

Mestrado em Educação para a Saúde

Literacia em Saúde Mental de Adolescentes e Jovens sobre Depressão e Abuso de Álcool

Ana Teresa Martins Pedreiro

Junho de 2013

Mestrado em Educação para a Saúde

Ana Teresa Martins Pedreiro

Orientadora: Professora Doutora Ana Paula Amaral

Coorientador: Professor Doutor Luís Manuel de Jesus Loureiro

Relatório de Projeto apresentado à Escola Superior de Educação de Coimbra e à
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra para obtenção do grau de
Mestre em Educação para a Saúde

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



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



QREN QUADRO DE REFERÊNCIA ESTRATÉGICO NACIONAL



Aos meus pais...

Agradecimentos

À Professora Doutora Ana Paula Amaral, pela sua orientação, pelo seu incentivo, acompanhamento, apoio e amizade...

Ao Professor Doutor Luís Loureiro, pela sua orientação, amizade e pelo apoio incondicional...

À Susana Correia, à Catarina Sousa e à Maria Pedro pela amizade, apoio e compreensão...

Aos amigos e colegas da UICISA: E por todos as vezes que me apoiaram e incentivaram e se mostraram disponíveis...

Ao Professor Manuel Marques e à Professora Irene Gandaio pela disponibilidade em participar neste estudo e pelo interesse nos seus alunos...

Aos alunos e seus encarregados de educação que aceitaram participar neste estudo...

Aos meus pais, ao meu irmão e à minha cunhada por todos os momentos de ausência compreendida, pela paciência e pelo apoio incondicional...

Resumo

O conceito de literacia em saúde mental refere-se aos conhecimentos e crenças sobre as perturbações mentais e inclui o seu reconhecimento, gestão e prevenção. A literacia em saúde mental tem influência sobre o reconhecimento precoce das perturbações e os comportamentos de procura de ajuda. O baixo nível de literacia em saúde mental de adolescentes e jovens é apontado como uma das razões para a escusa ou adiamento da procura de ajuda.

Para avaliar os níveis de literacia em saúde mental de 30 adolescentes e jovens portugueses, foi administrado o QuALiSMental. Foram detetados défices na literacia em saúde mental destes adolescentes e jovens, tendo sido desenvolvido um programa composto por três sessões em sala de aula e acesso continuado a um *website*. As sessões abordaram a saúde mental, a depressão e o abuso de álcool, respetivamente. Tiveram a duração total de 4,5 horas e realizaram-se em contexto de sala de aula, sempre com a presença de um professor da escola.

Este programa demonstrou ser eficaz no aumento da literacia em saúde mental, do grupo de adolescentes e jovens que o frequentaram. Esta intervenção pode ser um veículo a utilizar na transmissão de conhecimentos sobre saúde mental.

Abstract

Mental health literacy concept refers to the knowledge and beliefs about mental disorders and includes its recognition, management and prevention. The mental health literacy has impact on the early detection of disorders and help-seeking behaviors. A low level of mental health literacy of young people is considered one of the reasons for the exclusion or delay in help seeking.

To evaluate the levels of mental health literacy of 30 adolescents and young Portuguese, QuALiSMental was administered. There were found deficits in the mental health literacy of those adolescents and young people and a program was developed consisting of three sessions in the classroom and continued access to a website. The sessions addressed mental health, depression and alcohol abuse, respectively. They had a total duration of 4.5 hours and took place in the classroom context, always with the presence of a school teacher.

This program has proven effective in increasing mental health literacy of the young people group that attended it. This intervention can be a vehicle to be used in the transmission of knowledge about mental health.

Índice

1. Introdução.....	1
I Parte – Revisão da Literatura	2
2. Promoção e Educação para a Saúde	2
3. Da Literacia em Saúde à Literacia em Saúde Mental.....	5
3.1. Literacia e Literacia em Saúde	5
3.2. Literacia em Saúde Mental.....	7
4. Programas de Intervenção em Literacia em Saúde Mental: Evidência Empírica.....	8
5. Depressão e Abuso de Álcool.....	13
5.1. Depressão em Adolescentes e Jovens	13
5.2. Abuso de Álcool em Adolescentes e Jovens.....	14
II Parte – Projeto de Intervenção	15
6. Intervenção em Escola.....	15
6.1. Metodologia	15
6.2. Amostra	17
6.3. Instrumento.....	18
6.4. Intervenção – Sessões.....	19
6.4.1. Primeira Sessão	19
6.4.2. Segunda Sessão	22
6.4.3. Terceira Sessão.....	23
7. Resultados.....	25
8. Discussão.....	30
9. Conclusão	35
10. Referências Bibliográficas	36

