-se a conhecimentos sobre profissionais e tratamentos disponíveis” foram encontrados dados que a

comprovam parcialmente, nomeadamente na escolha do psiquiatra como ajuda profissional e dos comprimidos para dormir como tratamento adequado.

No que concerne aos **conhecimentos acerca da eficácia das estratégias de autoajuda,** segundo estudos realizados na Austrália e no Reino Unido (Rippere, 1979; Parker & Brown, 1982; Jorm *et al*., 1997 referidos por Jorm, 2000) as intervenções de autoajuda são as estratégias mais referidas pela população no que respeita à ajuda em situações de perturbação mental.

De acordo com o mesmo autor, as estratégias de autoajuda mais comummente referidas pela população são o apoio da família e dos amigos, a realização de atividades gratificantes geradoras de prazer, experienciar coisas novas e praticar exercício físico, contudo sabe-se que os seus resultados serão mais positivos em níveis de depressão menos graves.

As conclusões deste estudo apontaram na mesma direção, sendo o exercício físico e o praticar treino de relaxamento, duas das quatro primeiras opções consideradas mais úteis. No entanto, o fazer terapia com profissional especializado e o recorrer a ajuda de saúde mental especializada apresentaram igualmente referências relevantes.

Muito embora, em populações de caraterísticas diferentes, curiosamente, as cinco estratégias tidas como mais eficazes foram idênticas aos resultados do estudo com adolescentes portugueses de Loureiro *et al.* (2013): praticar treino de relaxamento, fazer terapia com um profissional especializado, fazer exercício físico, praticar meditação e procurar ajuda especializada de saúde mental.

Relativamente à prática de exercício físico são vários os estudos que sugerem a sua influência na prevenção e tratamento da depressão (Camacho, Roberts, Lazarus, Kaplan, Cohen, 1991; Cheik *et al.,* 2003; Moraes *et al.,* 2007; Hallgren, 2016). Embora a influência do exercício físico na prevenção da depressão seja complexa e dependente de outras condicionantes, estudos de *follow-up* mostraram associação entre a prática de exercício físico e a diminuição do risco de depressão (Camacho *et al.*, 1991). Também a prática de exercício físico orientado se apresentou com melhores resultados na diminuição dos scores de depressão e ansiedade em estudos mais recentes, em relação à prática de simples atividade física (Cheik *et al.,* 2003).

Se por um lado, se evidenciaram crenças em estratégias que ainda necessitam de mais estudo sobre a sua eficácia (Jorm, 2000), por outro, apareceram sinais de alguma sensibilização para a importância da ajuda profissional. Mais uma vez, nenhuma destas estratégias de autoajuda apresentadas se verificou preditora do reconhecimento da perturbação.

De referir a pouca utilidade atribuída, pela amostra, ao “consultar um site que contenha informação sobre o problema” (21.6%). Sendo a Internet considerada, atualmente, um veículo privilegiado de disseminação de conhecimentos, a eficácia desta estratégia não se manifestou relevante, em sentido oposto aos resultados de outras investigações com populações mais jovens (Pedreiro, 2013).

Perante estes dados devemos ter em conta estudos como o de Espanha (2003) citado por Ferreira, Mendes e Loureiro (2014) em que se revela Portugal como um país em que 50% da sua população não sabe usar a Internet ou precisa de ajuda para o fazer e em que o grupo geracional a partir dos 45 anos é aquele em que se reflete mais esta caraterística. Para além da idade (mais jovens) e do género (as mulheres mais ativas na utilização) outros fatores podem contribuir para um maior recurso a esta ferramenta (Andreassen, 2007 citados por Ferreira *et al.*, 2014). Nos mesmos estudos, destacam-se como fatores influenciadores positivos: o nível superior de educação, a raça caucasiana, a situação de desempregado, o ter recorrido médico de família no último ano, o ser portador de doença crónica ou incapacidade e o avaliar subjetivamente a sua saúde como boa. Dado este vasto conjunto de caraterísticas descrito e não estudado na amostra poderemos apenas referir como razões prováveis da pouca utilidade atribuída à Net: a idade e o nível de habilitações literárias, sendo que a média de idade da amostra ultrapassa os 40 anos e a maioria detém habilitações ao nível do ensino secundário. Outras causas poderão estar relacionadas com a qualidade da informação que poderá estar comprometida nalguns websites de saúde mental (Reavley e Jorm, 2011).

No mesmo sentido dos resultados do estudo de Loureiro *et al.* (2013), o consumo do tabaco e do álcool foi tido como prejudicial, como estratégia de autoajuda em contextos idênticos ao descrito na vinheta.

Relativamente à hipótese 5: “O reconhecimento da depressão associa-se a conhecimentos de primeira ajuda”, nenhum dado encontrado suportou esta hipótese.

A primeira ajuda em saúde mental não se pretende substituir qualquer ajuda profissional ou ter como objetivo o diagnóstico de qualquer perturbação, contudo tem como objetivo promover o reconhecimento de sinais de perturbação ou problema mental e o encaminhamento para a ajuda profissional adequada (Loureiro *et al.,* 2014).

Relativamente aos **conhecimentos e competências para prestar apoio e dar a primeira ajuda aos outros,** neste estudo, algumas das ações de primeira ajuda com maior relevância atribuída pelos participantes foram: ouvir os seus problemas de forma compreensiva, sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado e marcar uma consulta no médico de família com o seu conhecimento. Estas ações são

consistentes com as indicações do programa de primeira ajuda em saúde mental de Kelly *et al.*, 2010 citado por Loureiro *et al*. (2014).

