



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

A Literacia em Saúde Mental acerca do uso/abuso de álcool

Cátia Filipa de Sousa Pina

Coimbra, janeiro de 2018



escola superior de
enfermagem
de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

A Literacia em Saúde Mental acerca do uso/abuso de álcool

Cátia Filipa de Sousa Pina

Orientador: Professor Doutor Luís Manuel Jesus Loureiro da 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

AGRADECIMENTOS

Agradeço,

Ao Professor Doutor Luís Manuel Jesus Loureiro pela sua orientação.

Aos docentes e colegas do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização e Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria que colaboraram em tempo das suas aulas para elaboração do trabalho.

Aos professores do 3º ciclo do ensino básico e secundário das escolas de Portugal continental que aceitaram participar neste estudo.

Por fim, agradeço à minha família, especialmente aos meus pais, irmãos e madrinha, bem como aos meus amigos por todo o incentivo e colaboração dado ao longo da realização deste trabalho.

LISTA DE SIGLAS

APA – Associação Americana de Psiquiatria

DSM V – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (cinco)

HBSC – Health Behaviour in School-aged Children

OMS – Organização Mundial de Saúde

PASM – Primeira Ajuda em Saúde Mental

QuALiSMental – Questionário de Avaliação de Literacia em Saúde Mental

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

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

RESUMO

A literacia em saúde mental tem vindo a assumir um lugar de destaque nas últimas décadas e define-se pelo conhecimento e crenças sobre perturbações mentais que ajudam no seu reconhecimento, gestão e prevenção (Jorm, 2014). Este conceito tem como referencial fundamental para a investigação Anthony Jorm que desenvolveu os seus estudos pioneiros na Austrália. Envolve, essencialmente, o conhecimento que permite que uma pessoa tome medidas para melhorar a sua própria saúde mental ou a de outros. A literacia em saúde mental inclui um conjunto de componentes interligados que são: a capacidade de reconhecer distúrbios para facilitar a procura de ajuda; o conhecimento de ajuda profissional e tratamentos disponíveis; o conhecimento de estratégias efetivas de autoajuda; o conhecimento e habilidades para prestar a primeira ajuda e apoio a outros; e o conhecimento de como prevenir distúrbios mentais.

O objetivo do presente trabalho foi avaliar a literacia em saúde mental dos professores do 3º ciclo do ensino básico e ensino secundário acerca do uso/abuso de álcool dos adolescentes. Utilizou-se uma abordagem quantitativa, recorrendo a um estudo do tipo exploratório-descritivo. Como instrumento de colheita de dados foi utilizado o Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (Loureiro, Pedreiro & Correia, 2012) na versão para adultos a partir de uma amostra de professores portugueses do 3.º ciclo do ensino básico e ensino secundário.

A amostra do estudo é constituída por 74 professores, com idades compreendidas entre os 27 e os 60 anos (média de idade de 44,24 anos), com uma média de 20,57 anos de exercício profissional (desvio padrão de 9,553 anos) em Portugal continental.

Com o desenvolvimento do estudo verificou-se a necessidade de formação dos professores em saúde mental de forma a prevenir e reconhecer as perturbações mentais, bem como o desenvolvimento de estratégias para prestar a primeira ajuda aos adolescentes.

Palavras-chave: literacia, intervenções; saúde mental; necessidades de formação dos professores em saúde mental.

ABSTRACT

Mental health literacy has been assuming a relevant paper in the last decades and it is defined as knowledge and beliefs about mental disorders that help their recognition, management, or prevention (Jorm, 2014). This concept has as its fulcrum the investigation of Anthony Jorm, who developed his pioneer studies in Australia. It essentially involves knowledge that enables a person to take action to improve one's own mental health or that of others. Mental health literacy includes a set of interrelated components that are: the ability to recognize disorders to facilitate the search for help; The knowledge of professional help and available treatments; the Knowledge of effective self-help strategies; the Knowledge and skills to give first aid and support to others; and the knowledge of how to prevent mental disorders.

The objective of the present paper work is to evaluate mental health literacy among the teachers of the 3rd and secondary grades, about the use/abuse of alcohol by the students. We decided by the development of a quantitative exploratory-descriptive study. As an instrument for data collection, the Mental Health Literacy Assessment Questionnaire (Loureiro, Pedreiro & Correia, 2012) will be used in the adult version from a sample of 3rd grade and secondary school teachers working in schools.

The sample to study is based on 74 teachers, with ages between 27 and 60 years old (ages media of 44,24 years old), with a media of 20,57 years of experience on the job (padron deviation of 9,533 years) of Portugal.

With the development of the study it went notorious the need of formation of the teachers in mental health in a way that they can prevent and recognize mental disorders, as well as the development of strategies to give the first aid to the teenagers.

Keywords: literacy, interventions; mental health; Training needs of mental health in teacher.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	11
-------------------------	-----------

Parte I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – LITERACIA EM SAÚDE MENTAL	14
---	-----------

1.1 CONCEITO	14
--------------------	----

1.2 COMPONENTES E EVIDÊNCIA PRODUZIDA	15
---	----

1.2.1 Reconhecimento das perturbações mentais de modo a promover e facilitar a procura de ajuda	15
---	----

1.2.2 Conhecimento sobre os profissionais e tratamentos disponíveis	16
---	----

1.2.3 Conhecimento sobre a eficácia das estratégias de autoajuda	17
--	----

1.2.4 Conhecimento e competências para prestar apoio e primeira ajuda aos outros	18
--	----

1.2.5. Conhecimento do modo de como se podem prevenir as perturbações mentais	19
---	----

CAPÍTULO II – ADOLESCÊNCIA E ESCOLA: O PAPEL DOS PROFESSORES	21
---	-----------

1.1. PRINCIPAIS PROBLEMAS E PERTURBAÇÕES MENTAIS NA ADOLESCÊNCIA.....	21
---	----

1.2 CONSUMO DE ÁLCOOL – REALIDADE E FACTOS	24
--	----

1.2.1 Motivos que levam ao consumo de bebidas alcoólicas na adolescência.....	26
---	----

1.3 PROFESSORES COMO AGENTES DE PRIMEIRA AJUDA EM SAÚDE MENTAL: EVIDÊNCIA E NOVOS DESAFIOS	28
--	----

Parte II - METODOLOGIA

CAPÍTULO III – ESTUDO METODOLÓGICO	32
---	-----------

1 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	32
----------------------------------	----

2 DESENHO DE INVESTIGAÇÃO.....	33
3 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	33
4 POPULAÇÃO E AMOSTRA	36
4.1 Caracterização da amostra	37
5 PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	38
6 PROCEDIMENTO PARA O TRATAMENTO DE DADOS.....	39
CAPÍTULO IV – RESULTADOS.....	40
1 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	40
1.1 Reconhecimento das perturbações mentais de modo a facilitar a procura de ajuda	40
1.2 Conhecimento sobre os profissionais e tratamentos disponíveis	41
1.3 Conhecimento sobre a eficácia das estratégias de autoajuda e conhecimento e as competências para prestar apoio e primeira ajuda aos outros	44
1.4 Conhecimento do modo de como se podem prevenir as perturbações mentais	48
2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	50
CONCLUSÃO.....	56
BIBLIOGRAFIA.....	59
Apêndice I.....	68

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Total de bebidas alcohólicas ingeridas no país	225
--	-----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das frequências absolutas e percentuais de acordo com o género, estado civil e distrito onde os participantes exercem a sua profissão	37
Tabela 2 – Estatísticas resumo da idade e do número de anos de exercício profissional.....	38
Tabela 3 – Distribuição percentual do reconhecimento das perturbações	40
Tabela 4 – Distribuição percentual da perceção da necessidade de profissionais de saúde e outras pessoas	42
Tabela 5 – Distribuição percentual da opinião acerca dos medicamentos/produtos que poderiam ser úteis	42
Tabela 6 – Distribuição percentual das barreiras à procura de ajuda.....	43
Tabela 7 – Distribuição das frequências absolutas e percentuais de acordo com o grau de confiança na prestação de ajuda.....	44
Tabela 8 – Distribuição percentual da eficácia de estratégias de autoajuda	44
Tabela 9 – Distribuição percentual das estratégias de ajuda eficazes para ajudar o Jorge.....	45
Tabela 10 – Distribuição percentual acerca da opinião dos participantes acerca de algumas afirmações relacionadas com o problema do Jorge.....	47
Tabela 11 – Distribuição percentual das respostas aos itens acerca do modo de prevenção das perturbações mentais.....	48
Tabela 12 – Distribuição percentual acerca da opinião dos participantes sobre estratégias contributivas para ajudar os professores a lidar com uma situação semelhante à do Jorge.....	49

INTRODUÇÃO

A literacia em saúde mental assume-se como um conceito chave na promoção, na prevenção e na gestão das doenças mentais. Atribui-se especial relevância ao contexto escolar, dada a importância de uma abordagem apropriada às perturbações mentais e de comportamento de adolescentes. O período da adolescência caracteriza-se por transições e alterações significativas no seu contexto de vida, em que as perturbações mentais podem ter um impacto profundo na vida adulta.

Os professores desempenham papéis fundamentais como parceiros na prevenção, reconhecimento, identificação e intervenção dos problemas de saúde mental em adolescentes e jovens. No entanto, é essencial que os professores detenham níveis de literacia em saúde mental adequados relativamente ao uso/abuso de álcool, para gerar práticas eficazes nesta área.

A investigação teve como ponto de partida a proposta de uma reflexão sobre as necessidades de formação dos professores em saúde mental no âmbito da literacia em saúde mental, como agentes de primeira ajuda em saúde mental dos adolescentes.

Cabe aos profissionais de saúde investirem na sensibilização, dotando os professores de conhecimentos e competências de forma a promover o reconhecimento dos sinais das perturbações mentais e consequentemente prestar a ajuda adequada.

Este investimento em saúde tem repercussões positivas na medida em que a intervenção precoce evita a agudização dos problemas de saúde e reduz a probabilidade de efeitos adversos posteriores tais como o abandono escolar e consumo de álcool e outras drogas.

Assim, este estudo pretende avaliar o nível de literacia em saúde mental a partir de uma amostra de professores do 3.º ciclo do ensino básico e ensino secundário acerca do uso/abuso de álcool nos jovens tendo em conta as suas componentes.

A 1ª componente tem como ponto de partida o reconhecimento das perturbações mentais de modo a promover e facilitar a procura de ajuda. Desta forma evitam-se os reconhecimentos tardios dos sinais e sintomas das perturbações mentais (tão características na adolescência e juventude), combatendo assim, o atraso na procura de ajuda.

A 2ª componente está associada ao conhecimento sobre os profissionais e tratamentos disponíveis. Esta informação nem sempre é corretamente veiculada notando-se deturpações muitas vezes oriundas de um senso comum distorcido onde é notório um estigma social, uma visão negativa e falsas crenças em torno deste tema.

O conhecimento sobre a eficácia das estratégias de autoajuda é outra componente chave que está diretamente relacionada com o nível de Literacia em Saúde Mental de cada indivíduo.

Com igual importância apresenta-se o conhecimento e competências para prestar apoio e primeira ajuda aos outros. Esta é a primeira linha na ajuda ao outro, como primeiros socorros em saúde mental. Para o êxito desta componente têm de estar subjacentes conhecimentos específicos que impelem para a ação.

A última componente operacional que o conceito de Literacia em Saúde Mental contempla, está relacionada com o conhecimento do modo de como se podem prevenir as perturbações mentais. Entra aqui a promoção da saúde que tantas vezes é negligenciada em detrimento da saúde física.

Os objetivos traçados para este estudo prendem-se com esta necessidade e são os seguintes: caracterizar quais os níveis de literacia em saúde mental dos professores, identificar quais as necessidades de formação dos professores em saúde mental e caracterizar quais as intervenções necessárias em saúde mental nas escolas.

Pretende-se desenvolver um estudo do tipo exploratório-descritivo. Como instrumento de colheita de dados, vai ser utilizado o Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (Loureiro, Pedreiro & Correia, 2012) na versão para adultos a partir de uma amostra de professores do 3.º ciclo do ensino básico e ensino secundário que trabalham nas escolas de Portugal continental.

O presente trabalho está estruturado em duas partes. A primeira parte diz respeito ao enquadramento teórico onde se desenvolvem os temas literacia em saúde mental e a adolescência, escola e papel dos professores. A segunda parte, onde é desenvolvido o estudo metodológico, integra a questão de investigação, objetivos da investigação, método do estudo, população e amostra e questões relacionadas com a colheita e tratamento dos dados. Ainda na última parte, nos últimos capítulos são desenvolvidas a apresentação e análise de dados, assim como a discussão dos mesmos. O trabalho encerra-se com a conclusão onde são apresentados alguns dados relevantes e como resultados

desta investigação pretende-se desenvolver áreas estratégicas de intervenção para professores no âmbito da primeira ajuda em saúde mental.

Parte I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – LITERACIA EM SAÚDE MENTAL

1.1 CONCEITO

A importância da saúde mental reflete-se no conceito de saúde, definido pela Organização Mundial de Saúde no século XXI como uma harmonia entre bem-estar físico, mental e social e não só como a ausência de doença. A saúde mental é inerente a qualquer pessoa que pretenda ter saúde.

A perturbação mental é caracterizada por alterações do modo de pensar, alterações do humor ou por comportamentos associados com deterioração do funcionamento e diminuição da qualidade de vida. Este impacto das perturbações mentais tornou-se evidente aquando do reconhecimento da incapacidade das mesmas, sendo, de acordo com o Relatório Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016, cinco das dez principais causas de incapacidade, responsáveis em todo mundo por 31% dos anos vividos com incapacidade. (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007).

A falta de compreensão sobre o que são as doenças mentais, o difícil reconhecimento de sinais e valorização dos sintomas destas doenças contribui de forma substancial para o estigma, comprometendo a procura de ajuda e a adesão aos tratamentos. No sentido de combater o estigma é necessária uma abordagem em diversos níveis, abrangendo a educação de profissionais, “campanhas de informação pública para educar e informar a comunidade sobre a natureza, o grau e o impacto das perturbações mentais, a fim de dissipar mitos comuns e incentivar atitudes e comportamentos mais positivos” (OMS,2002, p.170).

O conceito de Literacia em Saúde Mental, apesar de estar interrelacionado com os conceitos de promoção e educação para a saúde distingue-se dos mesmos, definindo-se como as crenças e os conhecimentos acerca dos problemas e das perturbações mentais que permitem o seu reconhecimento, gestão e prevenção no sentido do autocuidado (Loureiro, 2015).