11. Anexos.....	41
Anexo 1 – Pedido de Autorização ao Agrupamento de Escolas	41
Anexo 2 – Autorização do Agrupamento de Escolas.....	44
Anexo 3 – Instrumento de Avaliação da Literacia em Saúde Mental de Adolescentes e Jovens: QuALiSMental.....	46
Anexo 4 – Consentimento Informado	59
Anexo 5 – Plano de Sessão: Saúde Mental	61
Anexo 6 – Plano de Sessão: Depressão.....	63
Anexo 7 – Plano de Sessão: Abuso de Álcool	64

Índice de Figuras

Figura 1 – Modelo conceptual de literacia em saúde.....	7
---	---

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição absoluta e percentual das características da amostra.....	18
Tabela 2 – Distribuição das frequências percentuais para as categorias do reconhecimento: Depressão.....	25
Tabela 3 – Distribuição das frequências percentuais para as categorias do reconhecimento: Abuso de Álcool.....	26
Tabela 4 – Distribuição das frequências percentuais para a utilidade de profissionais de saúde e pessoas próximas: Depressão.....	26
Tabela 5 – Distribuição das frequências percentuais para a utilidade de profissionais de saúde e pessoas próximas: Abuso de Álcool.....	27
Tabela 6 – Distribuição das frequências percentuais para utilidade de medicamentos/produtos: Depressão.....	27
Tabela 7 – Distribuição das frequências percentuais para utilidade de medicamentos/produtos: Abuso de Álcool.....	27
Tabela 8 – Distribuição das frequências percentuais para utilidade de estratégias de autoajuda: Depressão.....	28
Tabela 9 – Distribuição das frequências percentuais para utilidade de estratégias de autoajuda: Abuso de Álcool.....	28
Tabela 10 – Distribuição das frequências percentuais para utilidade de estratégias de ajuda: Depressão.....	29
Tabela 11 – Distribuição das frequências percentuais para utilidade de estratégias de ajuda: Abuso de Álcool.....	29
Tabela 12 – Distribuição das frequências percentuais para crenças sobre prevenção: Depressão.....	30

Tabela 13 – Distribuição das frequências percentuais para crenças sobre prevenção: Abuso de Álcool.....	30
---	----

Lista de Siglas

DGIDC – Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular

DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais – IV
– Texto revisto

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ICDM – Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais

OMS – Organização Mundial de Saúde

QuALiSMental – Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

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

1. Introdução

A Organização Mundial de Saúde (2001) define saúde mental como “Um estado de bem-estar em que o indivíduo percebe a sua própria capacidade, pode lidar com o stress normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva, e é capaz de trazer uma contribuição para a sua comunidade” (OMS, 2001, *Factsheet* nº220). Ao longo da vida, os indivíduos poderão experienciar alterações ao nível da saúde mental, denominados de problemas de saúde mental. Os estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que, nas sociedades modernas, os problemas de saúde mental e as perturbações psiquiátricas se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade (Santos, 2009).

Em 2001, a OMS afirma que 1 em cada 5 adolescentes poderá desenvolver uma perturbação mental. A adolescência e a juventude são as faixas etárias pico para o surgimento de uma doença mental. Metade das pessoas que irá sofrer de uma perturbação mental experienciará o seu primeiro episódio antes dos 18 anos de idade, sendo o despoletar precoce de uma perturbação um preditor de episódios futuros (Kelly et al., 2011). Quanto mais cedo forem detetados e sinalizados os adolescentes e jovens que estão a demonstrar os primeiros sinais e a vivenciar os primeiros sintomas de uma perturbação mental, melhores serão os resultados em saúde. O reconhecimento precoce das perturbações mentais irá permitir o encaminhamento para o profissional de saúde adequado, aquando do despoletar da perturbação, evitando o agudizar da mesma e a evolução para situações de cronicidade (Loureiro et al., 2012a), reduzindo custos futuros para o Sistema Nacional de Saúde.

Uma vez que os adolescentes e jovens passam grande parte do seu dia na escola, as ações de promoção da saúde mental e de educação para a saúde mental a eles dirigidas devem ser realizadas em contexto escolar. Estas ações têm demonstrado ser eficazes quando são ancoradas no pilar que é a literacia em saúde mental, conceito central deste trabalho. Nesta faixa etária o reduzido nível de literacia em saúde mental é responsável pela perpetuação do estigma, agravamento dos sintomas, adiamento da procura de ajuda profissional, agravado nos adolescentes e jovens com reduzido nível de interação com o sistema de saúde (Loureiro et al.,

2012b). Embora a literacia em saúde mental assuma grande importância, não existem muitos estudos em Portugal que a avaliem ou a promovam junto de adolescentes e jovens.