No entanto, algumas diferenças foram encontradas entre a opinião da amostra e a opinião dos profissionais em relação à primeira ajuda em saúde mental. Segundo Jorm, Morgan e Wright (2008), profissionais de saúde consideram ações positivas para além das enumeradas o perguntar se tem tendências suicidas o que coincidiu com a opinião de menos de um quarto da amostra estudada. Este dado encontra-se em linha com os resultados desse mesmo estudo em que jovens e pais, de uma maneira geral não consideram útil fazer-se essa questão, podendo mesmo considera-la prejudicial. De acordo com Loureiro *et al.* (2013) a relutância em perguntar se tem pensamentos suicidas poderá relacionar-se com a crença de que falando à pessoa no suicídio poderá levar a que lhe surjam pensamentos relacionados.

O incentivo à prática de exercício físico é evidenciado por grande parte da amostra, sendo que a sua influência na prevenção e tratamento da depressão já foi referida.

Reunir o grupo de amigos para a animar apresentou-se como quinta opção mais evidente, sendo que, no caso da depressão e segundo o estudo de Liu *et al.,* 2001, entre profissionais de saúde (psiquiatras e enfermeiros) não existe concordância quanto ao prejuízo da pessoa em não sair.

O manter a pessoa ocupada para que não pense tanto nos seus problemas foi também opção para mais de metade da amostra, assim como dizer-lhe com firmeza para andar para a frente. Estas duas estratégias não se mostram facilitadoras da procura de ajuda e daí na opinião dos profissionais não são consideradas como úteis (Jorm *et al.* 2008).

Analisando os dados recolhidos, nenhuma das ações de primeira ajuda foi preditora do reconhecimento da depressão, não se confirmando a hipótese 5: “O reconhecimento da depressão associa-se a conhecimentos de primeira ajuda”.

No que respeita aos **conhecimentos acerca das formas de prevenção das perturbações mentais da população**, existe limitada evidência estudada (Jorm, 2014), sendo que, segundo o mesmo autor, existe um potencial enorme para ações nesta área. Enquanto a área da prevenção da doença física está muito desenvolvida e a população em geral está munida de muita informação sobre comportamentos de prevenção, os fatores que poderão ser modificáveis ao nível da prevenção da doença mental apresentam-se mais complexos (Jorm, 2014).

Apoiando a crença da população dos países ocidentais de que a depressão, tal como a esquizofrenia são causadas pelo contexto social, principalmente pela vivência de acontecimentos stressantes (McKeon & Carrick, 1991; Matschinger & Angermeyer, 1996; Priest *et al*, 1996; Jorm *et al*, 1997*b*; Link *et al.*, 1999 citados por Jorm, 2000), a

amostra estudada apontou como estratégias de prevenção mais úteis o manter contacto com a família, a prática de exercício físico e atividades relaxantes e o evitar situações geradoras de stress como formas de prevenção da perturbação descrita.

Estes resultados estão em consonância com os conselhos de profissionais de saúde que indicam o contacto regular com a família e amigos, a prática de exercício físico, o não consumo de drogas e álcool e o evitar de situações stressantes como medidas de prevenção de perturbações mentais (Schomerus *et al.,* 2008 citados por Loureiro *et al.*, 2013).

A prática de exercício físico é recomendada pelos profissionais de saúde tanto como estratégia de autoajuda como de prevenção da depressão (Loureiro *et al.,* 2013). Como já foi referido a prática do exercício físico diminui o risco de depressão (Camacho *et al*., 1991), assim como contribui para a descida dos scores de depressão e ansiedade em pessoas com mais de 60 anos (Cheik *et al*., 2013). Neste estudo a prática de exercício físico foi considerada útil por mais de três quartos da amostra o que poderá evidenciar algum conhecimento sobre os seus efeitos. Contudo há que ter em conta que a influência do exercício e da atividade física surge em duas direções: a depressão leva à redução da prática de atividades físicas, por outro lado, a atividade física pode coadjuvar a sua prevenção e tratamento em idosos (Moraes *et al.,* 2007). Daí e dado que tal estratégia não se apresentou preditora do reconhecimento da depressão, não poderemos afirmar se existe, na amostra, um verdadeiro conhecimento dos efeitos do exercício físico na saúde mental.

A não utilização de drogas e álcool foram opções tidas como preventivas do surgimento de perturbação mental, ao contrário da crença religiosa ou espiritual que apresentou valores baixos (29.4%) como fator protetor. Também Shidhaye *et al.* (2017) apresentam dados que revelam que crença numa religião não está associada à gravidade da depressão. Outros estudos relacionados com doença física em estádios avançados referem que níveis mais elevados de espiritualidade e religião funcionam como fatores protetores de depressão (Santos *et al*., 2017), e, na literatura, são tidos como mecanismos preventivos de tendências suicidas (Loureiro et al., 2013).

Relativamente á hipótese 6: “O reconhecimento da depressão associa-se a conhecimentos sobre prevenção da depressão”, não se conseguiram dados que a suportem.