Este conceito foi definido pela primeira vez por Anthony Francis Jorm e seus colaboradores. O seu trabalho, realizado na Austrália em 1997 é um referencial fundamental para a investigação na área da Literacia em Saúde Mental, nos mais diversos contextos (económicos, culturais e sociais).

1.2 COMPONENTES E EVIDÊNCIA PRODUZIDA

Na operacionalização do conceito de Literacia em Saúde Mental, Jorm descreveu um conjunto de componentes, incluindo-se: reconhecimento das perturbações mentais de modo a facilitar a procura de ajuda, reconhecimento da ajuda profissional e tratamentos disponíveis, reconhecimento da eficácia das estratégias de autoajuda, conhecimento e competências para prestar a primeira ajuda e apoio aos outros e conhecimentos acerca do modo de prevenção das perturbações mentais (Jorm, 2014).

1.2.1 Reconhecimento das perturbações mentais de modo a promover e facilitar a procura de ajuda

Uma percentagem elevada de pessoas com perturbações mentais não procura ajuda ou demora muito tempo até reconhecer que dela necessita. Para Jorm (2000) muitos indivíduos da população em geral, mesmo nos países desenvolvidos, não conseguem reconhecer sinais e sintomas das perturbações mentais, não conhecendo o significado de alguns termos da psiquiatria. Num estudo, realizado por Jorm, na Austrália, com o intuito de identificar o atraso na procura de ajuda, verificou-se que as pessoas com perturbação mental tinham dificuldade no reconhecimento dos sintomas da doença (Jorm, 2014).

De acordo com o mesmo autor, pessoas com perturbação do humor, demoram em média 10,6 anos para solicitar ajuda profissional, sendo que 8,4 anos vão desde o início da doença e o reconhecimento de sintomas e 2,2 anos entre o reconhecimento e o pedido de ajuda. A principal causa deste reconhecimento tardio deve-se ao aparecimento dos primeiros sintomas durante a adolescência e a juventude. O reconhecimento de sintomas e a procura de ajuda profissional adequada, nesta faixa etária, exige especial atenção dos

pais e de outros adultos, e quanto mais precoce for, melhor é o tratamento e curso da doença.

Um fator que melhora o reconhecimento da perturbação mental é a relação entre utente e médico de família. Para a maioria dos adolescentes, o contacto com o médico de família comparando com a restante população é escasso. Estes procuram ajuda em fontes informais, como a família e os amigos e, de acordo, com Jorm (2014) preferem estas fontes em alternativa à ajuda disponibilizada por profissionais de saúde mental, professores, assistentes sociais ou linhas de apoio. Esta escolha suscita preocupação por parte dos profissionais de saúde, uma vez que os adolescentes não possuem conhecimentos nem experiência de vida suficientes para assumirem o papel de primeira ajuda em saúde mental.

Muitas vezes acabam por ser os pais a providenciar consulta no médico de família. Este é o primeiro passo para uma ação efetiva, apesar do reconhecimento não ser suficiente, no entanto o médico de família poderá referenciar para ajuda especializada, uma vez que irá reconhecer os sinais e valorizar os sintomas precoces da doença mental (Loureiro, 2014).

1.2.2 Conhecimento sobre os profissionais e tratamentos disponíveis

Associado a um melhor prognóstico da doença mental está um reconhecimento precoce da perturbação mental, assim como a procura de ajuda através de profissionais especializados e tratamentos com evidência disponíveis.

Sabe-se que os profissionais especializados em saúde mental são os mais bem preparados para ajudar nos problemas de saúde mental, no entanto o acesso aos mesmos parece dificultado por vários aspetos. Loureiro e Abrantes (2014) apontam como fatores que inibem ou dificultam a procura de ajuda “o nível de literacia em saúde mental (...) as crenças acerca dos profissionais e dos tratamentos, a disponibilidade da ajuda, a acessibilidade, os custos, as experiências prévias com o problema, a familiaridade e, não menos importante, o estigma associado às doenças mentais” (Loureiro e Abrantes, 2014, p.48).

Relativamente aos tratamentos disponíveis, verifica-se que existem crenças negativas perante a medicação psicotrópica, mesmo que sejam recomendados por especialistas de saúde mental. Jorm (2000) refere que as razões desta visão negativa se devem aos efeitos colaterais desta terapêutica (dependência, letargia, danos cerebrais) e a crença de que tratam os sintomas e não as causas. Os medicamentos naturais, como vitaminas, de acordo com Jorm (2014) referido por Loureiro (2013), na população jovem, foram vistos de forma positiva para a depressão comparativamente aos antidepressivos.

Estas crenças negativas no que respeita a medicação psicotrópica levam a uma insuficiente procura de ajuda e ao não cumprimento do plano terapêutico.

1.2.3 Conhecimento sobre a eficácia das estratégias de autoajuda

O conhecimento de como ajudar os outros está relacionado com o nível de literacia em saúde mental. A aquisição e desenvolvimento de estratégias de autoajuda necessitam de um estudo mais aprofundado, dado que a evidência científica destas estratégias necessita de mais investigação sobre a eficácia das mesmas.

Jorm (2014) refere que membros da população de vários países apresentam uma visão positiva sobre as estratégias de autoajuda e reportam-nas frequentemente. Algumas destas são vulgarmente aprovadas como benéficas para a saúde em geral, como por exemplo o exercício físico, enquanto que outras são conhecidas pela população como prejudiciais, no caso de consumo de álcool e outras substâncias.

Num inquérito, realizado por Jorm (2000), a indivíduos da Austrália e de Inglaterra, onde foi solicitada a descrição de estratégias de auto-ajuda benéficas registaram-se: procura de apoio a familiares e amigos, realização de atividades agradáveis e novas atividades, exercício físico, leitura de livros de auto-ajuda bem como uso de ervas medicinais.

No sentido de descobrir quais as estratégias mais efetivas para pessoas com transtorno depressivo leve, Jorm (2014) fez referência a um estudo realizado por Morgan e Jorm, em 2009, onde abordaram as estratégias consensuais entre profissionais especialistas. Estes especialistas recomendam uma variedade de estratégias combinadas: um estilo de vida saudável (exercício físico, hábitos de sono regulares, ocupação com atividades

prazerosas), estratégias psicológicas (recompensas por atingir determinados objetivos, aprendizagem de métodos de relaxamento); estratégias de relacionamento interpessoal (partilhar os problemas e sentimentos com pessoas próximas) e ainda hábitos de alimentação equilibrada/saudável (Jorm, 2014, p.30).

Estas estratégias para se tornarem mais eficazes na prevenção e tratamento de um problema de saúde mental devem carecer de um acompanhamento e aconselhamento de um profissional especializado.

1.2.4 Conhecimento e competências para prestar apoio e primeira ajuda aos outros

Os primeiros socorros em saúde mental, prestados de forma assertiva promovem o encaminhamento para a ajuda em saúde mental especializada e previnem a ocorrência de episódios futuros, uma vez que “se um adolescente sofrer de um problema ou perturbação mental e não receber a ajuda adequada e atempada, tem uma maior probabilidade de vir a sofrer desse problema no futuro. Mais, esta demora ou atraso na ajuda pode ter sérias implicações na vida do indivíduo e até mesmo comprometê-la” (Loureiro, 2014, p.9).

Esta componente da Literacia em Saúde Mental introduz o conceito de Primeira Ajuda em Saúde Mental, que de acordo com Loureiro (2014, p. 20) “é a ajuda prestada a alguém que está a desenvolver um problema de saúde mental ou numa crise relacionada com a sua saúde mental”.

Jorm e seus colaboradores, de forma a melhorar as estratégias para prestar a primeira ajuda em saúde mental, desenvolveram um programa, na Austrália, que apresenta as orientações de atuação de acordo com as perturbações mentais (depressão, psicose, distúrbios de alimentação, uso e abuso de álcool e outras substâncias) e para crises de saúde mental (pensamentos e comportamentos da esfera suicidária, comportamentos autolesivos, crises de pânico, crises após um evento traumático), estando este programa, atualmente em desenvolvimento em Portugal (Jorm, 2014).

Estas guidelines, descritas num plano de ação em primeira ajuda em saúde mental, realizado por Kitchener, Jorm e Kelly (2013), onde Jorm (2014) enuncia:

1. Aproximar-se da pessoa, observar e ajudar numa situação de crise;
2. Não julgar e escutar a pessoa;

3. Informar e apoiar;
4. Encorajar a pessoa a obter ajuda profissional especializada;
5. Encorajar o recurso a outros apoios.

Sabendo que os adolescentes escolhem como fonte de ajuda informal preferencial os pares, Kelly, Jorm e Rodgers (2005) referido por Rosa, Loureiro e Sousa (2014), desenvolveram um estudo para avaliar a suscetibilidade dos adolescentes para dar resposta a um indivíduo com depressão ou alterações graves do comportamento. Neste estudo verificaram que os colegas não iriam facilitar o encaminhamento para ajuda profissional e iriam utilizar ações prejudiciais como falar com a pessoa com firmeza e envolver os pares no consumo de álcool e outras substâncias.

De salientar que há uma necessidade crescente de promoção de programas com planos de ação nesta área, de forma a melhorar os conhecimentos e capacidades de desenvolvimento de estratégias, bem como um investimento em estudos nesta área.

1.2.5. Conhecimento do modo de como se podem prevenir as perturbações mentais

Os fatores de risco dos transtornos mentais são ainda alvo de estudos que decorrem no sentido de prevenir e tratar as doenças mentais. Talvez por não se conhecerem claramente todos os fatores de risco das perturbações mentais, esta componente da Literacia em Saúde Mental é considerada por Jorm a mais negligenciada. O mesmo autor partilha a ideia de que existe um grande contraste entre o conhecimento que a população detém relativa à prevenção das doenças físicas comparativamente à prevenção das doenças mentais.

Para que a mensagem de prevenção da doença mental e promoção da saúde mental chegue a todos os adolescentes, Jorm (2014) sugere que estas mensagens se baseiem em associações como por exemplo cannabis e psicose ou ser pai/mãe adolescente e risco de depressão e que os jovens precisam de estar cientes deste risco (Moore *et al*, 2007 referido por Jorm, 2014).

Outra área que pode ser desenvolvida no sentido de prevenir as perturbações mentais de acordo com Jorm (2014) é a parentalidade e a relação com os adolescentes. Nesta área torna-se importante a criação de uma relação positiva entre pais e adolescentes,

minimização dos conflitos no ambiente familiar, incentivo a bons hábitos saúde, promoção de estratégias para a criança lidar com os problemas e com situações de ansiedade e entre outros encorajar a procura de ajuda profissional quando necessário. Neste âmbito podem ainda ser tomadas outras medidas preventivas como planos de ação de primeira ajuda em saúde mental em ambientes sociais, por exemplo a escola ou local de trabalho.

No que respeita ao conhecimento do modo de prevenir as perturbações mentais ainda existem poucos estudos, contudo Jorm (2014) descreve um estudo, realizado em adolescentes na Austrália, que evidencia que os adolescentes referem como estratégia benéfica o evitar de situações stressantes, facto que é visto pelos profissionais especialistas em saúde mental como uma ação prejudicial.

CAPÍTULO II – ADOLESCÊNCIA E ESCOLA: O PAPEL DOS PROFESSORES

1.1. PRINCIPAIS PROBLEMAS E PERTURBAÇÕES MENTAIS NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é uma das etapas do desenvolvimento humano caracterizada por alterações sociais, familiares, psicológicas e afetivas, onde o adolescente procura a sua autonomia e independência culminando num processo maturativo biopsicossocial (Moura, 2012).

De acordo com Rosando e Matos (2013, p.216), nesta fase, “é intensificada a vulnerabilidade às potenciais disfunções entre o desenvolvimento cerebral e os sistemas comportamental e cognitivo”, devido à instabilidade marcada por conflitos intrapsíquicos, relacionados com alterações da imagem, tendência à apresentação de comportamentos inconstantes e surgimento de novos relacionamentos. Muitas destas manifestações da adolescência podem-se confundir com problemas de saúde mental.

Estudos indicam que cerca de 10 a 20% das crianças têm um ou mais problemas de saúde mental (OMS, 2002). De acordo com o mesmo relatório, estas perturbações mentais na infância e na adolescência constituem uma carga elevada para a sociedade a nível económico e humano, e ainda porque “muitas das perturbações podem ser precursoras de perturbações muito mais incapacitantes durante uma fase posterior da vida” (OMS, 2002, p.79) contribuindo assim para a morbilidade psiquiátrica no adulto.

Assim, os comportamentos de risco do adolescente podem ter na sua origem “fatores individuais, culturais, relacionais e académicos, especificamente as lacunas na dinâmica familiar, a influência de pares desviantes, ou ainda a falta de ligação à escola ou fraco rendimento escolar (Matos et al referido por Rosando e Matos, 2013, p.216).

Segundo Loureiro (2014, p.15) “metade das pessoas que irão desenvolver uma doença mental terá o seu primeiro episódio antes dos 18 anos”. Sendo a adolescência uma fase crítica da vida para a saúde mental, são várias as perturbações mentais que podem despoletar nesta fase como depressão, tentativa de suicídio, uso e abuso de substâncias,

perturbações alimentares, ansiedade, psicoses (Rickwood, Deane, Wilson & Ciarrochi, 2005; Sprintal & Collins, 2011 referido por Morgado e Botelho, 2014).

Sendo os sintomas depressivos recorrentes na adolescência, estima-se que a prevalência de depressão nesta fase é de 4-8% (Resende, Santos, Santos & Ferrão, 2013) e aos 18 anos a incidência é de cerca de 20% (Brito, 2011). Estes sintomas depressivos afetam o adolescente nas suas dimensões biopsicossociais, envolvendo o humor, o pensamento, o comportamento. Estas alterações traduzem um baixo rendimento escolar, conflitos familiares, com os pares e entre outros, dificuldades em lidar com situações imprevisíveis e stressantes.

Segundo a Classificação DSM-V, o Transtorno Depressivo Maior é caracterizado por um dos sintomas: humor deprimido ou perda de interesse ou prazer, num período de pelo menos duas semanas e representa alteração relativamente ao funcionamento anterior. Nos adolescentes, o humor pode ser irritável em vez de triste.

“Pensamento sobre morte, ideação suicida ou tentativas de suicídio” são descritos como comuns pela DSM-V no Transtorno Depressivo Maior (2013, p.164). Podem estar na sua motivação o desejo de desistir perante um obstáculo difícil de superar, não constituir carga física e psicológica para os outros, desejo de por fim a um estado emocional muito doloroso e sentimentos de desesperança.