Assim, este trabalho pretende ser um contributo no desenvolvimento de programas de avaliação e promoção da saúde mental em contexto escolar, tendo como objetivos centrais: 1) caracterizar o nível de literacia em saúde mental acerca da depressão e abuso de álcool em adolescentes e jovens do ensino secundário que frequentam uma escola da região centro de Portugal Continental; 2) avaliar o efeito de um programa de intervenção educacional dirigido, com suporte em *website*, ao nível das componentes da literacia em saúde mental nas perturbações definidas.

Na primeira parte deste relatório é apresentada a definição dos conceitos de educação e promoção da saúde bem como uma explicitação sobre a depressão e o abuso de álcool, as duas perturbações sobre as quais são avaliados os conhecimentos dos jovens. Em seguida, são descritos os conceitos de literacia, literacia em saúde e literacia em saúde mental, explicando o seu surgimento e a sua aplicabilidade no contexto do trabalho. Posteriormente, é apresentado o resumo da evidência empírica encontrada, em termos internacionais, e que descreve programas de avaliação e incremento da literacia em saúde mental de adolescentes e jovens.

Na segunda parte do trabalho é descrita a metodologia utilizada, que compreende o diagnóstico da situação, os objetivos do programa implementado, a explicitação dos procedimentos utilizados para a colheita de dados, a descrição do público-alvo e do instrumento utilizado e a descrição pormenorizada da intervenção realizada, sessão a sessão. Após a metodologia, são apresentados os resultados alcançados depois da realização da intervenção, seguidos da discussão e da conclusão, onde se incluem as limitações do projeto e as recomendações.

I Parte – Revisão da Literatura

2. Promoção e Educação para a Saúde

Atualmente, a saúde não é concebida apenas nos níveis de prevenção primária, secundária ou terciária. A saúde vai para além disso, colocando ao indivíduo a

hipótese de realizar as suas potencialidades, respondendo positivamente às exigências de um ambiente em constante mutação (Martins, 2005).

É neste sentido que a OMS vai, em 1986, definir Promoção da Saúde, na Carta de Ottawa, como o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir o completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo deve ser capaz de identificar e realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio que o rodeia. Este conceito reconhece que os indivíduos nem sempre são responsáveis pelo seu próprio estado de saúde, uma vez que os elementos externos estão sempre presentes.

Os determinantes da saúde dos indivíduos incluem, assim, o ambiente social e económico, e o ambiente físico e também características e comportamentos do indivíduo (OMS, 2006). Os indivíduos não são capazes de controlar muitos dos determinantes de saúde mas podem controlar os seus comportamentos e características individuais, podendo os comportamentos ser alterados através de políticas de promoção da saúde.

A promoção da saúde permite a capacitação do indivíduo e da comunidade, tendo como objetivo apoiar as comunidades e os seus membros na contribuição para a alteração dos determinantes de saúde. Com a definição de políticas de promoção da saúde pretende-se dar poder aos indivíduos e às comunidades, assumindo os profissionais de saúde um papel transitório, desenhado para apoiar os indivíduos e disponibilizar recursos para a alteração dos comportamentos da comunidade (Whitehead, 2004).

A Educação para a Saúde é uma estratégia da promoção da saúde, tendo sido tradicionalmente associada à transmissão de conhecimentos. Contudo, o conceito de educação para a saúde tem evoluído, estando agora dirigido à transmissão de competências. A educação para a saúde tem como objetivo intencional informar o indivíduo sobre a natureza e causas das doenças/da saúde e qual o nível de risco associado às suas características e comportamentos, procurando alcançar a mudança de comportamento e de estilos de vida, através da aquisição de competências (Tones & Tilford, 1994). Segundo Moreno, García e Campos