Como já foi dito, a não adesão à medicação configura-se comummente como uma barreira para o tratamento a longo prazo das perturbações psiquiátricas. Sabe - se que, dependendo da natureza da perturbação, os níveis de não adesão poderão situar-se entre os 24% e os 90% (Grover, Chakrabarti & Tyagi, 2014). Por seu lado, Sanchez,

Eghaneyan e Trivedi (2016) referem que algumas das barreiras relativas ao tratamento farmacológico da depressão são o medo das propriedades aditivas e nocivas dos antidepressivos, são preocupações em tomar demasiados comprimidos e o estigma relacionado com esse tipo de medicação. Para além das preocupações relacionadas com a medicação per si, Groover *et al*. (2016) acrescentam ainda que as atitudes dos doentes perante a medicação podem ser influenciadas por outros fatores: o *insigth* da doença, as suas crenças de saúde, a relação com o profissional que o acompanha e a atitude da família perante a doença e o conhecimento da mesma.

Neste estudo, em relação ao tratamento farmacológico, constatou-se que a consulta a profissional especializado coincidiu mormente com a prescrição de fármacos, contudo não foi analisada a adesão efetiva a esse tratamento.

Em relação às opções feitas em relação à utilidade de vários produtos/medicamentos os antidepressivos foram a opção mais escolhida, seguida pelas vitaminas e pelos chás. Estudos como o de Amarasuriya *et al.* (2015) concluem que fatores como o género, a disciplina, ano de estudo e a familiaridade com a depressão se associam a níveis diferentes de literacia em saúde mental no que concerne ao reconhecimento da perturbação e crenças sobre tratamentos e profissionais disponíveis. Em sentido oposto, nos resultados encontrados não se encontram, diferenças estatisticamente significativas nas variáveis sociodemográficas. Contudo, Amarasuriya (2015) investiga uma população de jovens, enquanto a população do presente estudo é adulta.

Relativamente à familiaridade com a perturbação e com o tratamento farmacológico os dados evidenciaram relação com a atitude de neutralidade, sendo que aparentemente uma maior familiaridade predispõe a maior aceitação do tratamento farmacológico. No mesmo sentido, no estudo de Jorm e Wright (2008), os dados evidenciaram que o contacto com alguém próximo ou a experiência pessoal de perturbação influenciaria negativamente crenças de fraqueza e de não doença na pessoa. Poder-se-á aceitar que ao acreditar na perturbação como doença poderá influenciar a aceitação do tratamento farmacológico.

Na população estudada houve uma maior tendência para uma atitude de neutralidade em relação ao tratamento farmacológico, embora não se tenha verificado a influência do reconhecimento sobre as atitudes per si. Assim, relativamente à hipótese que refere que *o reconhecimento da depressão influencia as atitudes em relação ao tratamento com psicofármacos*, os dados encontrados não a confirmaram. Estes resultados poderão estar em linha com outros estudos, Galletly, Neaves, Burton, Liu e Denson (2012) em que não se comprovou a relação entre o nível de LSM e a conformidade com tratamento medicamentoso.

CONCLUSÃO

As perturbações mentais surgem cada vez mais como uma realidade presente nos diversos contextos sociais em que vivemos. A evidência científica produzida tem demonstrado que os níveis de LSM são baixos independentemente da população estudada (Chen, Parker, Kua, Jorm, & Loh, 2000, citados por Rosa *et al*., 2014).

É importante que se desenvolvam programas que promovam o aumento da literacia em saúde mental através de intervenções ajustadas à identidade das populações, tendo em conta conhecimentos, crenças e competências nesta área.

Foi neste âmbito que se desenvolveu esta investigação, tentando caraterizar uma população adulta para a qual ainda escasseia evidência científica nacional em relação ao tema.

Perante os dados recolhidos constatámos que aproximadamente três quartos da amostra apresentaram competências a nível do reconhecimento da perturbação depressiva, não se evidenciando diferenças estatisticamente significativas entre género, idade, habilitações literárias ou profissão. Estes dados estão de acordo com estudos de Reavley e Jorm (2011) em relação ao nível de reconhecimento e podem apoiar os de Connery e Davidson (2006) relativamente ao género e idade. Contudo não se encontram na mesma linha de estudos como os de Nordt *et al. (*2006) e Suhail, 2005 citado por Loo e Furnham (2013) relativamente à profissão e às habilitações literárias.

A grande maioria da população estudada manifestou intenção de procurar ajuda em situação idêntica à da vinheta, sem que a intenção de procura de ajuda se apresentasse como preditora do reconhecimento. No entanto, cerca de 20% da amostra, apesar de reconhecer a perturbação referiu não pedir ajuda. Esta não intenção poderá estar alicerçada nas barreiras pessoais à procura de ajuda e na insegurança do tratamento referenciadas tal como nos estudos de Hernan *et al.*,2010 e Olsson & Kennedy, 2010 citados por Rosa *et al.* (2014).

Em relação aos conhecimentos acerca da ajuda profissional e tratamentos disponíveis, o profissional sobre o qual recaiu maior crença de utilidade foi o psicólogo, seguido do médico de família e do psiquiatra. Quanto aos tratamentos disponíveis, os antidepressivos foram eleitos como tratamento mais adequado, em consonância com resultados de Reavley e Jorm (2011). Apesar destes resultados só a escolha do

psiquiatra e dos comprimidos para dormir se apresentaram como verdadeiros preditores do reconhecimento da depressão.