Num artigo de revisão de literatura, realizado por Guerreiro e Sampaio, sobre comportamentos autolesivos em adolescentes, verificaram que num estudo realizado em estudantes de escolas secundárias de Lisboa, com idades compreendidas entre os 15-18 anos “verificou que 48,2% já teve ideias de suicídio ao longo da vida, que cerca de 7% dos indivíduos fizeram tentativas de suicídio e que 35% apresentavam comportamentos de automutilação”. (2013, p. 218).

No que respeita ao uso e abuso de substâncias, o contexto escolar (ambiente social e grupo de pares) constitui um forte preditor de consumo de substâncias pelo adolescente, sendo a substância mais consumida o álcool.

Num estudo sobre os consumos de álcool, tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências, realizado pelo SICAD em articulação com o Ministério da Saúde e Ministério da Educação em 2015, cuja amostra de 18000 alunos dos 13-18anos de Portugal Continental, verificou que as substâncias mais consumidas foram por ordem decrescente: álcool, tabaco, droga e medicamentos. Sendo globalmente o seu consumo no

que diz respeito à experimentação o álcool 71%, tabaco 40%, droga 19% e medicamentos 15%; e no que diz respeito a consumos recentes de álcool 62%, tabaco 30%, drogas 14%. Quanto aos consumos atuais de álcool 42% e tabaco 20% (Feijão, 2015). O uso/abuso destas substâncias pode dificultar o diagnóstico de outras doenças associadas como perturbações do comportamento, depressão, risco de suicídio (Loureiro, 2014).

Outra perturbação que pode despoletar na adolescência é a perturbação do comportamento alimentar, sendo as duas formas patológicas mais significativas a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa (Loureiro, 2014). A anorexia nervosa é mais comum no sexo feminino, sendo a sua prevalência de 12 meses num jovem de 0,4% (DSM V, 2014). Tal como a anorexia nervosa, a bulimia nervosa também é mais comum no sexo feminino, e o seu transtorno atinge o seu pico no fim da adolescência e início da fase adulta. De acordo com a DSM V (2014) a sua prevalência é de 1 a 1,5% entre jovens do sexo feminino.

A ansiedade, quando persiste no tempo, associada a medo excessivo e perturbação comportamental torna-se patológica. As perturbações da ansiedade podem surgir sob as diversas formas: transtorno de ansiedade generalizada (0,9%), transtorno de ansiedade de separação (1,6%); agorafobia (1,7%); fobia social (2,3%); transtorno de pânico (2 a 3%) e fobias específicas (16%) (DSM V, 2014). De acordo com Loureiro (2014), as perturbações relacionadas com a ansiedade podem ocorrer simultaneamente com outras perturbações, como a depressão e o abuso de substâncias.

Outra perturbação mental que pode surgir na adolescência é a psicose, que está associada a alterações do pensamento e/ou perceção, originando alterações do comportamento afetando o desempenho e vivência do dia-a-dia (Loureiro, 2014). Dentro do transtorno psicótico, o mais comum é a esquizofrenia, com uma prevalência de cerca de 0,3% a 0,7% (DSM V, 2014), no entanto pode aparecer sob outras formas como a “depressão com características psicóticas, perturbação bipolar, perturbação esquizoafetiva e psicose induzida pelo consumo de substâncias” (Loureiro, 2014, p. 78). De acordo com a APA (2014) o curso da esquizofrenia é favorável em 20% das pessoas, necessitando de apoio formal e informal na vida quotidiana.

1.2 CONSUMO DE ÁLCOOL – REALIDADE E FACTOS

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que existem cerca de 2 mil milhões de pessoas no mundo que consomem bebidas alcoólicas e destes 76,3 milhões apresentam problemas associados ao álcool (WHO, 2002).

O consumo excessivo de álcool é definido em todo o mundo como o consumo de 4 ou mais bebidas por ocasião para as mulheres e 5 ou mais bebidas por ocasião para os homens (Jacobus, Squeglia, Bava, & Tapert, 2013). Cada vez mais existe atenção com os meios de comunicação sobre a ingestão de bebidas alcoólicas, devido à sua associação direta com a taxa de risco comportamental e impacto neural (Lança, 2014).

O consumo de álcool apresenta inúmeras consequências de saúde pública, interferindo na vida pessoal, familiar, social, escolar e ocupacional do indivíduo. Estas manifestam-se através do consumo abusivo e pelos principais efeitos que se relacionam com o consumo agudo da bebida. O consumo de álcool tem um enorme contributo na mortalidade e morbilidade das populações, que conduz ao aumento de anos de vida ajustados por incapacidade.

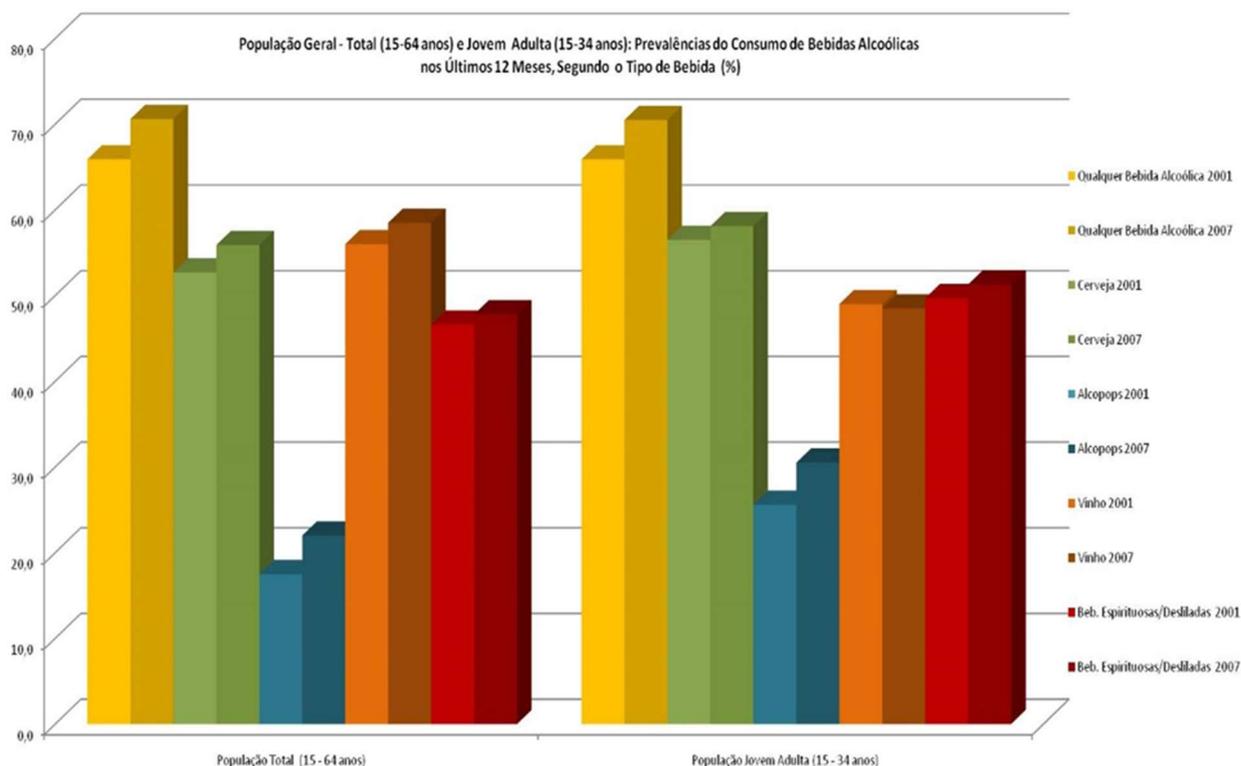
Pode-se avaliar o padrão de consumo de bebidas alcoólicas em três aspetos, o primeiro o volume consumido por ocasião, segundo a frequência de consumo, ou seja, uma vez por mês, mensalmente semanalmente ou quase todos os dias, e terceiro a variabilidade de bebidas alcoólicas ingeridas (Wechsler & Nelson 2001).

De acordo com o último relatório da OMS sobre álcool e saúde (*Global Status Report on Alcohol and Health 2014*)¹, que analisa o impacto do consumo de bebidas alcoólicas em mais de 200 países, a média de consumo de álcool em Portugal desceu de 14,4 para 12,9 litros *per capita* entre 2003 e 2010 (no entanto, continua acima da média europeia de 10,9 litros).

O relatório da OMS adianta ainda que em Portugal o vinho é a bebida mais consumida, equivalendo a 55% do total de bebidas alcoólicas ingeridas no país. A cerveja (31%) e as bebidas espirituosas (11%) vêm de seguida.

¹ Global status report on alcohol and health – 2014 ed. Alcoholism - epidemiology. 2. Alcohol drinking - adverse effects. 3. Social control, Formal - methods. 4. Cost of illness. 5. Public policy. I. World Health Organization.

Gráfico 1 – total de bebidas alcoólicas ingeridas no país



Fonte: Balsa, C. Vital C., Pascoeiro L. (2011), *O Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal, Prevalências e Padrões de Consumo (2001-2007)*. Lisboa, IDT, IP

Em relação ao gráfico 1, pode-se observar que é essencialmente o vinho e a cerveja que apresentam maior prevalência de consumo tanto pela população mais jovem como pela população geral (dos 15 aos 64 anos).

Os resultados do Inquérito Nacional de Saúde de 2014 relacionados com o consumo de álcool demonstraram prevalências e frequências de consumo de bebidas alcoólicas pouco distintas do que ocorreu em 2012. Este estudo revelou que 70% da população com 15 ou mais anos consumiu bebidas alcoólicas pelo menos uma vez nos últimos 12 meses da data da entrevista. Este consumo teve uma frequência diária de 35% e semanal de 27%, no entanto os jovens apresentaram uma menor prevalência de consumo relativamente aos grupos etários de maior idade do estudo, e em que a maioria, cerca de 70% consumiram com uma frequência mensal ou ocasional.

Também houve um estudo colaborativo da OMS (Health Behaviour in School-aged Children) que pretendeu estudar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas, realizado em 2014 em Portugal sob

a coordenação de Margarida Matos, numa amostra parcial de alunos de 8º e 10º ano (n=3869) de 35 agrupamentos de escolas do país.

Neste estudo verificou-se também que no geral houve um decréscimo da utilização do álcool relativamente a estudos efetuados em anos anteriores, e que são os rapazes e os jovens mais velhos (10º ano) que mencionam mais frequentemente consumir bebidas alcoólicas, sendo a bebida mais consumida a cerveja.

Dados deste estudo revelam ainda que 30,3% (n=1553) mencionaram já ter experimentado álcool com uma média de idade de 12,8 anos, e 63,8% (n=649) refere já ter experimentado embriaguez e com uma média de idade de 13,94 anos. Relativamente a consumos recentes, são os jovens mais velhos (10º ano) que referem consumir álcool mais de 20 dias durante toda a vida e menos de 6 dias nos últimos 30 dias.

1.2.1 Motivos que levam ao consumo de bebidas alcoólicas na adolescência

A adolescência representa uma fase de intensas transformações e descobertas que afetam os aspetos físicos, cognitivos, sociais, culturais e emocionais. É sem dúvida uma situação problemática que corresponde à construção da identidade, influenciada muitas vezes pela cultura e sociedade (Kroger, Martinussen & Marcia., 2009).

Diferentes fatores marcam o período da adolescência, principalmente a tomada de consciência de um novo espaço no mundo, a entrada de uma nova realidade que gera muitas vezes uma confusão de conceitos e a perda de muitas referências. É precisamente esta crise de identidade que faz com que o adolescente tente encontrar pares no mundo, diferenças e estabelecimento de grupos (Puig-Nolasco, Cortaza-ramírez & Pillon, 2011).

A necessidade de o adolescente pertencer a um grupo de pares responde às exigências educacionais, sociais e psicológicas individuais. Na verdade, os grupos atualmente são um meio de troca de informações diferentes que cada um possa ter recolhido de situações familiares, pessoais, atividades de lazer ou interesses pessoais que teve a oportunidade de transmitir aos seus pares. O grupo também permite que o adolescente se sinta integrado na sociedade e, mais particularmente, à idade grupo que caracteriza esta sociedade (Armitage, 2013).

Em alguns países, a frequência de consumo regular de álcool entre os adolescentes varia com a classe social (Monk & Heim, 2011).

Em termos familiares, identifica-se que as crianças em famílias monoparentais, especialmente de pais divorciados, bebem mais e mais frequentemente, do que aqueles com famílias completas. O número de irmãos mais velhos que bebem álcool aumenta a probabilidade de consumo de álcool nas crianças mais novas (Cardenas et al. 2013).

O consumo de álcool por adolescentes é motivo de preocupação por diversas razões. De acordo com evidência científica existente, o álcool é neurotóxico nesta fase da vida (Andersen, 2012), sendo que o cérebro sofre alterações estruturais e de desenvolvimento durante a adolescência. Embora, não se saiba se esta neurotoxicidade em si afeta explicitamente a realização educacional, existem estudos sobre o consumo de álcool e, especialmente, do uso abusivo, evidenciando que pode prejudicar o desempenho escolar.

O córtex pré-frontal, a estrutura que está envolvida em situações de julgamento, planejamento e tomada de decisões é o último a desenvolver-se nos adolescentes, isto pode ajudar a entender porque é que os adolescentes tendem a assumir riscos, nomeadamente ao abuso de álcool e drogas (Rahman, Faizal e Kinderman, 2014).

De salientar que, na Inglaterra embora ocorram cinco vezes mais mortes entre os 55 e os 64 anos por abuso de álcool, nos jovens entre os 15 e os 24 anos, uma em cada quatro mortes está relacionada com o abuso de álcool (Jones, Bellis, Dedman, Sumnall & Tocque, 2009).

Muitos aspetos da vida familiar têm um efeito sobre o consumo de álcool nas crianças. E, por esta razão, é feita uma análise mais profunda sobre a relação com os pais. Um estilo permissivo de educação aumenta a probabilidade de abuso de álcool em crianças, ou mesmo uma comunicação intrafamiliar marcada por críticas e censuras, acompanhada de grande hostilidade (Bowen et al., 2014).

Num estudo efetuado pelo *International Center for Alcohol Policies* em 2009, com crianças adotadas, observou-se que 18,27% delas que tinham pais biológicos alcoólicos também desenvolveram problemas com álcool, em comparação a 6% das crianças que não tinham pais alcoólicos.