(2000), podemos considerar três gerações de educação para a saúde. A primeira geração denomina-se “educação para a saúde informativa” que corresponde a uma mera passagem de informação, de transmissão de conhecimentos, sendo esta influenciada pelo modelo biomédico. O conceito de saúde desta geração centra-se apenas na doença e nos seus aspetos biológicos, em que a falta de informação do indivíduo origina hábitos e comportamentos pouco saudáveis. Este modelo não traz muitos resultados, pois a informação pode não gerar os comportamentos pretendidos. A segunda geração é apelidada de “educação para a saúde centrada no comportamento”, sendo que neste modelo a saúde é resultante do comportamento do indivíduo. A passagem de informação é apenas uma parte do processo que pretende a alteração de comportamentos dos indivíduos. A terceira geração é a “educação para a saúde crítica” e tem o seu primeiro impulso na Declaração de Alma Ata (OMS, 1978). É valorizada a participação comunitária, em que os indivíduos e as comunidades assumem responsabilidade pela sua própria saúde. O principal objetivo é implicar os cidadãos no processo de transformação dos determinantes de saúde, sejam estes comportamentais, sociais ou socioeconómicos (Araújo, 2004).

É nesta última geração que se apoia o presente trabalho, que pretende a capacitação dos indivíduos para alteração dos comportamentos, no que concerne a sua saúde mental. O objetivo é desenvolver a autonomia do indivíduo para que se responsabilize pela sua própria saúde e da sua comunidade, originando melhores resultados em saúde. O processo de educação para a saúde assenta, assim, em diversas estratégias educativas, que ativam os diferentes domínios de aprendizagem. É, também, nesta forma de aprendizagem que se enquadra o conceito de literacia em saúde, definido como cerne deste trabalho.

Existem locais definidos como ideais para a implementação de projetos de educação para a saúde. As três grandes áreas de intervenção de educação para a saúde são: a escola, a comunidade e os serviços de saúde (Green & Kreuter, 1991). A educação para a saúde na escola assume especial relevância dado que é na fase da infância e, particularmente, da adolescência que os indivíduos adquirem os comportamentos de saúde que se prolongam para a vida adulta. É em contexto

escolar que será implementada a presente intervenção, pois esta é dirigida a adolescentes e jovens, que passam a maior parte do seu dia na escola.

3. Da Literacia em Saúde à Literacia em Saúde Mental

3.1. Literacia e Literacia em Saúde

O conceito de literacia em saúde advém de um conceito mais limitado de literacia, que em língua portuguesa, é a capacidade de ler e escrever. Este conceito tem sido aplicado em diversas áreas e é veiculado pela comunicação social quando se refere ao conhecimento sobre diferentes matérias.

A expressão ‘literacia em saúde’ foi utilizada pela primeira vez por Scott Simonds, em 1974, descrevendo este conceito associado à educação para a saúde, não estando ligado ao nível de habilitação literária de cada um. Mais tarde, na década de 90 do século XX, o governo da Austrália vai definir objetivos de saúde utilizando o conceito de literacia em saúde da sua população, ou seja, promover a saúde e educar a população para a saúde, para que esta pudesse tomar as decisões mais adequadas a este nível.

A literacia em saúde vai ser definida pela Organização Mundial de Saúde como representando «as competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e capacidade dos indivíduos para a aceder a, compreender e utilizar informação de forma a promover e manter uma boa saúde» (OMS, 1998, p.10). A OMS considera que a literacia em saúde vai implicar que os indivíduos “atingam um nível de conhecimento, de competências pessoais e de confiança que lhes permita agir com o intuito de melhorar a sua saúde ou da sua comunidade, mudando estilos e condições de vida” (OMS, 1998, p.19). Em 2004, o Instituto de Medicina de Washington definiu literacia em saúde como “o grau de capacidade que permite ao indivíduo obter, processar e compreender informações básicas sobre a sua saúde e sobre os serviços de saúde disponíveis, de forma a tomar decisões de saúde adequadas”, referindo ainda que a literacia em saúde depende das competências, preferências e expectativas da comunicação em saúde e dos próprios cuidadores. Este conceito é visto como resultado dos esforços em promoção da saúde e educação para a saúde e que tem benefícios tanto a nível pessoal como social (Speros, 2005).

A literacia em saúde tem sido apontada, pela investigação, como um dos preditores mais importantes para a previsão do estado de saúde, mais significativo que os preditores tradicionalmente enumerados, como o estatuto socioeconómico, a idade ou a etnia (Williams, Baker, Parker & Nurss, 1998; Lindau et al., 2002; Schillinger et al., 2002; Parker, Ratzen & Lurie, 2003).

A literacia em saúde significa mais do que saber ler panfletos e fazer apontamentos sobre recomendações médicas. Ao melhorarmos o acesso dos indivíduos à informação sobre saúde e a sua capacidade para a usar de forma eficaz, conseguimos capacitar as populações para agir em prol da sua saúde e da saúde das suas comunidades (OMS, 1998).