Relativamente às estratégias de autoajuda, a prática de exercício físico, o fazer terapia com um profissional especializado, a procura de ajuda especializada de saúde mental e o praticar treino de relaxamento foram as opções mais apontadas pela amostra. Sendo evidenciadas crenças em estratégias que ainda necessitam de mais estudo sobre a sua eficácia (Jorm, 2000), observaram-se sinais de alguma sensibilização para a importância da ajuda profissional. Nenhuma das estratégias de autoajuda apresentadas se verificou preditora do reconhecimento da perturbação.

Quanto aos conhecimentos e competências para prestar apoio e dar a primeira ajuda ao outro, também nenhuma das opções apresentadas se mostrou preditor do reconhecimento da depressão. Ouvir a pessoa com problemas de forma compreensiva, sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado e marcar uma consulta no médico de família com o seu conhecimento foram das opções consideradas com maior utilidade, estando de acordo com as indicações do programa de primeira ajuda em saúde mental de Kelly *et al.*, 2010 citado por Loureiro *et al*. (2014).

No que respeita aos conhecimentos acerca das formas de prevenção das perturbações mentais, a população estudada indicou como estratégias de prevenção mais úteis: o manter contacto com a família, a prática de exercício físico e atividades relaxantes e o evitar situações geradoras de stress, estando em consonância com a opinião dos profissionais de saúde. Contudo, também no âmbito da prevenção não foram encontrados preditores do reconhecimento da perturbação.

Relativamente às atitudes em relação aos psicofármacos, muito embora os antidepressivos tenham sido escolhidos como melhor tratamento por mais de metade da amostra, esta evidenciou mormente uma atitude de neutralidade em relação à psicofarmacologia, evidenciando uma visão de mera aceitação. Nem o reconhecimento da perturbação, nem as variáveis sociodemográficas foram preditores de qualquer das atitudes em relação a este tipo de medicação. Contudo a familiaridade com a perturbação e os psicofármacos apresentou-se como preditora de atitudes de neutralidade, dando algum suporte à última hipótese do nosso estudo. Ainda assim, tal como Galletly *et al.* (2012), não comprovaram a relação entre o nível de LSM e a conformidade com tratamento medicamentoso, também não o podemos fazer relativamente às atitudes em relação aos psicofármacos com os dados recolhidos.

Face ao exposto anteriormente consideramos que os objetivos e questões de investigação inicialmente levantados foram respondidos, aceitando que os dados

recolhidos poderiam permitir análises mais completas e complexas do ponto de vista da investigação.

Neste estudo podem identificar-se algumas limitações tal como o tamanho da amostra e a fiabilidade de algumas respostas dadas por participantes que manifestaram alguma dificuldade no preenchimento do questionário, nomeadamente nas questões que se apresentaram com mais opções de resposta.

De acordo com os dados obtidos e perante a escassez de investigação em populações adultas em Portugal, sugere-se a realização de mais estudos com amostras mais alargadas em que se aprofunde o conhecimento sobre as razões da não procura de ajuda, apesar do reconhecimento da perturbação, e da resistência/insegurança em relação aos psicofármacos.

Perante as conclusões, entendem-se também como necessárias campanhas/programas de sensibilização, informação/formação sobre LSM dirigidas à população e aos profissionais de saúde de forma a melhorar a saúde mental de todos.

BIBLIOGRAFIA

Amarasuriya, S., Jorm, A., & Reavley, N. (2015). Quantifying and predicting depression literacy of undergraduates: a cross sectional study in Sri Lanka. *BMC Psychiatry*, 1-13. doi: 10.1186/s12888-015-0658-8

Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental - 1º Relatório.* Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. Obtido em 10 de 8 de 2017, de http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf

Caldwell, T., & Jorm, A. (2000). Mental health nurses' beliefs about interventions for schizophrenia and depression: a comparison with psychiatrists and public. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 602-611.

Camacho, T., Roberts, R., Lazarus, N., Kaplan, G., & Chen, R. (1991). Physical activity and depression: evidence from Alameda county study. *American Journal of Epidemiology*, pp. 220-231.

Canadian Alliance on Menthal Ilness and menthal health Literacy: a review of the literature, C. (2007). *Bourget Management Cousulting for the Canadian Alliance on Menthal Illness and menthal health.* Otawa.

Cheik, N., Reis, I., Ventura, M., Tufyk, S., Antunes, H., & Mello, M. (2003). Efeitos do exercício físico e de atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. *Revista Barsileira Ciência e Movimento, 11*, pp. 45-52.

CNRSSM. (2007). *Relatório de plano de ação para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal - 2007-2016.* Lisboa: Ministério da Saúde.

Connery, H., & Davidson, K. (abril de 2006). A Survey of attitudes to depression in the genaral public: A comparasion of age and gender. *Journal of Mental Health, 15*, pp. 179-189. doi:10.1080/09638230600608818

Coppens, E., VanAudenhove, C., Scheerder, G., Arensmanb, E., Coffey, C., Costa, S., . . . Hegerl, U. (2013). Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. *Journal of Affective Disorders*, 1-10. Obtido em 5 de 12 de 2016, de http://www.elsevier.com/locate/jad

Deen, T., & Bridges, A. (2011). Depression literacy: rates and relation to perceived need and mental health service utilization in a rural American sample. *The International Health Electronic Journal of Rual and Remote Health Researh, Eduaction, Pratice and Policy*, 1-13. Obtido em 8 de outubro de 2017, de http://www.rrh.org.au

DGS. (2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns: enquadramento global e nacional e referência de recursos em casos emergentes.* DGS. Obtido de https://www.dgs.pt/.../dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.