O consumo excessivo e precoce de álcool é igualmente influenciado por diversos contextos sociais e culturais em que os próprios adolescentes vivem (Bonnie, 2004). São determinantes específicos a convivência com pessoas que bebem, nomeadamente, os pais (Otten, van der Zwaluw et al. 2008) e irmãos (Petraitis, Flay et al. 1998), e a pressão de pares (Curran et al., 1997); a acessibilidade ou facilidade de acesso (Romano, Duailibi et

al. 2007; Vieira, Ribeiro et al. 2007) ou ainda através do apelo televisivo (Petraitis, Flay et al. 1998; Bonnie & O'Connell 2004).

1.3 PROFESSORES COMO AGENTES DE PRIMEIRA AJUDA EM SAÚDE MENTAL: EVIDÊNCIA E NOVOS DESAFIOS

Os grandes decisores políticos identificaram as escolas como os principais cenários estratégicos para a saúde mental positiva dos seus alunos, através do ensino de habilidades sociais e emocionais. Assim, promover o desenvolvimento da saúde exige que os professores possuam conhecimentos pedagógicos e conheçam as características dos seus alunos.

De acordo com a OMS (2013), existem evidências fortes sobre os recursos necessários para a promoção da saúde mental, e ainda que cerca de 20% das crianças e adolescentes do mundo apresentam algum tipo de perturbação mental ou problemas. Segundo esta organização devem ser as escolas e os centros de infância os locais promotores em matéria de saúde mental, a todas as crianças e adolescentes.

De uma forma geral, a reforma e a renovação escolar exigem mudanças e, requerem que os líderes escolares e os professores tenham a capacidade de atuar como mediadores das Diretivas Políticas. Por isso a mudança deve ser multidimensional, todos os componentes de gestão incluindo o planeamento curricular, as estratégias pedagógicas, as crenças, as capacidades de desenvolvimento e as estruturas organizacionais devem concorrer para o bem-estar da população escolar (Waks, 2007).

Promover a saúde mental dos alunos como parte integrante do currículo escolar é a segunda ordem de mudança, ou seja, a mudança que se esforça para transformar a estrutura da escola, os papéis envolvidos, os sistemas de crenças e o currículo. É uma mudança que exige o apoio dos líderes escolares e o envolvimento dos professores (Hughes, 2009; Kidger, Gunnell, Biddle, Campbell, & Donovan, 2010).

Em termos de mudança ao nível individual do professor, poder-se-á referir que contempla três componentes, o fornecimento de materiais, estratégias e crenças dos professores em relação à mudança e implementação de iniciativas. Como sabemos os professores não são um grupo homogêneo, diferem na sua experiência, crenças, atitudes, cultura (Rubie-Davies, Flint, & McDonald, 2013).

Um estudo recente realizado por Moreira, Pinheiro, Gomes, Cotter e Ferreira (2013), com 266 professores de português indicou que os professores do género masculino apresentam maiores dificuldades na promoção de habilidades socio-emocionais do que as professoras.

Estudos anteriores determinam que as características demográficas dos professores como o género, anos de experiência docente e a cultura, podem afetar as crenças, atitudes e capacidades, perante a diversidade e a saúde mental (Rubie-Davies, Flint, & McDonald, 2012).

De acordo com Klassen e Chiu (2010) as professoras canadenses apresentam maior autoeficácia para a gestão da sala de aula do que os professores. Por outro lado, Rubie-Davies et al., relataram um estudo que incluiu a administração de uma escala de sentido de eficácia dos professores (Tschannen-Moran & Hoy, 2001) aos professores da Nova Zelândia e, identificaram as professoras com maior eficácia para permitir o envolvimento dos alunos na gestão e estratégias de instrução.

No que se relaciona com as habilidades sócio-emocionais, o estudo de Moreira, Pinheiro, Gomes, Cotter e Ferreira (2013), identifica que os professores do género masculino apresentam maiores dificuldades do que as professoras na promoção destas habilidades.

O desenvolvimento de competências pessoais como o autoconhecimento, a melhoria da autoestima, um sentimento de controlo e de autoeficácia, as relações interpessoais e as competências comunicacionais, tem demonstrado que promover a saúde mental é ajudar as pessoas a exercer maior controlo da sua vida. Para trabalhar da melhor forma com estas competências, é necessário compreender o comportamento humano e as suas ações (Goleman, 2006). Estas competências são fundamentais para a promoção da saúde em adolescentes.

Em resultado dos inúmeros estudos, tem existido um grande impulso internacional para conceituar e definir as competências principais dos profissionais de promoção de saúde, em associação com as profissões de enfermagem e educação (Shilton, Howat, James & Lower, 2001; Barry, Allegrante, Lamarre, Auld & Taub, 2009).

As competências são definidas como uma associação dos atributos tais como o conhecimento, competências e atitudes dos indivíduos para executar uma série de tarefas para um padrão adequado (Dempsey, Battel-Kirk & Barry, 2011). As competências disponibilizam uma linguística própria que define o que é exigido na profissão e

contribuem para a consolidação da disciplina. A eficácia da promoção da saúde é dependente de uma força de trabalho flexível e adaptável.

A profissão de professor é complexa, em sociedades cada vez mais abertas, com bastantes desequilíbrios de diversas naturezas e no centro de sucessivas reformas. Encontrar um rumo que vá de encontro às necessidades dos diferentes alunos e pais é muito difícil.

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2013) definiu a capacitação dos clientes como uma das áreas prioritárias de investigação em Enfermagem, como o contributo da psicoeducação na competência emocional dos professores.

O interesse no âmbito da promoção e educação para a saúde surge de modo significativo em meados da década de 1990 constituindo-se atualmente, como principal resultado positivo para a promoção da saúde, seja em termos de exercício ativo, participado e ampliado da cidadania em saúde dos indivíduos, grupos e comunidades (Nutbeam, 2000).

As diversas intervenções têm como objetivo a produção de resultados em saúde, como a redução da morbilidade, e em termos sociais, como a qualidade de vida (Nutbeam, 2000).

De acordo com os autores, existem ainda resultados ao nível de saúde, ou seja, as determinantes da saúde que podem ser modificáveis com o estilo de vida saudável, dos exercícios de saúde e ambientes de saúde seguros, incluindo este último a redução do consumo de álcool.

De acordo com Gallagher, Tedstone Doherty, Moran & Kartalova-O'Doherty (2008) a literacia em saúde deve tornar-se um princípio fundamental dos programas de saúde escolar, pois ajuda a implementar a adoção de comportamentos saudáveis, isto porque, implica possuir conhecimentos, prevenção e gestão de modo eficaz, bem como a aquisição de competências para obter essa informação, avaliação e aplicação com sucesso nas escolas.

As escolas, atualmente, estão bastante familiarizadas com as intervenções de promoção de saúde ao nível da população, nomeadamente, no que se relaciona com a necessidade de prática de exercício, alimentação saudável, consumo de drogas, relações sexuais, HIV e consumo de álcool (OMS, 2013).

Existe uma necessidade crescente de intervir no ambiente escolar, no sentido de desenvolver ações de sensibilização e educação ao nível da literacia em saúde mental para os professores e outros profissionais de educação e de saúde escolar, para que possam

interceder junto dos jovens que estão a desenvolver uma perturbação mental ou então uma crise relacionada com a saúde mental.

Evidência científica aponta para uma maior probabilidade dos jovens pedirem ajuda a fontes próximas como os professores, que por sua vez têm baixo nível de interação com os serviços de saúde, no entanto quanto mais precoce esta orientação e encaminhamento mais rápida é a recuperação (Ricwood, Deane, Wilson & Ciarrochi, 2005).

Parte II – METODOLOGIA

CAPÍTULO III – ESTUDO METODOLÓGICO

O capítulo três dá início à segunda parte do trabalho, o estudo empírico, pretendendo-se neste ponto do trabalho apresentar a metodologia de investigação.

Este estudo está integrado na linha de investigação da UICISA-E de Formação de Profissionais de Saúde e Educação para a Saúde, no projeto “Feliz Mente” – Literacia em Saúde Mental, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Este projeto tem como principais objetivos a promoção da saúde mental e a prevenção das perturbações mentais e do comportamento em adolescentes e jovens através da literacia em saúde mental.

Assim surge esta dissertação, titulada de Literacia em saúde mental dos professores acerca do uso/abuso de álcool, e como resultados desta investigação pretende-se desenvolver áreas estratégicas de intervenção para professores no âmbito da primeira ajuda em saúde mental.

Assim, neste capítulo, além de se elencarem as questões de investigação e os objetivos do estudo, também se apresenta o desenho do estudo, o método e o tipo de estudo, assim como a amostra e as técnicas e instrumentos de análise e recolha da informação, os procedimentos e as etapas de todo o processo de investigação.

1 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Os professores do 3.º ciclo do ensino básico e ensino secundário desempenham papéis fundamentais como parceiros na prevenção, reconhecimento, identificação, etiologia, intervenção e prognóstico dos problemas de saúde mental em adolescentes e jovens. No entanto, é essencial que os professores detenham níveis de literacia em saúde mental suficientes relativamente ao uso/abuso de álcool, para gerar práticas eficazes nestas áreas.

Colocou-se como questão de investigação:

Quais os níveis de literacia em saúde mental dos professores relativamente ao uso/abuso de álcool?

2 DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

O presente estudo é de natureza quantitativa de nível I, do tipo descritivo-exploratório.

3 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Como afirmado anteriormente, o instrumento de colheita de dados utilizado foi o inquérito por questionário, o Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental, QuALiSMental, (Loureiro *et al.* 2012; Loureiro, 2015) na versão para adultos para dar resposta aos objetivos da investigação (anexo I).

O QuALiSMental é constituído por um conjunto de itens que pretendem avaliar as componentes da literacia em saúde mental, onde são apresentadas três vinhetas que descrevem os sinais e sintomas de depressão, psicose e abuso de álcool.

Para determinar o nível de literacia em saúde mental dos professores acerca do uso, abuso de álcool nos adolescentes e jovens, foi utilizada a vinheta do abuso de álcool de acordo com os critérios da DSM-IV-TR (Associação Americana de Psiquiatria, 2002).

Assim, o questionário contempla duas partes, em que na primeira parte encontram-se as instruções do preenchimento, e as questões que englobam os dados sociodemográficos dos professores (idade, género, estado civil, número de anos de exercício profissional como professor, área que leciona, distrito onde exerce a atividade profissional).

Na segunda parte do questionário é apresentada a vinheta do abuso de álcool:

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

- a) *Reconhecimento das perturbações*: nesta componente é apresentada a questão: “Na sua opinião, que se passa com o Jorge?” e é de resposta múltipla dicotómica (concordo/discordo) em que os rótulos possíveis são: “Não tem nada”, “Não sei”, “Crise da própria idade”, “Esgotamento nervoso”, “Psicose”, “Depressão”, “Esquizofrenia”, “Stress”, “Doença Mental”, “Problemas psicológicos/mentais/emocionais”, “Anorexia”, “Bulimia”.
- b) A componente *conhecimento sobre os profissionais e tratamentos disponíveis* é avaliada essencialmente por duas questões.

Relativamente aos itens para avaliar o conhecimento acerca da ajuda profissional disponível, são descritas as seguintes atividades profissionais: “Um médico de família”, “Você mesmo enquanto professor”, “Um enfermeiro”, “Um pedopsiquiatra/psiquiatra”, “Um assistente social”, “Um serviço telefónico de aconselhamento”, “Um familiar próximo” e “Um amigo significativo” mantendo o registo de resposta como “Útil”, “Prejudicial” e “Não sei”.

Quanto aos tratamentos disponíveis é colocada a seguinte questão: “Dos seguintes medicamentos/produtos quais, na sua opinião, seriam úteis ou poderão ajudar o Jorge. Assinale para cada um a sua opinião.”: “Útil”, “Prejudicial” e “Não sei”. Os itens de resposta são: “Vitaminas”, “Chás (ex. Camomila ou Hipericão)”, “Tranquilizantes/calmanes”, “Antidepressivos”, “Antipsicóticos” e “Comprimidos para dormir”.

No sentido de avaliar quais as barreiras consideradas na procura de ajuda foi colocada a seguinte questão: “O que pensa que poderia impedir o Jorge de lhe pedir ajuda?”, também com formato de resposta “Concordo” ou “Discordo”. Esta questão é composta pelos seguintes itens: “Pensar que vou ficar com uma opinião negativa sobre ele”, “Pensar que não vou valorizar o que ele me diz”, “Pensar que vou contar a outras pessoas”, “Pensar o que poderei pensar sobre ele”, “Pensar que nada o poderá ajudar”, “Pensar que se poderá saber que está a ter ajuda de um profissional de saúde”, “Pensar que poderá ter dificuldades em aceder a essa pessoa/profissional de saúde”, “Pensar que o tratamento tem efeitos secundários”, “Ser tímido, sentir vergonha”. Esta questão permite avaliar as barreiras à procura de ajuda.

Para avaliar o grau de confiança para prestar ajuda foi colocada a seguinte questão “Em que medida se sente confiante para ajudar o Jorge?” cuja resposta é apresentada numa

escala do tipo *likert* que varia de 1 a 5 em que 1 é “Nada confiante” e 5 “Muitíssimo confiante”.

- c) As componentes *conhecimento sobre a eficácia das estratégias de autoajuda e conhecimento e competências para prestar apoio e primeira ajuda aos outros*, são avaliadas em duas questões.

Na primeira questão “De seguida são apresentadas as diferentes opções que poderia utilizar para ajudar o Jorge. Assinale para cada uma a sua opinião.”, é composta por 12 itens, em que para cada um deles, o participante deve classificar como “Útil”, “Prejudicial” e “Não sei”.

Os itens são os seguintes: “Não valorizar o seu problema, ignorando-o até que se sinta melhor”, “Mudar a forma como interagia com esse aluno”, “Ouvir os seus problemas de forma compreensiva”, “Desenvolver um plano de ação para o problema em colaboração com o aluno”, “Encontrar-me com os pais ou encarregados de educação para falar sobre o Jorge”, “Sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado”, “Consultar um livro ou pesquisar na internet sobre este tipo de problemas”, “Procurar participar em ações de formação em primeira ajuda em saúde mental”, “Discutir o problema do Jorge com o/a Psicólogo/a da escola”, “Marcar uma consulta no Médico de Família com o seu conhecimento e acompanha-lo”, “Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente” e “Procurar mantê-lo ocupado para que não pense tanto nos seus problemas”.

Na segunda questão, também com formato de resposta anterior (“Útil”, “Prejudicial” e “Não sei”), são descritas as seguintes atividades para o participante classificar: “Fazer exercício físico”, “Praticar treino de relaxamento”, “Praticar meditação”, “Fazer acupuntura”, “Levantar-se cedo todas as manhãs e ir dar um passeio a pé”, “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” e “Fumar para relaxar”.

As atitudes estigmatizantes e a distância social é avaliada na seguinte questão: “As próximas questões contêm afirmações acerca da situação do Jorge. Indique a sua opinião pessoal para cada afirmação.”: “Se o Jorge quisesse poderia sair desta situação por si”, “A situação do Jorge é um sinal de fraqueza pessoal”, “Esta situação não é uma doença

verdadeira”, “O Jorge pode ser perigoso para os outros”, “A melhor forma de evitar desenvolver uma situação como a do Jorge é afastar-se dele”, “ A situação do Jorge torna-o uma pessoa imprevisível” e “ Nunca contaria a ninguém se tivesse na situação do Jorge”. Para cada item o participante responde: “Discordo completamente”, “Discordo”, “ Não concordo nem discordo”, “Concordo” e “ Concordo completamente”.

d) A componente e última da Literacia em saúde mental, *conhecimento do modo de como se podem prevenir as perturbações mentais* é avaliada por duas questões.

Na primeira “Acha que o risco de desenvolver uma situação como a do Jorge reduziria se os jovens:” obtém um formato de resposta: “Sim”, “Não” e “Não sei”, para os seguintes itens: “Praticassem exercício físico”, “Evitassem situações geradoras de stress”, “Mantivessem o contacto regular com amigos”, “Mantivessem o contacto regular com a família”, “Não bebessem bebidas alcoólicas”, “Praticassem atividades relaxantes regularmente” e “Tivessem uma crença religiosa ou espiritual”.

Na segunda questão e última do questionário, são apresentadas diferentes estratégias que possam contribuir para ajudar os professores a lidar com este tipo de situação, em que os mesmos podem responder da seguinte forma: “Útil”, “Prejudicial”, “Nem uma coisa nem outra” ou “Não sei”. Os itens são os seguintes: “Formação de professores para lidar com problemas de saúde mental”, “Realização de workshops nas escolas sobre saúde mental para alunos”, “Realização de workshops nas escolas sobre saúde mental para professores”, “Consultas de saúde mental nas escolas”, “Acesso mais fácil a recursos em saúde mental da comunidade”, “Acesso a apoio e aconselhamento em saúde mental”, “Disponibilidade de suporte via telefónica para questões relacionadas com a saúde mental dos estudantes”, “Acesso a bases de dados e outros recursos” e “Mais disponibilidade de vídeos, DVD’s, manuais”.

4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo de estudo são professores do 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário que trabalham em escolas a nível nacional, tendo sido utilizada uma amostragem por conveniência, selecionada a partir de um grupo de professores disponíveis a responder ao questionário on-line, através do seu endereço eletrónico, que aceitaram colaborar na investigação.

4.1 Caracterização da amostra

A amostra do estudo é constituída por 74 professores, com média de idade de 44,24 anos (desvio padrão=8,862anos), em que a idade mínima observada é 27 anos e a idade máxima é 60 anos.

No que respeita ao género, a amostra é constituída por 78% de participantes do género feminino e 22% do género masculino.

Relativamente ao estado civil 76% dos participantes são casados, 8% são divorciados/separados, e 16% participantes são solteiros.

Quanto ao distrito onde os professores exercem ou exerceram no último ano a sua atividade profissional, a amostra de estudo demonstra que na sua maioria, os participantes exercem a sua atividade de professor(a) em Coimbra (n=44), Lisboa (n=14), Leiria (n=4); Viseu (n=4), Faro (n=2), Viana do castelo (n=2) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das frequências absolutas e percentuais de acordo com o género, estado civil e distrito onde os participantes exercem a sua profissão

Género	nº	%
Feminino	58	78,4
Masculino	16	21,6
Estado civil		
Casada(o)	56	75,7
Divorciada(o)/Separado	6	8,1
Solteira(o)	12	16,2
Distrito		
Coimbra	44	59,5
Lisboa	14	18,9
Leiria	4	5,4
Porto	4	5,4
Viseu	4	5,4
Faro	2	2,7

Quanto ao número de anos de exercício profissional como professor temos uma média de 20,57 anos (desvio padrão de 9,553 anos) em que o número mínimo é de 2 anos e o número máximo de 38 anos de serviço (Tabela 2).

Tabela 2 – Estatísticas resumo da idade e do número de anos de exercício profissional

	nº	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	74	27	60	44,24	8,86
Número de anos de exercício profissional	74	2	38	20,57	9,55

6 PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados utilizado para este estudo é parte integrante de um programa designado de “Educação e Sensibilização para a Saúde Mental: um programa de intervenção com base na Escola para Adolescentes e Jovens” a decorrer na Região Centro de Portugal Continental, inscrito na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Este questionário foi colocado on-line através de um endereço eletrónico criado para o efeito.

O processo de colheita de dados foi realizado da seguinte forma: contactadas por via telefone e via internet algumas escolas do 3º ciclo do ensino básico e secundário de Portugal Continental, explicando o contexto da investigação e solicitando a colaboração para o preenchimento do questionário (facultando o endereço eletrónico). Foi também disponibilizado o questionário numa plataforma on-line de professores.

Como tal foi realizada uma breve apresentação do investigador, comunicado os objetivos do estudo, e ao consentir a participação no estudo foi aplicado o QuALiSMental (Loureiro

et al 2012; Loureiro, 2015). Foi solicitada ao coordenador e formador do programa PASM, a autorização para administração do instrumento de colheita de dados.

Foi garantido por parte do investigador em todas as fases do estudo, o princípio do sigilo e da confidencialidade dos dados obtidos, respeitando o anonimato dos participantes.

7 PROCEDIMENTO PARA O TRATAMENTO DE DADOS

A construção da base de dados deste estudo e o tratamento estatístico dos mesmos foi realizado com recurso ao programa IBM-SPSS 22.0. Foram calculadas as estatísticas resumo adequadas, bem como as frequências absolutas e percentuais para todos os itens do questionário, de modo a responder aos objetivos deste trabalho.

CAPÍTULO IV – RESULTADOS

1 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi efetuada tendo em conta os resultados da avaliação da literacia em saúde mental acerca do uso/abuso de álcool, após aplicado o QuALiSMental (Loureiro e al, 2012) aos professores. Os resultados apresentam-se por componentes do conceito de literacia em saúde mental para a vinheta do abuso de álcool.

1.1 Reconhecimento das perturbações mentais de modo a facilitar a procura de ajuda

Após a apresentação da situação descrita sobre o Jorge, a primeira questão colocada pretende analisar a capacidade de reconhecimento dos problemas. São consideradas respostas corretas quando existe a identificação direta de uma perturbação entre as respostas apresentadas.

Como se pode observar na tabela 3, as respostas dos participantes são unânimes no que respeita à situação descrita sobre o Jorge, ou seja, a presença de problemas psicológicos/mentais/emocionais, com uma percentagem de 78,4% (concordo). De seguida o termo assinalado com maior número foi o stress com 54,1%, seguido de depressão com 37,8%. De salientar que 37,% dos participantes assinalaram que concordam que é uma crise da própria idade e na mesma percentagem não conseguem identificar o problema.

Tabela 3 – Distribuição percentual do reconhecimento das perturbações

Rótulos:	%
Não tem nada	5,4
Não sei	37,8
Crise da própria idade	37,8

Esgotamento nervoso	16,2
Psicose	16,2
Depressão	37,8
Esquizofrenia	2,7
Stress	54,1
Doença Mental	21,6
Problemas psicológicos/mentais/emocionais	78,4
Anorexia	5,4
Bulimia	5,4

1.2 Conhecimento sobre os profissionais e tratamentos disponíveis

No que se relaciona com o conhecimento sobre os profissionais de saúde e outras pessoas que poderão ajudar o Jorge, observa-se na tabela 4 que são os professores (94,6%) e o amigo significativo (94,6%) que representam maior percentagem de utilidade. Estes profissionais são seguidos pelo pedopsiquiatra/psiquiatra e um familiar próximo com uma percentagem de 83,8%.

Pode-se observar ainda que as pessoas que são consideradas prejudiciais são os enfermeiros (67,6%). O nível de incerteza é observado através do item “Não sei”, o qual designa um serviço telefónico de aconselhamento com maior percentagem (51,4%), seguido do assistente social (37,8%).

Tabela 4 – Distribuição percentual da percepção de necessidade dos profissionais de saúde e outras pessoas

Itens	Não sei (%)	Útil (%)	Prejudicial (%)
Um médico de família	24,3	73	2,7
Você mesmo enquanto professor	5,4	94,6	---
Um enfermeiro	27	5,4	67,6
Um pedopsiquiatra/psiquiatra	16,2	83,8	---
Um assistente social	37,8	48,6	13,5
Um serviço telefônico de aconselhamento	51,4	32,4	16,2
Um familiar próximo	16,2	83,8	---
Um amigo significativo	2,7	94,6	2,7

Quanto à noção dos medicamentos e tratamentos disponíveis, com a afirmação “Os medicamentos/produtos quais, na sua opinião, seriam úteis ou poderão ajudar o Jorge” verificou-se que (tabela 5), são essencialmente os chás (35.1%) e as vitaminas (29.7%) que representam maior utilidade. Os participantes consideraram prejudiciais os comprimidos para dormir (45.9%), os antidepressivos (43.2%) e os antipsicóticos (40.5%).

Tabela 5 – Distribuição percentual da opinião acerca dos medicamentos/produtos que poderiam ser úteis

Itens	Não sei (%)	Útil (%)	Prejudicial (%)
Vitaminas	64,9	29,7	5,4
Chás (ex.: Camomila ou Hipericão)	59,5	35,1	5,4
Tranquilizantes/calmanes	51,4	18,9	29,7
Antidepressivos	45,9	10,8	43,2
Antipsicóticos	56,8	2,7	40,5

Seguidamente, no sentido de perceber as barreiras à procura de ajuda dos adolescentes aos professores, foi colocada a seguinte questão: “O que pensa que poderia impedir o Jorge de lhe pedir ajuda?”. Pode-se observar (tabela 6) que as principais barreiras assinaladas pelos professores foram: “Pensar que vou contar a outras pessoas” (89.2%), “Pensar o que poderei pensar sobre ele” (83,8%) e com igual percentagem “Pensar que vou ficar com uma opinião negativa sobre ele” e, “Ser tímido, sentir vergonha” (81,1%).

Tabela 6 – Distribuição percentual das barreiras à procura de ajuda

Itens	(%)
Pensar que vou ficar com uma opinião negativa sobre ele	81,1
Pensar que não vou valorizar o que ele me diz	59,5
Pensar que vou contar a outras pessoas	89,2
Pensar o que poderei pensar sobre ele	83,8
Pensar que nada o poderá ajudar	59,5
Pensar que se poderá saber que está a ter ajuda de um profissional de saúde	37,8
Pensar que poderá ter dificuldades em aceder a essa pessoa/profissional de saúde	24,3
Pensar que o tratamento tem efeitos secundários	8,1
Ser tímido, sentir vergonha	81,1

A questão que se colocou de seguida aos participantes prendeu-se com as competências e conhecimentos para prestar apoio à pessoa com uma perturbação da saúde mental (“Em que medida se sente confiante para ajudar o Jorge?”). O formato de resposta consistia na escolha de uma das seguintes respostas possíveis: 1 (nada confiante), 2 (pouco confiante), 3 (confiante), 4 (muito confiante), 5 (muitíssimo confiante). A análise das respostas permitiu verificar que os níveis de confiança dos professores para prestar apoio a um adolescente na situação do Jorge, são positivos, sendo que 45,9% sente-se confiante e 40,5% muito confiante (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição das frequências absolutas e percentuais de acordo com o grau de confiança na prestação de ajuda

	nº	%
3 - confiante	34	45,9
4 – muito confiante	30	40,5
5 – muitíssimo confiante	10	13,5

1.3 Conhecimento sobre a eficácia das estratégias de autoajuda e conhecimento e as competências para prestar apoio e primeira ajuda aos outros

Relativamente à eficácia das estratégias de autoajuda, após colocada a questão “Existem diferentes atividades que poderão ajudar o Jorge”, foi importante averiguar quais as atividades que podem ajudar o Jorge, pelo que as respostas em termos de utilidade demonstram que, “fazer exercício físico”, apresenta um nível de resposta de 100%, seguida de “praticar treino de relaxamento” (86.5%), e “fazer terapia com um profissional especializado” (83.8%). Por outro lado, “praticar meditação” foi dada como útil numa percentagem de 64.9%, bem como, “levantar-se cedo todas as manhãs e ir dar um passeio a pé” (67.6%). Será igualmente, importante e útil, “procurar ajuda especializada de saúde mental” (62.2%) e “juntar-se a um grupo de apoio (...) com problemas similares” (48.6%). Como ação prejudicial, todos os participantes escolheram a opção “fumar para relaxar” (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição percentual da eficácia de estratégias de autoajuda

Itens	Não sei (%)	Útil (%)	Prejudicial (%)
Fazer exercício físico	---	100	---
Praticar treino de relaxamento	13,5	86,5	---
Praticar meditação	35,1	64,9	---
Fazer acupuntura	62,2	35,1	2,7
Levantar-se cedo todas as manhãs e ir dar um passeio a pé	32,4	67,6	---

Fazer terapia com um profissional especializado	16,2	83,8	---
Consultar um site que contenha informação sobre o problema	59,5	27	13,5
Ler um livro de auto-ajuda sobre o problema	48,6	43,2	8,1
Juntar-se a um grupo de apoio (...) com problemas similares	40,5	48,6	10,8
Procurar ajuda especializada de saúde mental	29,7	62,2	8,1
Fumar para relaxar	---	---	100

De forma a avaliar os conhecimentos e as competências para prestar apoio e primeira ajuda aos outros foram colocadas diferentes estratégias para avaliar as diferentes opções que poderiam utilizar para ajudar o Jorge, observou-se que os participantes referem que o facto de “ouvir os seus problemas de forma compreensiva” é essencialmente útil para ajudar o Jorge, com uma percentagem de resposta de 100%. “Desenvolver um plano de ação (...) em colaboração com o aluno”, com uma percentagem de resposta de 97.3% foi a segunda opção considerada útil para ajudar numa situação semelhante à do Jorge. De seguida, é salientado com destaque, “discutir o problema do Jorge com o/a Psicólogo/a da escola” com uma percentagem de 94,6% de utilidade. Em termos de estratégias prejudiciais consideradas, observou-se que “não valorizar o seu problema, ignorando-o até que se sintam melhor”, é a principal opção para os participantes com uma percentagem de 100%. E, de seguida, com uma percentagem mais baixa as afirmações “Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente”, com 24.3% e “mudar a forma como interagia com esse aluno” (24,3%) (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição percentual das estratégias de ajuda eficazes para ajudar o Jorge

Itens	Não sei (%)	Útil (%)	Prejudicial (%)
Não valorizar o seu problema, ignorando-o até que se sintam melhor	---	---	100,0
Mudar a forma como interagia com esse aluno	8,1	67,6	24,3
Ouvir os seus problemas de forma compreensiva	---	100,0	---

Desenvolver um plano de ação (...) em colaboração com o aluno	2,7	97,3	---
Encontrar-me com os pais (...) para falar sobre o Jorge	5,4	89,2	5,4
Sugerir que procure ajuda de um profissional (...) especializado	10,8	89,2	---
Consultar um livro ou pesquisar na internet (...)	18,9	59,5	21,6
Procurar participar em ações de formação (...)	29,7	67,6	2,7
Discutir o problema do Jorge com o/a Psicólogo/a da escola	---	94,6	5,4
Marcar uma consulta no Médico de Família (...)	45,9	40,5	13,5
Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente	27,0	48,6	24,3
Procurar mantê-lo ocupado para que não pense tanto (...)	21,6	56,8	21,6

Colocou-se um conjunto de afirmações em relação ao Jorge no sentido de perceber a existência de atitudes estigmatizantes e o distanciamento social, pelo que foi pedido aos participantes que revelassem a sua concordância. Observou-se que em relação à afirmação “Se o Jorge quisesse poderia sair desta situação por si”, existe uma discordância mais elevada (29.7%), de igual modo, com não concordo nem discordo. O nível de concordância foi de 24.3% o que revela que a maior parte dos participantes não concorda com a afirmação.