DGS, D. G. (2014). *Portugal: Saúde mental em números - 2014.* Programa Nacional de Saúde Mental. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

DGS, D. G. (2016). *Portugal: Saúde mental em números- 2015.* Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Diehl, A., Cordeiro, D., & Laranjeira, R. (maio de 2010). Abuso de cannabis em pacientes com transtornos psiquiátricos: atualização para uma antiga evidência. *Revista Brasileira de Psiquiatria , 32*, pp. 41-45.

Ferreira, R., Mendes, A., & Loureiro, L. (2014). Literacia em e-health: do conceito e modelos conceptuais à sua mensuração e aplicabilidades. *Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde, 8*(Literacia em Saúde Mental: capacitar as pessoas e as comunidades para agir), pp. 121 - 156.

Galletly, C., Neaves, A., Burton, C., Liu, D., & Denson, L. (2012). Evaluating health literacy in people with mental illness using the Test of Functional Health Literacy in Adults. *Nursing Outlook*, pp. 316-321. doi:10.1016/j.outlook.2012.01.003

Gouveia, M. (2012). *Literacia em Saúde Mental de Profissionais de Saúde e População em Geral (Tese de mestrado).* Coimbra.

Grover, S., Chakrabarti, S., Sharma, A., & Tyagi, S. (October - December de 2014). Attitudes toward psychotropic medications among patients with chronic psychiatric disorders and their family caregivers. *Journal of Neurosciences in Rural Practice, 5* (4), pp. 374 - 383.

Guy, S., Sterling, B., Walker, L., & Harrison, T. (2014). Mental health lietracy and postartum depression: A qualitative description of views of lowers income women. *Archives of Psychiatric Nursing*, 256-262.

Hallgren, M., Herring, M., Owen, N., Dunstan, D., Ekblom, O., Helgadottir, B., . . . Forsell, Y. (março de 2016). Exercise, physical activity and sedentary behavior in the treatment of depression: broadening the scientific perspectives and clinical opportunities. *Frontiers in Psychiatry*, pp. 1-5.

Highet, N., Gemmil, A., & Milgrom, J. (2011). Depression in the perinatal period: awareness, attitudes and knowlegde in the Australian population. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, 223-231.

Infarmed - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. (2013). *Psicofármacos: Evolução do consumo em Portugal continental (2000-2012).* Gabinete de Estudos e Projetos. Infarmed. Obtido de http://http://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/psicofarmacos_relatorio2013+%281%29.pdf/3e52568f-7f90-47c8-9903-d128395c73e5

Jorm, A. (2000). Mental health literacy - publc knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 396-401. doi:10.1192/bjp.177.5.396

Jorm, A. (2011). Mental health literacy. Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist, 67*, 231-243.

Jorm, A. (2014). Mental Health Literacy: promoting public action to reduce mental health problems. (U. d.-E. Coimbra, Ed.) pp. 27-39.

Jorm, A. (2015). Why We Need the Concept of “Mental Health". *Health Communication,, 30*(12), pp. 1166-1168. doi:10.1080/10410236.2015.1037423

Jorm, A., & Wright, A. (Jan de 2008). nfluences on young people's stigmatising attitudes towards peers with mental disorders: national survey of young Australians and their parents. *The British Journal of Psychiatry*, pp. 144-149. doi:DOI: 10.1192/bjp.bp.107.039404

Jorm, A., Morgan, A., & Wright, A. (2008). First aid strategies that are helpful to young people developing a mental disorder: beliefs of health professionals compared to young people and parents. *BMC Psychiatry*, pp. 1-10. doi:10.1186/1471-244X-8-42

Kelk, N., Luscombe, G., Medlow, S., & Hickie, I. (2009). *Courting the Blues: Attitudes towards depression in Australian law students and legal practitioners.* University of Sydney, Brain & Mind Research Institute. Camperdown: Brain & Mind Research Institute Monograph.

Liu, W., Gerdtz, M., & Liu, T. (2011). A survey of psychiatrists and "registered nurses" levels of mental health literacy in a Chinese general hospital. *International Nursing Review*, pp. 361- 369.

Loo, P., & Furnham, A. (2013). Knowlegde and beliefs about depression among urban and rural Indian Malaysians. (Routlege, Ed.) *Mental Health, Religion & Culture, 16*, 1009-1029. doi:10.1080/13674676

Loureiro, L. (2013). Barreiras e Determinantes da Intenção de Procura de Ajuda Informal na Depressão. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1*, pp. 733-746.

Loureiro, L. M. (jan./fev./mar. de 2015). Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALiSMental: estudo das propriedades psicométricas. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 79-88. doi:10.12707/RIV14031

Loureiro, L., & Abrantes, A. (2014). Estigma e procura de ajuda em saúde mental. (U. d.-E. Coimbra, Ed.) *Série Monográfica: Educação e Investigação em Saúde, 8*(Literacia em Saúde Mental), pp. 41- 61.

Loureiro, L., Barroso, T., Mendes, A., Rodrigues, M., Oliveira, R., & Oliveira, R. (2013b). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens portugueses sobre abuso de álcool. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 17*, pp. 474-481.