Na afirmação “A situação do Jorge é um sinal de fraqueza pessoal”, observou-se um nível de discordância bastante elevado (45.9%) e discordância total (24.3%), em relação ao nível de concordância de 16.2%.

A afirmação “Esta situação não é uma doença verdadeira” observou-se um nível de discordância bastante elevado (51.4%) e discordância total (16.2%), em relação ao nível de concordância de 2.7%, logo a maior parte dos participantes revela a sua discordância com a afirmação.

Na afirmação “O Jorge pode ser perigoso para os outros” observou-se um nível de concordância bastante elevado (40.5%) e um nem concordo nem discordo (32.4%) e uma discordância de 16.2%.

Na afirmação “A melhor forma de evitar (...) é afastar-se dele”, revela essencialmente, um nível de discordância total de 73%, e de um nível de discordância de 18.9%. logo a maior parte dos participantes discorda com a afirmação.

Na afirmação “A situação do Jorge torna-o uma pessoa imprevisível”, observou-se um nível de concordância de 51.4%, um nível de nem concordo nem discordo, com uma percentagem de 29.7%, e um nível de discordância de 8.1%.

Na afirmação “Nunca contaria a ninguém se tivesse na situação do Jorge”, observou-se um nível de discordância bastante elevado (45.9%) e um nível de incerteza através do item “não concordo nem discordo” com uma percentagem de 35.1% que revela desconhecimento sobre esta afirmação, e um nível de concordância de 2.7%.

Tabela 10 – Distribuição percentual acerca da opinião dos participantes acerca de algumas afirmações relacionadas com o problema do Jorge

Itens	Não sei (%)	Concordo totalmente (%)	Concordo (%)	Não concordo Nem discordo (%)	Discordo (%)	Discordo totalmente (%)
Se o Jorge quisesse poderia sair desta situação por si	---	5,4	24,3	29,7	29,7	10,8
A situação do Jorge é um sinal de fraqueza pessoal	---	---	16,2	13,5	45,9	24,3
Esta situação não é uma doença verdadeira	---	5,4	2,7	24,3	51,4	16,2
O Jorge pode ser perigoso para os outros	---	---	40,5	32,4	16,2	10,8
A melhor forma de evitar (...) é afastar-se dele	---	---	---	8,1	18,9	73
A situação do Jorge torna-o uma pessoa imprevisível	---	10,8	51,4	29,7	8,1	---
Nunca contaria a ninguém se tivesse na situação do Jorge	---	---	2,7	35,1	45,9	16,2

1.4 Conhecimento do modo de como se podem prevenir as perturbações mentais

Para avaliar os conhecimentos acerca das medidas de prevenção de uma situação como a do Jorge, foram colocados alguns itens de ações preventivas. Pelo que, as respostas concordantes são bastante reveladoras, ou seja, a afirmação “Mantivessem o contacto regular com a família”, apresentou um índice de resposta com uma percentagem de 91.9%, seguida da afirmação “Praticassem exercício físico” (91.9%). Da mesma forma, a não ingestão de bebidas alcoólicas, (81.1%) e o facto de manter o contacto regular com amigos (75.7%) foram relevantes. Por outro lado, a afirmação “Tivessem uma crença religiosa ou espiritual” (48.6%), foi a que menos se correlacionou com as situações que poderiam contribuir para reduzir os riscos dos jovens em geral (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição percentual das respostas aos itens acerca do modo de prevenção das perturbações mentais

Itens	Não sei (%)	Sim (%)	Não (%)
Praticassem exercício físico	---	91,9	8,1
Evitassem situações geradoras de stress	10,8	67,6	21,6
Mantivessem o contacto regular com amigos	10,8	75,7	13,5
Mantivessem o contacto regular com a família	5,4	94,6	---
Não bebessessem bebidas alcoólicas	10,8	81,1	8,1
Praticassem atividades relaxantes regularmente	16,2	78,4	5,4
Tivessem uma crença religiosa ou espiritual	43,2	8,1	48,6

No sentido de perceber que estratégias poderiam contribuir para ajudar os professores a lidar com este tipo de situação colocaram-se um conjunto de afirmações e pedido aos participantes para indicarem se era uma ação útil ou prejudicial.

Em termos de utilidade, observou-se que os participantes referem o “acesso a apoio e aconselhamento em saúde mental” como a principal estratégica contributiva do trabalho dos professores (97.3%), de seguida, a” realização de workshops (...) sobre saúde mental para alunos” com (89.2%), tal como, o “acesso mais fácil a recursos em saúde mental da

comunidade” (86.5%). De igual modo, a “disponibilidade de suporte via telefónica” (70.3%) e as “consultas de saúde mental nas escolas” (78.4%) (Tabela 12)

Tabela 12 – Distribuição percentual acerca da opinião dos participantes sobre estratégias contributivas para ajudar os professores a lidar com situações semelhantes à do Jorge

Itens	Não sei (%)	Útil (%)	Prejudicial (%)	Nem uma coisa nem outra (%)
Realização de workshops (...) sobre saúde mental para alunos	8,1	89,2	---	2,7
Realização de workshops (...) sobre saúde mental para professores	10,8	75,7	---	13,5
Consultas de saúde mental nas escolas	13,5	78,4	---	8,1
Acesso mais fácil a recursos em saúde mental da comunidade	2,7	86,5	2,7	8,1
Acesso a apoio e aconselhamento em saúde mental	---	97,3	2,7	---
Disponibilidade de suporte via telefónica (...)	18,9	70,3	2,7	8,1
Acesso a bases de dados e outros recursos	43,2	29,7	5,4	21,6
Mais disponibilidade de vídeos, DVD's, manuais	27	56,8	---	16,2

2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O sucesso acadêmico e social dos estudantes, enfoque atual das escolas e dos professores poderá estar comprometido se não se prevenir, identificar e atuar nos problemas de saúde mental das crianças e dos jovens. Como já foi referido anteriormente na revisão da literatura, de acordo com a OMS, estima-se que cerca de “20% das crianças e adolescentes sejam afetados por problemas de saúde mental com expressão antes dos 18 anos de idade (...) e que destas, cerca de metade desenvolve uma perturbação psiquiátrica com reflexo na idade adulta” (Rosa et al, 2014).

Esta é uma problemática que as escolas enfrentam nos dias de hoje. Sendo este um contexto privilegiado de acesso aos adolescentes, existe uma preocupação crescente com a promoção da literacia em saúde mental para um reconhecimento precoce e uma intervenção atempada nas perturbações mentais.

Existe pouca evidência científica no âmbito da literacia em saúde mental dos professores, mas estes são considerados principais agentes de primeira ajuda em saúde mental, dado o tempo de permanência diária com os estudantes.

Sabe-se também que, independentemente da população considerada “Os estudos têm demonstrado que os níveis de literacia em saúde mental são baixos” (Rosa et al, 2014) e que, de acordo com Jorm, Wright e Morgan (2007), citado por Rosa et al (2014, p.126) “As pessoas têm dificuldade em identificar corretamente as perturbações mentais, têm baixa compreensão dos fatores causais, crenças erradas sobre a efetividade do tratamento, são relutantes em procurar ajuda profissional e não sabem como ajudar os outros”.

Neste sentido iremos analisar e discutir os resultados obtidos da avaliação da literacia em saúde mental dos professores acerca do uso/abuso de álcool nos adolescentes, tendo em conta as componentes da literacia em saúde mental.

Relativamente à 1ª componente da literacia em saúde mental (reconhecimento das perturbações mentais de modo a facilitar a procura de ajuda), observa-se que os participantes apresentam resultados satisfatórios, tendo em conta que souberam identificar na vinheta uma situação/problema em que 78,4% referiram “presença de problemas psicológicos/mentais/emocionais”.

Não se pretende nesta abordagem a ideia de diagnóstico de doença mental, mas o reconhecimento dos sinais e a valorização dos sintomas pelos professores, que de uma

forma precoce diminui o intervalo de tempo de o desenvolvimento de uma perturbação mental e promove o acesso aos cuidados de saúde especializados.

Nesta parte do questionário surgem ainda outros problemas de saúde mental como “Psicose”, “Depressão”, “Esquizofrenia”, “Anorexia”, “Bulimia”, que apesar dos professores identificarem de forma positiva “presença de problemas psicológicos/mentais/emocionais”, 37,8% identificou como “crise própria da idade” e na mesma percentagem optaram por “não sei” o que representa a falta de conhecimentos relativamente às perturbações mentais. Esta associação de uma situação de abuso de álcool a uma crise transitória da idade, é “uma visão muito partilhada na sociedade” e “pode significar simultaneamente uma desvalorização do comportamento problema e, inclusive, uma barreira quer à procura de ajuda, quer à prestação de ajuda” (Loureiro et al, 2013, p. 479).

Numa revisão de estudos realizada por Amorim, Loureiro e Sousa (2014) em que analisaram fatores relacionados com a capacidade de reconhecimento, verificaram que a experiência, avaliada pelo contacto com pessoas com perturbação mental e a experiência prévia de doença melhora a capacidade de reconhecimentos destas perturbações. Verificaram ainda que um melhor reconhecimento está associado de forma significativa ao género feminino.

Existem poucos estudos que avaliem o reconhecimento de perturbações mentais pelos professores, no entanto Rothi, Leavey e Best (2008) realizaram um estudo com 32 professores em Inglaterra em que identificaram a necessidade de formação de professores para reconhecer e tratar perturbações de saúde mental de forma a melhorar as suas capacidades de resolver problemas de saúde mental (Rothi, Leavey e Best, 2008, como referido em Whitley, Smith, David & Vaillancourt, 2012).

Na 2ª componente da literacia em saúde mental (conhecimento sobre os profissionais e tratamentos disponíveis), os participantes do programa reconhecem a necessidade de intervenção da ajuda do professor em 94,6% e na mesma percentagem o amigo significativo.

Este dado pode indicar a importância da escola, onde as questões da educação para a saúde ocupam um lugar importante, sendo os professores os primeiros a detetar as alterações de comportamento devido à proximidade que criam com os alunos. Por outro lado é privilegiada a fonte informal “amigo significativo” e também “um familiar

próximo” com uma percentagem de 83,8%, o que revela a importância para a saúde mental de uma rede social consistente. Tal como refere Loureiro et al (2013, p.479) “A valorização das fontes informais é relevante porque grande parte das vezes é pela sugestão de amigos e familiares que os jovens procuram ajuda, reforçando a importância de integrar nos programas de prevenção familiares e pessoas significativas”.

Quanto aos profissionais de saúde que seriam essenciais para prestar ajuda ao Jorge, na opinião dos participantes são o pedopsiquiatra/psiquiatra com 83,8% seguido do médico de família com 73%. Este resultado revela a importância para o encaminhamento de ajuda especializada, mesmo tendo em conta que os adolescentes e jovens são quem menos procura os serviços de saúde.

Um dado relevante é a intervenção do enfermeiro ser considerada como prejudicial por 67,6% dos participantes, o que pode revelar a falta de conhecimento das competências e mais concretamente das competências específicas do enfermeiro de saúde mental na prevenção, identificação e tratamento nas perturbações mentais, assim como a dificuldade de acesso aos cuidados de enfermagem.

Relativamente aos medicamentos/produtos que poderiam ser úteis em situações semelhantes à do Jorge, verificou-se que houve uma valorização dos produtos não sujeitos a prescrição médica, essencialmente os chás (35.1%) e as vitaminas (29.7%) comparativamente aos psicofármacos. Estes resultados podem revelar o desconhecimento face à utilidade dos medicamentos e ainda “Deve-se salientar que esta visão negativa dos medicamentos pode, em alguma medida, potenciar a não adesão ao tratamento quando prescrito por um profissional de saúde” (Loureiro et al, 2013, p.479). Este distanciamento com os profissionais de saúde é implicado também pelo facto de os produtos considerados úteis serem de venda livre, não necessitando aconselhamento de profissionais especializados.

Os principais fatores referidos pelos participantes como impeditivos dos adolescentes lhe pedirem ajuda dizem respeito principalmente à confidencialidade, confiança e timidez na procura de ajuda. Assim “Pensar que vou contar a outras pessoas” (89.2%), “Pensar o que poderei pensar sobre ele” (83,8%) e com igual percentagem “Pensar que vou ficar com uma opinião negativa sobre ele” e, “Ser tímido, sentir vergonha” (81,1%) foram as principais barreiras na procura de ajuda aos professores. De acordo com estudos realizados por Rickwood, Dean e Wilson (2007) e Scott e Chur-Hansen (2008) referidos

por Rosa et al (2014), os adolescentes apresentaram maior intenção de pedir ajuda em fontes confiáveis e confidenciais. Estas preocupações podem estar relacionadas com o estigma da doença mental, podendo sentir vergonha, timidez na procura de ajuda, perante os familiares e pessoas significativas.