Loureiro, L., Dias, C., & Aragão, R. (dezembro de 2008). Crenças e atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais: Contributos para o estudo das representações sociais da loucura. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 33-44.

Loureiro, L., Jorm, A., Mendes, A., Santos, J., Ferreira, R., & Pedreiro, A. (2013a). Mental health literacy about depression: a survey of portuguese youth. *BioMed Central, 13*(129), pp. 1-8.

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. (S. Vitais, Ed.) *Revista de Investigação em Enfermagem*, pp. 42-48.

Loureiro, L., Rodrigues, M., Santos, J., & Oliveira, R. (2014). Literacia em Saúde - Breve introdução ao conceito. (U. d.-E. Coimbra, Ed.) *Série Monográfica: Educação e Investigação em Saúde, 8*(Literacia em saúde mental), pp. 13-25.

Loureiro, L., Sousa, C., & Gomes, S. (2014). Primeira ajuda em saúde mental- pressupostos e linhas orientadoras de ação. (U. d.-E. Coimbra, Ed.) *Série Monográfica: Educação e Investigação em Saúde, 8*(Literacia em Saúde Mental), pp. 63-77.

Moraes, H., Deslandes, A. F., Pompeu, F., Ribeiro, P., & Lacks, J. (2007). O exercício fisico no trtamento da depressão em idosos: revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria Rio Grande do Sul*, pp. 70-79.

Morgan, A., & Jorm, A. (2009). Self-help strategies that are helpful for sub-threshold depression: A Delphi consensus study. *Journal of affective disorders*, pp. 196–200. doi:10.1016/j.jad.2008.08.004

Nordt, C., Ro¨ssler, W., & Lauber, C. (1 de março de 2006). Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin*, pp. 709–714. doi:10.1093/schbul/sbj065

OMS. (2004). *Global status report on alcohol.* Geneve. Obtido de http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf

OMS, O. M. (2001). *Relatório Mundial da Saúde- Saúde mental:nova concepção, nova esperança.* Lisboa: Direção Geral da Saúde. Obtido em 8 de 10 de 2016, de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf

OMS, O. M. (2008). *Relatório Mundial de Saúde 2008 - Cuidados de Saúde Primários - Agora mais do que nunca.* Lisboa: Alto Comissariado da Saúde - Ministério da Saúde. Obtido em 10 de 8 de 2016, de http://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf

OMS, O. M. (s.d.). *World Health Organization*. Obtido em 10 de 08 de 2017, de World Health Organization: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/

Pedreiro, A. (2013). *Literacia em Saúde Mental de Adolescentes e Jovens sobre depressão e abuso de alcool(Tese de mestrado).* Coimbra.

PNSM, P. n. (2012). *Reatualização dp Plano Nacional de Saúde Mental.* Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Rosa, A., Loureiro, L., & Sousa, C. (2014). Reconhecimento e procura de ajuda em saúde mental: revisão dos estudos realizados em amostras de adolescentes. (U. d.-E. Coimbra, Ed.) *Série Monográfica: Educação e Investigação em Saúde, 8*(Literacia em Saúde Mental), pp. 79-93.

Sanchez, K. E., & Trivedi, M. (2016). Depression Screening and Education: Options to Reduce Barriers to Treatment (DESEO): protocol for an educational intervention study. *BMC Health Services Research , 16*, pp. 1-9. doi:10.1186/s12913-016-1575-3

Santos, P., Júnior, J., Cavalcante, J., Ferreira, T., Filho, J., & Oliveira, S. (2017). Religious coping methods predict depression and qualty of life among end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis: a cross-sectional study. *BMC Nephrology*, pp. 1-8. doi:10.1186/s12882-017-0619-1

Shidhaye, R., Lyngdoh, T., Murhar, V., Samudre, S., & Krafft, T. (2017). Predictors, help-seeking behaviour and threatment coverage for depression in adults in Sehore distrit, India. *British Journal of Psychiatry*, pp. 212-222. doi:10.1192/bjpo.bp.116.004648

Svensson, B., & Hansson, L. (2016). How mental health literacy and experience of mental ilness relate to stigmatizing attitudes and social distance towards people with depression or psychosis: a cross-sectional study. *Nordic Journal of Psychiatry, 70*, 309-313. Obtido de http://dx.doi.org/10.3109/08039488.2015.1109140

Swami, V. (2012). Mental health literacy of depression: gender of differences and attitudinal antecedents in a representative british sample. *PLoS ONE, 7*. (U. o. James Bennett Potash, Ed.) London, United Kingdom. doi:doi:10.1371

Unesco - United Nations Educational, S. a. (2004). *The plurality of literacy and its implications for policies and programmes.* Unesco Education Sector. Paris: Unesco. Obtido de http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001362/136246e.pdf

Yeo, S. P., Mahendran, R., Jorm, A., Yap, H., Lee, C., & Loh, M. (2001). Mental Health literacy survey of psychiatrically and generally trained nurses employed in a Singapore psychiatric hospital. *International Journal of Nursing Practice*, 414 - 421.

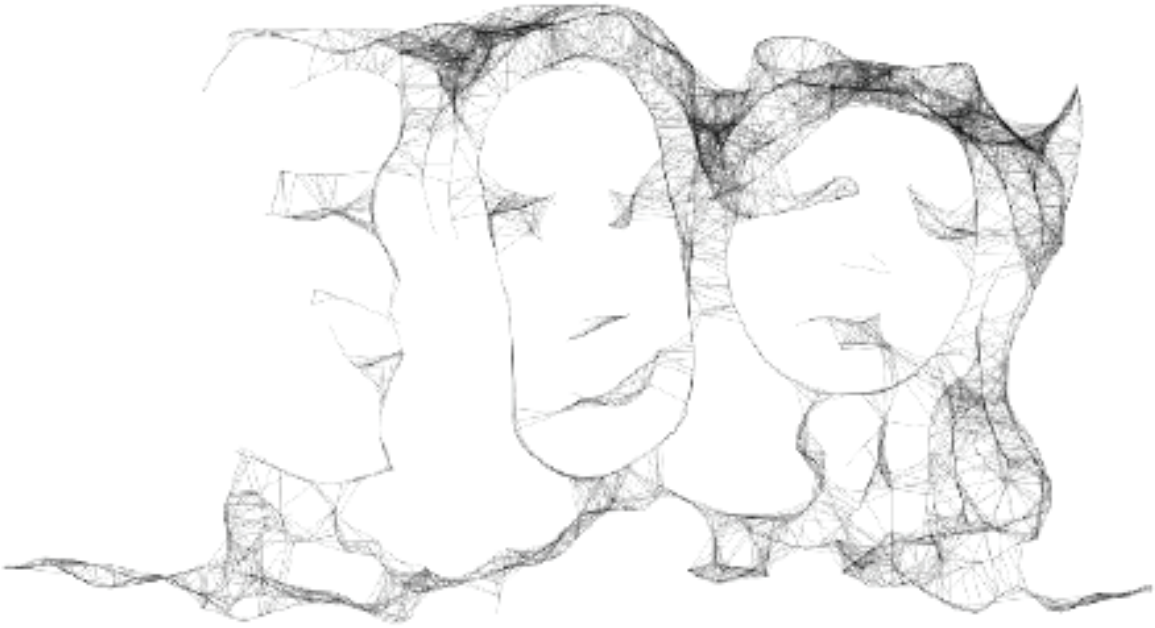
ANEXOS

ANEXO I

QuALiSMental

LITERACIA EM SAÚDE MENTAL - QuALiSMental*

O presente questionário[1] insere-se no Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e destina-se a colher dados com objectivo de caracterizar e compreender aquele que é o entendimento e conhecimento das pessoas relativamente a algumas questões de saúde. Ao aceitar responder a este questionário deve ler todas as questões e preencher cada questão conforme as directrizes, assinalando com uma cruz (x) quando lhe é solicitado, ou ainda manifestando a sua opinião em questões para o efeito. Não há respostas certas ou erradas, apenas a sua opinião.



Neslihan Karalök - 2014

*Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental

[1] Versão adaptada e autorizada para Portugal do *National Survey of Mental Health Literacy in Young People - Interview version*.

Orientanda: Enfermeira Célia Oliveira.
Investigador Responsável e Orientador: Luís Loureiro, Ph.D (Principal Investigator - luisloureiro@esenfc.pt);

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Feliz Mente

Parte I

1. Género:

Masculino____ ☐
Feminino_____ ☐

2. Idade: _____ anos

3. Habilitações literárias:

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. Profissão: _____

Parte II

Instruções:

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

A Joana tem 33 anos, é casada e tem um filho com 6 anos. Nos últimos dois meses tem-se sentido muito em baixo, sem que motivo o justifique. Acorda de manhã com um peso que permanece ao longo do dia. Não aprecia as coisas que normalmente apreciaria, como brincar com o filho. De facto, nada lhe dá prazer e mesmo quando acontecem coisas boas, não parecem fazê-la feliz. Os seus dias prosseguem mas tem sido muito difícil. Mesmo as tarefas mais pequenas têm sido difíceis de realizar. Ela diz que lhe é difícil concentrar-se no que quer que seja. Sente-se sem energia e sem força. Embora se sinta cansada, quando chega a noite não consegue adormecer. Sente-se sem valor e sem coragem. A sua família tem reparado que ao longo destes dois últimos meses ela mudou e não parece mais a mesma, ao ponto de se ter afastado. A Joana não tem vontade de falar.

1.Na sua opinião, o que é que se passa com a Joana? (Pode 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 da Joana, procuraria ajuda?

Sim _____ ☐
Não _____ ☐
Não sei _____ ☐

3. O que a poderia impedir de pedir ajuda? (Pode 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: _____

4. São apresentadas de seguida diferentes opções que podia utilizar para ajudar a Joana. Assinale para cada uma a sua opinião.

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

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

	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Um médico de família	☐	☐	☐	☐
Um psicólogo	☐	☐	☐	☐
Um enfermeiro	☐	☐	☐	☐
Um assistente social	☐	☐	☐	☐
Um psiquiatra	☐	☐	☐	☐
Um serviço telefónico de aconselhamento	☐	☐	☐	☐
Um familiar próximo	☐	☐	☐	☐
Um amigo significativo	☐	☐	☐	☐
Resolver sozinha os seus problemas	☐	☐	☐	☐

6. Dos seguintes medicamentos/produtos quais, na sua opinião, seriam úteis ou poderão ajudar a Joana. Assinale para cada um a sua opinião.