No sentido de perceber as competências e conhecimentos para prestar apoio à pessoa com uma perturbação da saúde mental, avaliando o grau de confiança para prestar ajuda, os professores revelaram de forma bastante positiva o seu nível de confiança, sendo que 45,9% sente-se confiante, 40,5% muito confiante e ainda 13,5% sente-se muitíssimo confiante. A relação do professor com o aluno, quando “marcada por uma comunicação aberta de apoio e envolvimento, promove o desenvolvimento de segurança, do bem-estar emocional e social acrescido de melhorias académicas”(Rodrigues, 2013, p.38) e ainda influencia de forma positiva o comportamento do adolescente para o bem-estar e qualidade de vida.

Na 3ª componente (conhecimento sobre a eficácia das estratégias de autoajuda) foi importante averiguar quais as atividades que podem ajudar o Jorge, pelo que as respostas em termos de utilidade demonstram que, “fazer exercício físico”, apresenta um nível de resposta de 100%, seguida de “praticar treino de relaxamento” (86.5%), e “fazer terapia com um profissional especializado” (83.8%). 62,2% também considera útil “procurar ajuda especializada de saúde mental”, salientando a importância que os participantes atribuem à ajuda profissional. “Praticar meditação” foi dada como útil numa percentagem de 64.9%, bem como, “levantar-se cedo todas as manhãs e ir dar um passeio a pé” (67.6%), que pode revelar um conhecimento sobre estratégias de autoajuda que não requerem ajuda de um profissional especializado, mas são bastante úteis, e numa fase inicial podem ser bastantes contributivas.

Como ação prejudicial, todos os participantes escolheram a opção “fumar para relaxar” que é conducente com Loureiro et al (2013), em estudos observados que referem esta medida como prejudicial e consistir uma agravante para o problema.

Relativamente à 4ª componente (conhecimento e competências para prestar apoio e primeira ajuda aos outros) observou-se que os participantes referem que o facto de “ouvir os seus problemas de forma compreensiva” é essencialmente útil para ajudar o Jorge, com uma percentagem de resposta de 100%. “Desenvolver um plano de ação (...) em colaboração com o aluno”, com uma percentagem de resposta de 97.3% e de seguida, é

salientado com destaque, “discutir o problema do Jorge com o/a Psicólogo/a da escola” com uma percentagem de 94,6% de utilidade, “sugerir que procure ajuda de um profissional (...) especializado” com 89,2%. Estas ações vêm ao encontro com as linhas orientadoras da primeira ajuda em saúde mental no abuso de álcool: 1º - aproximar-se da pessoa, observar e ajudar, 2º - Não julgar e escutar com atenção, 3º informar e apoiar, 4º procurar ajuda profissional especializada incentivando a pessoa a obtê-la e por fim incentivar o recurso a outros apoios (Loureiro, 2014).

As estratégias prejudiciais consideradas: “não valorizar o seu problema, ignorando-o até que se sinta melhor” (100%), “Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente”, com 24.3% e “mudar a forma como interagia com esse aluno” (24,3%) revelam a consciencialização por parte dos professores de que este tipo de estratégias poderiam ser impeditivas da procura de ajuda por parte dos adolescentes.

Em geral, as respostas correspondentes a atitudes estigmatizantes e distanciamento social relativamente a afirmações colocadas relativamente à situação do Jorge foram bastante positivas. Estas revelaram ser indicadores de atitudes pouco estigmatizantes, mas de acordo com Stuart e Arboleda-Flórez citado por Loureiro (2008) podem estar associadas à desejabilidade social e não assegurarem comportamentos positivos perante pessoas com perturbações mentais. Assim, a perceção de que “Se o Jorge quisesse poderia sair desta situação por si”, “A situação do Jorge é um sinal de fraqueza pessoal”, “Esta situação não é uma doença verdadeira”, “A melhor forma de evitar (...) é afastar-se dele” e “Nunca contaria a ninguém se tivesse na situação do Jorge” apresentam um nível de discordância elevado.

Um estudo realizado por Brackenreed e Frost (2002) citado por Whitley et al (2012) com 170 professores do Canada, reflete a preocupação e necessidade de desenvolvimento profissional dos professores na área de saúde mental. Estes consideram prioridade encontrar estratégias para diminuir o estigma e aumentar a procura de ajuda entre professores e alunos. Expressam o desejo de obter uma maior compreensão das dificuldades dos alunos com doença mental e quais as estratégias para lidar com estas dificuldades.

Relativamente à perceção de perigosidade e imprevisibilidade, pode-se observar nas afirmações: “O Jorge pode ser perigoso para os outros” e “A situação do Jorge torna-o uma pessoa imprevisível” que os participantes apresentam um grau maior de

concordância, o que traduz o medo, o distanciamento social de pessoas com perturbação mental.

A última componente da literacia em saúde mental (conhecimento do modo como se podem prevenir as perturbações mentais) foi avaliada pela opinião dos participantes relativamente a medidas preventivas. Assim, ações como manter o contacto regular com a família (91,9%), praticar exercício físico (91.9%), a não ingestão de bebidas alcoólicas (81.1%) e o facto de manter o contacto regular com amigos (75.7%) foram relevantes, sugerindo a perceção por parte dos participantes, da possibilidade de prevenir as perturbações mentais.

Por outro lado, as crenças religiosas e espirituais foi ação que menos foi considerada como útil na prevenção de situações como a do Jorge.

Por fim, para perceber quais as estratégias que poderiam contribuir para ajudar os professores a lidar com este tipo de situação, foi avaliada a opinião dos participantes perante algumas medidas.

As estratégias que foram consideradas úteis foram: “acesso a apoio e aconselhamento em saúde mental” (97.3%); a ”realização de workshops (...) sobre saúde mental para alunos” com (89.2%), o “acesso mais fácil a recursos em saúde mental da comunidade” (86.5%). De igual modo, a “disponibilidade de suporte via telefónica” (70.3%) e as “consultas de saúde mental nas escolas” (78.4%).

119 Professores dos Estados Unidos da América, num estudo realizado por Walter, Gouze e Lim em 2006, de acordo com Whitley et al (2012), reportaram que a falta de informação e formação em saúde mental dificulta a capacidade de resolver problemas de saúde mental, pelo que auge a necessidade de criação de programas de informação e apoio na comunidade escolar.

Assim, uma melhor formação dos profissionais contribui para uma melhor qualidade de vida e uma intervenção mais adequada através do desenvolvimento de aprendizagens significativas, da valorização das experiências de cada indivíduo e criação de situações inclusivas na comunidade, onde seja dada oportunidade da pessoa, interagir com os outros.

CONCLUSÃO

Após a realização do presente estudo exploratório-descritivo que teve como amostra professores do 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário aos quais foi aplicado, como instrumento, o Questionário de Avaliação de Literacia em Saúde Mental (Loureiro et al 2012) na versão para adultos, conclui-se a necessidade de investimento nas intervenções de promoção de educação em saúde mental para os professores, tendo em conta os resultados apresentados nas diferentes componentes do conceito de literacia em saúde mental.

Numa primeira fase foi claramente notória a escassez de investigação na área da literacia em saúde mental aplicada ao grupo profissional dos professores, grupo este que ocupa um lugar de destaque no relacionamento e contacto diário com os adolescentes. O contacto direto com os alunos permite-lhes identificar comportamentos de risco e cultivar comportamentos de prevenção no sentido de consciencializar o adolescente e jovem para a preservação da sua própria saúde e aquisição de competências que permitam a sua autorresponsabilização.

É emergente aproveitar o recurso a estes profissionais e desenvolver programas, projetos e parcerias na área da Saúde Escolar que tenham como público-alvo os professores e não apenas os alunos. Eis um desafio para os Cuidados de Saúde Primários e a sua articulação com o ensino através da Saúde Escolar. Esta implementação iria contribuir a médio prazo para a melhoria da Saúde Pública.

Os resultados obtidos permitem-nos afirmar que os professores não mostraram dificuldade no reconhecimento da existência de problemas psicológicos/mentais e emocionais, em detrimento de algumas lacunas quanto aos conhecimentos relativos às perturbações mentais.

Foi evidente a desvalorização do papel dos profissionais de saúde (tais como o médico e o enfermeiro) embora identifiquem como essencial o papel do professor na prestação da primeira ajuda em saúde mental.

No que respeita aos medicamentos/produtos utilizados nas perturbações mentais há uma valorização dos produtos não sujeitos a prescrição médica comparativamente aos psicofármacos, o que sugere a necessidade de informação e formação específica.

O conhecimento sobre a eficácia das estratégias de auto ajuda e conhecimento e competências para prestar apoio e primeira ajuda aos outros, foram componentes da literacia em saúde mental bem demonstradas pelos professores. A avaliação destas componentes traduziu-se num alto grau de confiança na capacidade dos professores para ajudar os alunos.

As estratégias que os professores concordaram para lidar com esta situação de abuso de álcool sugeriram a possibilidade de prevenção destas perturbações mentais.

O presente estudo apresenta duas grandes limitações: a amostra ser de reduzida dimensão (apenas 74 participantes), tendo em conta que a população é muito vasta, e o facto do instrumento utilizado (Questionário de Avaliação de Literacia em Saúde Mental (Loureiro et al 2012)) ter sido criado para adolescentes e jovens o que criou a necessidade de ser adaptado para a faixa etária do adulto de forma a ser aplicada aos professores.

Relativamente aos objetivos do estudo, após a avaliação do nível de literacia em saúde mental dos professores, foi possível identificar as necessidades de formação em saúde mental para os mesmos, de acordo com as dificuldades observadas em cada componente da literacia em saúde mental. No entanto e como intervenções necessárias em saúde mental nas escolas seria interessante do meu ponto de vista a criação de um sistema de informação para todos, de forma cooperada. Ou seja, a ideia seria criar um grupo com diversos atores não somente na educação, mas em estudo com outras associações. Desta forma os participantes teriam oportunidade de realizar uma autoformação cooperada, através da realização de narrativas de práticas, análise e discussão de temas pertinentes para o grupo, etc., indo ao encontro dos seus interesses e necessidades. Por seu turno, os professores devem igualmente, ter um apoio especializado e alguma formação neste tipo de situações, no sentido de exporem as suas dúvidas e anseios.

Seria interessante no futuro desenvolver o mesmo estudo descritivo, em escolas distintas e com outro tipo de atividades distintas e analisar eventuais mudanças citando, por exemplo, a atividade. Para isso e dado ser necessário algum horizonte temporal, sugere-se que tal estudo descritivo comparativo seja desenvolvido dentro de pelo menos, quatro

anos. Assim, seria possível estabelecer uma eventual analogia entre os fatores que integraram o estudo atual e os fatores que contextualizam o estudo posterior.

Outro ponto de interesse era estudar a vertente familiar da literacia em saúde mental juntos dos pais de adolescentes e jovens adultos de forma a entender, a analisar e a comparar resultados em relação à tríade Família/Escola/Profissionais de Saúde. A literacia em saúde mental contribui para a exacerbação das disparidades entre a saúde mental e a saúde física. É o conhecimento informado sobre esta temática que transforma a sociedade passiva em sociedade ativa.

Além das sugestões para futuros estudos, anteriormente mencionados ao longo do presente texto, considero interessante desenvolver-se um estudo comparativo entre diversas escolas já existentes e efetuar uma análise comparativa, de modo a conhecer os tipos de organização, as práticas e as dificuldades sentidas por parte dos atores face ao público-alvo.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR*. Porto Alegre, Brasil: Artmed;
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5*. Porto Alegre, Brasil: Artmed;
- Anderson, P., Møller, L., Galea, G. (2012a). *The impact of alcohol on health. Alcohol in the European Union*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization;
- Anderson, P., Møller, L., Galea, G. (2012b). *Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization;
- Armitage, C. (2013). Predicting and explaining transtheoretical model stage transitions in relation to condom-carrying behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 13,719-735;
- Barry, M., Allegrante, J., Lamarre, M.C., Auld, M., Taub, A. (2009). The Galway Consensus Conference: international collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. *Global Health Promotion*, 16(2): 5–11. doi: 10.1177/1757975909104097 PMID: 19477858;
- Bernhardt, M., Brownfield, D., Parker, M. (2005). *Understanding Health Literacy: Implications for Medicine and Public Health*. Chicago: AMA Press;
- Bonnie, R. J., O'Connell, M.E. (2004). *Reducing underage drinking: A collective responsibility*. Committee on Developing a Strategy to Reduce and Prevent Underage

Drinking, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press;

Brito, Isabel. (2011). Ansiedade e Depressão na Adolescência. *Revista Portuguesa Clinica Geral*. Lisboa. 27(2), 208-214;

Bowen, K., Witkiewitz, S.L., Clifasefi, J., Grow, N., Chawla, S.H., Hsu, H.A., Carroll, E. Harrop, S.E., Collins, M.K., Lustyk, M.E., Larimer. (2014). Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 71 (5), 547–556;

Cardenas, D., Greenstein, J.P., Fouche, H., Ferrett, N., Cuzen, D.J., Stein, G., Fein. (2013) Not lesser but greater fractional anisotropy in adolescents with alcohol use disorders NeuroImage. *Clinical*, 2, 804–809 .doi.org/10.1016/j.nicl.2013.06.002;

Churchill, G. (1998). *Marketing research: methodological foundations*. Orlando: Dryden Press;

Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. (2007). *Relatório Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde;

Cotton, S., Wright, A., Harris, M.G., Jorm, A.F., McGorry, P.D. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40 (9), 790-796;

Curran, P., Stice, E., Chassin, L. (1997). The Relation Between Adolescent Alcohol Use and Peer Alcohol Use: A Longitudinal Random Coefficients Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1): 130-140;

Dempsey, C., Battel-Kirk, B., Barry, M. (2011). *The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion Handbook*. Paris: International Union of Health Promotion and Education (IUHPE);.

Feijão, Fernanda. (2015). *Estudo sobre os consumos de álcool, tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD)*. Recuperado de

http://www.sicad.pt/BK/Imprensa/Comunicados/Documents/SICAD_ESPAD-PT_Sum%C3%A1rio%20Executivo.pdf;

Fidel, R. (1992). *The case study method: a case study: Qualitative research in informational management*. Englewood: Libraries Unlimited;

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência;

Gallagher, S., Tedstone Doherty, D., Moran, R., Kartalova-O'Doherty, Y. (2008). *Internet use and seeking health information online in Ireland: demographic characteristics and mental health characteristics of users and non-users*. Dublin: Health Research Board;

Goleman, D. (2006). *Inteligência emocional*. Sant Vicenç Dels Horts: Idea y Creación Editorial;

Graetz, B., Littlefield, L., Trinder, M., Dobia, B., Souter, M., Champion, C., et al. (2008). KidsMatter: a population health model to support student mental health and well-being in primary schools. *International Journal of Mental Health Promotion*, 10(4), 13-20. doi.org/10.1080/14623730.2008.9721772;

Griesler, P. C., Kandel, D. B. (1998). The impact of maternal drinking during and after pregnancy on the drinking of adolescent offspring. *J Stud Alcohol*. 59(3): 292-304;

Guerreiro, D., Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), 213-222;

Hughes, L. (2009). Engaging students with ADHD in mainstream education: lessons from children, parents and teachers. *The International Journal of Emotional Education*. 1, 108-117;

Jacobus, J., Squeglia, L.M., Bava, S., Tapert, S.F. (2013). White matter characterization of adolescent binge drinking with and without co-occurring marijuana use: a 3-year investigation. *Psychiatry Research*. 214(3):374-381;

- Jones, L., Bellis, M.A., Dedman, D., Sumnall, H., Tocque, K. (2009). *Alcohol-attributable fraction for England. Alcohol-attributable mortality and hospital admissions*. England: Northwest Public Health Observatory;
- Jorm, A.F. (2000). Mental health literacy: Public Knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177: 396-401;
- Jorm, A. F. (2014). Mental Health Literacy: Promoting Public Action to Reduce Mental Health Problems. In L. Loureiro (Eds), *Literacia em Saúde Mental: Capacitar as pessoas e as comunidades para agir*. (pp.27-39). Coimbra, Portugal: UICISA: E;
- Kickbusch, I., Maag, D., Saan, H. (2005). *Enabling healthy choices in modern health societies*. Paper presented at the Eighth European Health Forum, Bad Gastein, Austria;
- Kidger, J., Gunnell, D., Biddle, L., Campbell, R., Donovan, J. (2010). Part and parcel of teaching? Secondary school staff's views on supporting student emotional health and wellbeing. *British Educational Research Journal*, 36, 919-935. doi.org/10.1080/01411920903249308.
- Kroger, J., Martinussen, M., Marcia, J. E. (2009). Identity status change during adolescence and young adulthood: A meta-analysis. *Journal of Adolescence*, 33, 683-698;
- Loureiro, L. (2014). *Primeira Ajuda em Saúde Mental*. Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem;
- Loureiro, L. (2015). Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALisSMental: estudo das propriedades psicométricas. *Revista de Enfermagem Referência*. IV(4), 79-88;
- Loureiro, L., Abrantes, A. (2014). Estigma e Procura de Ajuda em Saúde Mental. In L. Loureiro (Eds), *Literacia em Saúde Mental: Capacitar as pessoas e as comunidades para agir*. (pp.41-61). Coimbra, Portugal: UICISA: E,
- Loureiro, L., Barroso, T., Mendes, A., Rodrigues, M., Oliveira, R., Oliveira, N. (2013). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens portuguesas sobre abuso de álcool. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 17(3), 474-481;

- Loureiro, L., Dias, C., Aragão, R. (2008). Crenças e Atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais: Contributos para o estudo das representações sociais da loucura. *Revista Referência*, II(8), 33-44;
- Loureiro, L., Pedreiro, A., Correia, S. (2012). Tradução, adaptação e validação de um Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (QuALiSMental) para adolescentes e jovens portugueses a partir de um Focus Group. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 25, 42-48;
- Monk, R.L., Heim, D. (2011). Self-image bias in drug use attributions. *Psychol Addict Behav*, 25, 645–651;
- Moreira, P. A. S., Pinheiro, A., Gomes, P., Cotter, M. J., Ferreira, R. (2013). Development and evaluation of psychometric properties of an inventory of teachers' perceptions on socio-emotional needs. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(26),67-76. doi.org/10.1590/S0102-79722013000100008;
- Morgado, T., Botelho, M. (2014). Intervenções Promotoras da Literacia em Saúde Mental dos Adolescentes: uma revisão sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*, 1, 90-95;
- Moura, G. (2012). *VIOLÊNCIA NO NAMORO E ESTILOS PARENTAIS NA ADOLESCÊNCIA: Compreensão das atitudes face à violência nas relações de namoro em adolescentes e a relação com a sua percepção dos estilos parentais*. (Tese de Mestrado). Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida;
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67, 2072-2078;
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Relatório Mundial de Saúde – Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa, Portugal: Direção Geral de Saúde;
- Otten, R., Van der Zwaluw, C. S., Van der Vorst, H., Engels, R. C. M. E. (2008). Partner effects and bidirectional parent–child effects in family alcohol use. *European Addiction Research*, 14, 106–112;
- Otten, R., Allen, N.B., Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R. (2007). Prenatal and perinatal influences on risk for psychopathology in childhood and adolescence. In: Correia LL, Linhares MBM. Maternal anxiety in the pre and postnatal period: a literature review. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 15(4), 677-83;

- Parker, R. M., Ratzan, S. C., Lurie, N. (2003). Health literacy: A policy challenge for advancing high-quality health care. *Health Affairs*, 22 (4), 147-153;
- Petratis, J, Flay, B.R., Miller, T.Q, Torpy, E.J., Greiner, B. (1998). Illicit substance use among adolescents: A matrix of prospective predictors. *Substance Use & Misuse*, 33, 2561–2604;
- Puig-nolasco, Á., Cortaza-ramírez, L., Pillon, S. C. (2011). Consumo de alcohol entre estudantes mexicanos de medicina. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 714-721;
- Rahman, A., Faizal, M., Kinderman, P. (2014). Underage drinking in the UK: Changing trends, impact and interventions. A rapid evidence synthesis. *The International Journal of Drug Policy*, 25 (1), 124-132. doi/S0955-3959(13)00123-0/abstract;
- Ratzan, S. (2001). Health Literacy: communication for the public good. *Health Promotion International*, 16(2), 207-214;
- Regulamento nº129/2011. D.R. 2Série.35 (18/02/2011).8669-8673;
- Resende, C., Santos, E., Santos, P., Ferrão, A. (2013). Depressão nos Adolescentes – Mito ou Realidade?. *Nascer e Crescer: Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto*. 22(3), 145-150;
- Rickwood, D., Deane, F., Wilson, C., Ciarrochi, J. (2005). Young people’s help-seeking for mental health problems. *Journal for the Advancement of Mental Health*, 4, 1-34;
- Romano, M., S. Duailibi, Oinsky, I., Laranjeira, R. (2007). Alcohol purchase survey by adolescents in two cities of State of Sao Paulo, Southeastern Brazil. *Revista Saúde Publica*, 41(4), 495-501;
- Rosa, A., Loureiro, L., Sequeira, C. (2014). Literacia em Saúde Mental de Adolescentes: um Estudo Exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 1, 125-132;
- Rosa, A., Loureiro, L., Sousa, C. (2014). Reconhecimento e procura de ajuda em saúde mental: revisão dos estudos realizados em amostras de adolescentes. In L.

Loureiro (Eds), *Literacia em Saúde Mental: Capacitar as pessoas e as comunidades para agir*. (pp.63-77). Coimbra, Portugal: UICISA: E;

Rosando, A., Matos, M. (2013). Condições ambientais associadas ao humor depressivo na adolescência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1), 215-231;

Rowling, L. (2007). School mental health: politics, power and practice. *Advances in School Mental Health Promotion*, 1, 23-31. doi.org/10.1080/1754730X.2008.9715742;

Rubie-Davies, C. M., Peterson, E., Flint, A., Garrett, L., McDonald, L., Watson, P., O'Neill, H. (2013). Investigating teacher expectations by ethnicity in New Zealand. *The European Journal of Social and Behavioural Sciences*, 2, 250–259;

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Direcção de Serviços de Monitorização e Informação/Divisão de Estatística e Investigação. (2015). *Relatório Annual 2014 – A Situação do País em Matéria de Álcool*. Lisboa, Portugal;

Shilton, T., Howat, P., James, R., Lower, T. (2001). Health promotion development and health promotion workforce competency in Australia: An historical overview. *Health Promotion Journal of Australia*, 12 (2), 117–123;

Sprinthall, N., Collins, W. (2011). *Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista*. (C. M. C. Vieira, Trad.). (4ª ed.). Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian;

Stewart-Brown, S. (2006). What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? *Health Evidence Network report*. Recuperado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/74653/E88185.pdf;

Vieira, D. L., M. Ribeiro, Romano, M., Laranjeira, R. (2007). Alcohol and adolescents: study to implement municipal policies. *Revista Saúde Pública*, 41(3), 396-403;

Whitley, J., Smith, J., David, Vaillancourt, T. (2013). Promoting Mental Health Literacy Among Educators: Critical in School – Based Prevention and Intervention. *Canadian Journal of School Psychology*, 28(1), 56-70;

World Health Organization. (2013). *What is a health promoting school?* Recuperado de http://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/index.html;

World Health Organization, Health and Welfare Canada. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Recuperado de <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/charter.pdf>;

Waks, L. J. (2007). The concept of fundamental educational change. *Educational Theory*, 57, 277-295. doi.org/10.1111/j.1741-5446.2007.00257.x;

Wechsler, H., Nelson, T.F. (2001). Binge drinking and the American college student: What's five drinks? *Psychol. Addict. Behav* 15, 287-291;

Yin, R. (1994). *Case Study Research: Design and Methods*. Thousand Oaks: SAGE Publications;

Zabalza, M. (1992). *Planificação e desenvolvimento curricular na escola*. Porto, Portugal: Edições ASA;

APÊNDICE

APÊNDICE I

Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental

(QuALiSMental)

Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental

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

O objetivo deste estudo centra-se na caracterização daquele que é o entendimento e conhecimento dos professores do 3º ciclo do Ensino Básico e Ensino Secundário relativamente a algumas questões de saúde relacionadas com o uso/abuso de álcool nos adolescentes e jovens.

Ao aceitar responder a este questionário deve ler todas as questões e preencher cada questão conforme as diretrizes, 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.

Parte I

1. Qual a sua idade? ___

2. Género

Masculino ___

Feminino ___

3. Estado Civil

Solteira(o) ___

Casada(o) ___

Divorciada(o)/Separado ____

Viúva(o) ____

4. Número de anos de exercício profissional como professor(a): ____
5. Área em que leciona (ex. línguas, matemática, etc...): ____
6. Distrito onde exerce atualmente ou exerceu no último ano a sua atividade como professor(a): ____

Parte II

De seguida é apresentado um caso de um jovem chamado Jorge. Não se trata de uma pessoa real, no entanto existem pessoas em situação semelhante. Depois de ler atentamente a história, responda a todas as questões conforme as diretrizes.

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

1. Na sua opinião, que se passa com o Jorge?

	Concordo	Discordo
Não tem nada _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sei _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crise da própria idade _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esgotamento nervoso _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicose _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressão _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esquizofrenia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stress _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença mental _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas psicológicos/mentais/emocionais _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anorexia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bulimia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. O que pensa que poderia impedir o Jorge de lhe pedir ajuda?

	Concordo	Discordo
Pensar que vai ficar com uma opinião negativa sobre ele _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensar que não vou valorizar o que ele me diz _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensar que vou contar a outras pessoas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensar o que poderei pensar sobre ele _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensar que nada o poderá ajudar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensar que se poderá saber que está a ter ajuda de um profissional de saúde _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensar que poderá ter dificuldades em aceder a essa pessoa/profissional de saúde _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensar que o tratamento tem efeitos secundários _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ser tímido, sentir vergonha _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Em que medida se sente confiante para ajudar o Jorge?

	1	2	3	4	5	
Nada confiante	<input type="checkbox"/>	Muitíssimo confiante				

4. De seguida são apresentadas as diferentes opções que poderia utilizar para ajudar o Jorge. Assinale para cada uma a sua opinião.

	Útil	Prejudicial	Não sei
Não valorizar o seu problema, ignorando-o até que se sinta melhor _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mudar a forma como interagia com esse aluno _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouvir os seus problemas de forma compreensiva _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desenvolver um plano de ação em colaboração com o aluno _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encontrar-me com os pais ou encarregados de educação para falar sobre o Jorge _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultar um livro ou pesquisar na internet sobre este tipo de problemas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procurar participar em ações de formação em primeira ajuda em saúde mental _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discutir o problema do Jorge com o/a Psicólogo/a da escola _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcar uma consulta no Médico de Família com o seu conhecimento e acompanhá-lo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procurar mantê-lo ocupado para que não pense tanto nos seus problemas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Útil	Prejudicial	Não sei
Um médico de família _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você mesmo enquanto professor _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um enfermeiro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um pedopsiquiatra/psiquiatra _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um assistente social _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um serviço telefónico de aconselhamento _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um familiar próximo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um amigo significativo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Útil	Prejudicial	Não sei
Vitaminas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chás (ex.: Camomila ou Hipericão) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tranquilizantes/calmanter_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressivos_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antipsicóticos_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprimidos para dormir_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Existem diferentes atividades que poderão ajudar o Jorge. Assinale para cada uma a sua opinião.

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

8. Acha que o risco de desenvolver uma situação como a do Jorge reduziria se os jovens:

	Sim	Não	Não sei
Praticassem exercício físico _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evitassem situações geradoras de stress _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantivessem o contacto regular com amigos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantivessem o contacto regular com a família _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não bebessem bebidas alcoólicas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praticassem atividades relaxantes regularmente _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tivessem uma crença religiosa ou espiritual _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. As próximas questões contêm afirmações acerca da situação do Jorge. Indique a sua opinião pessoal para cada afirmação.

	Discordo completamente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo completamente
Se o Jorge quisesse poderia sair desta situação por si _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A situação do Jorge é um sinal de fraqueza pessoal _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Esta situação não é uma doença verdadeira _____	<input type="checkbox"/>				
O Jorge pode ser perigoso para os outros _____	<input type="checkbox"/>				
A melhor forma de evitar desenvolver uma situação como a do Jorge é afastar-se dele _____	<input type="checkbox"/>				
A situação do Jorge torna-o uma pessoa imprevisível _____	<input type="checkbox"/>				
Nunca contaria a ninguém se tivesse na situação do Jorge _____	<input type="checkbox"/>				

10. São apresentadas de seguida diferentes estratégias que poderiam contribuir para o trabalho dos professores, nomeadamente ajudando-os a lidar com este tipo de situação. Assinale para cada uma a sua opinião.

	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Formação de professores para lidar com problemas de saúde mental _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realização de workshops nas escolas sobre saúde mental para alunos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realização de workshops nas escolas sobre saúde mental para professores _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultas de saúde mental dentro das escolas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acesso mais fácil a recursos em saúde mental da comunidade _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acesso a apoio e aconselhamento em saúde mental _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilidade de suporte via telefónica para questões relacionadas com a saúde mental do estudante _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acesso a bases de dados e outros recursos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mais disponibilidade de vídeos, DVD's, manuais _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