	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Vitaminas	☐	☐	☐	☐
Chás (Exs.: Camomila ou Hipericão)	☐	☐	☐	☐
Tranquilizantes/Calmantes	☐	☐	☐	☐
Antidepressivos	☐	☐	☐	☐
Anti-psicóticos	☐	☐	☐	☐
Comprimidos para dormir	☐	☐	☐	☐

7. Existem diferentes actividades que poderão ajudar a Joana. Assinale para cada uma a sua opinião.

	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Fazer exercício físico	☐	☐	☐	☐
Praticar treino de relaxamento	☐	☐	☐	☐
Praticar meditação	☐	☐	☐	☐
Fazer acupunctura	☐	☐	☐	☐
Levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol	☐	☐	☐	☐
Fazer terapia com um profissional especializado	☐	☐	☐	☐
Consultar um site que contenha informação sobre o problema	☐	☐	☐	☐
Ler um livro de auto-ajuda sobre o problema	☐	☐	☐	☐
Juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas similares	☐	☐	☐	☐
Procurar ajuda especializada de saúde mental	☐	☐	☐	☐
Utilizar bebidas alcoólicas para relaxar	☐	☐	☐	☐
Fumar para relaxar	☐	☐	☐	☐

8. Acha que o risco de desenvolver uma situação como a da Joana reduziria se as pessoas:

	Sim	Não	Não sei
Praticassem exercício físico	☐	☐	☐
Evitassem situações geradoras de stresse	☐	☐	☐
Mantivessem o contacto regular com amigos	☐	☐	☐
Mantivessem o contacto regular com a família	☐	☐	☐
Não utilizassem drogas	☐	☐	☐
Não bebessem bebidas alcoólicas	☐	☐	☐
Praticassem actividades relaxantes regularmente	☐	☐	☐
Tivessem uma crença religiosa ou espiritual	☐	☐	☐

9. As próximas afirmações dizem respeito aos medicamentos usados para o tratamento da depressão. Leia cada uma das afirmações e de seguida indique a sua opinião usando a grelha para o efeito.

Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
①	②	③	④	⑤

Os medicamentos para a depressão (ex. Prozac)

1. São a melhor maneira de tratar a doença	①	②	③	④	⑤
2. Têm mais benefícios que riscos	①	②	③	④	⑤
3. Não resolvem o problema, mas ajudam a ultrapassá-lo	①	②	③	④	⑤
4. Têm efeitos secundários, a pessoa pode "conviver" com eles	①	②	③	④	⑤
5. Tomar medicamentos e ir a consultas regular, ajuda muito no tratamento	①	②	③	④	⑤
6. Podem prevenir as recaídas	①	②	③	④	⑤
7. Criam um elevado risco de dependência	①	②	③	④	⑤
8. São prejudiciais, porque são químicos que não são naturais	①	②	③	④	⑤
9. Servem apenas para acalmar a pessoa	①	②	③	④	⑤
10. A longo prazo são piores que a própria doença	①	②	③	④	⑤
11. Podem alterar a temperatura corporal	①	②	③	④	⑤
12. Fazem as pessoas ficar, por exemplo, "babadas" e sem reacção	①	②	③	④	⑤
13. São muito caros	①	②	③	④	⑤
14. Podem não ser usados, porque existem outras formas de tratar a depressão	①	②	③	④	⑤
15. Fazem as pessoas perder a sua capacidade de resposta	①	②	③	④	⑤
16. Tornam as pessoas nervosas e irritadas facilmente	①	②	③	④	⑤
17. Fazem com que as pessoas tenham menos vontade de trabalhar	①	②	③	④	⑤
18. Devemos tomar quanto menos melhor, inclusive se forem receitados	①	②	③	④	⑤

10. Já recorreu a algum médico ou outro profissional por causa de estar a viver problemas iguais ao da Joana?

Sim_____ ☐
Não_____ ☐

11. Se sim, foi-lhe prescrita (receitada) medicação para o efeito?

Sim_____ ☐
Não_____ ☐

12. Se respondeu sim, pode indicar o nome dos medicamentos?

_____
_____
_____

Obrigado pela sua colaboração!

ANEXO II

Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro

GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

ARS CENTRO ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL:	DESPACHO:
Parecer favorável.	Homologado 31.07.2017 Dr. José Manuel Azevêdo Tavares Presidente do Conselho Diretivo da A.R.S. Centro, I.P.

ASSUNTO: ***44/2017 - Literacia em saúde mental acerca da depressão***

A área da saúde mental é uma das que mais tem suscitado preocupações no contexto nacional e internacional. De facto, as doenças mentais são altamente incapacitantes possuindo uma elevada taxa de prevalência em Portugal – existindo estudo que referem valores superiores aos indicados pela investigadora e que se encontram no intervalo de 25% a 30% da população portuguesa. A tudo isto acresce que o investimento em termos de disponibilização de meios para a população afetada com problemas de doença mental é francamente diminuto. Entendemos que a investigadora poderia ir um pouco mais além. De facto, estudos do tipo do proposto pela investigadora são frequentes e trazem uma informação já conhecida da comunidade científica. Neste momento, quanto á saúde mental, o relevante é passar desta fase de estudos para a prática. De qualquer forma, compreendemos que no contexto de uma tese de mestrado não seja possível desenvolver um projeto mais completo. Do ponto de vista ético e legal não há nenhum aspeto de maior relevância a assinalar ao proposto pela investigadora.

Coimbra, 19 de julho de 2017

O Relator: Dra. Carla Barbosa

O Presidente da CES: Prof. Dr. Fontes Ribeiro