Segundo Nutbeam (2000), o aumento da literacia em saúde mental não vai apenas facilitar a adoção de estilos e condições de vida saudáveis, mas também permitir o correto uso dos serviços de saúde e a adesão a regimes terapêuticos prescritos. Nutbeam (2000) considera que existem três níveis de literacia em saúde: funcional (ou básica), interativa (comunicacional) e crítica. No primeiro nível, o funcional, o indivíduo tem competências suficientes para ler e escrever, conseguindo funcionar eficazmente no seu dia-a-dia. Neste primeiro nível, o indivíduo conseguirá ler informação escrita (ex.: rótulos de medicamentos), perceber a informação que lhe é dada pelo profissional de saúde e seguir indicações terapêuticas. Estas ações resultam no benefício individual.

No nível interativo, o indivíduo tem aptidões cognitivas e de literacia mais avançadas que são utilizadas para participar nas atividades do dia-a-dia, extraíndo e aplicando nova informação. O indivíduo poderá agir autonomamente com base no conhecimento que adquiriu, mas os benefícios continuarão a resultar em benefícios individuais.

O terceiro nível engloba as competências cognitivas mais avançadas que, em conjunto com as aptidões sociais, serão aplicadas para analisar de forma crítica a informação, podendo esta ser utilizadas para exercer maior controlo sobre os acontecimentos e situações da vida. A literacia em saúde crítica trará benefícios ao nível comunitário, uma vez que tem como objetivo a facilitação do

desenvolvimento comunitário, permitindo ao indivíduo não só agir a nível individual, como também comunitário.

Nestes três níveis de literacia em saúde, o indivíduo está num crescendo, numa progressiva autonomia. No primeiro nível tem um desempenho passivo, no segundo nível um desempenho ativo e no terceiro nível um desempenho pró-ativo. Para cada um destes níveis, Nutbeam (2000) define objetivos, conteúdos e benefícios, tendo as atividades definidas em cada nível, o objetivo de produzir resultados, tanto em termos de saúde como em termos sociais.

Para Mancuso (2008), a literacia em saúde é “um processo que evolui ao longo do tempo de vida e que engloba os seguintes atributos: capacidade, compreensão e comunicação” (Figura 1). Ainda segundo esta autora, o aumento da literacia em saúde tem o potencial de influenciar não só os indivíduos, mas também a sua comunidade.

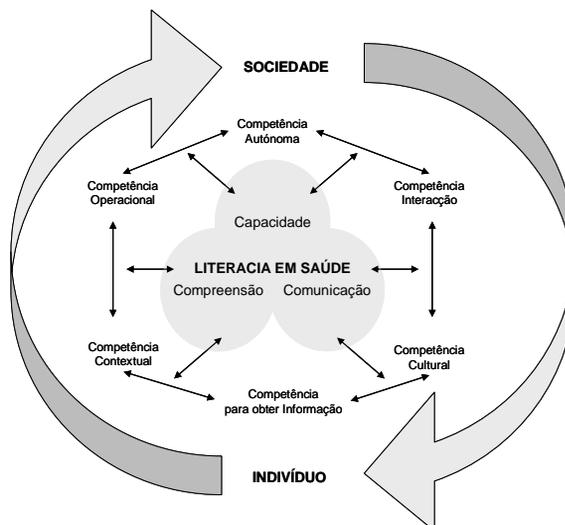


Figura 1 – Modelo conceitual de literacia em saúde. Fonte: Mancuso (2008), p. 251.

A comunicação em saúde é um dos atributos definidos por Mancuso como intrínsecos à literacia em saúde. Esta comunicação não é apenas a comunicação estabelecida entre o paciente e o profissional de saúde, podendo assumir várias formas, como a televisão ou a internet. As novas tecnologias assumem um papel importante na divulgação de informação, também em saúde.

3.2. Literacia em Saúde Mental

A literacia em saúde mental, dentro do conceito mais amplo de literacia em saúde, merece ser considerada, devido à elevada prevalência das perturbações mentais,

estimando a OMS (2001) que 10 a 20% das pessoas sofra de pelo menos uma doença mental, ao longo da sua vida.

O conceito de literacia em saúde mental foi definido em 1997, por Jorm et al., como os conhecimentos e crenças acerca das perturbações mentais que ajudam no seu reconhecimento, gestão e prevenção. Em 2000, Jorm definiu os componentes dentro do conceito de literacia em saúde mental, sendo estes: a capacidade de reconhecer perturbações específicas ou diferentes tipos de sofrimento psicológico; conhecimentos e crenças sobre fatores de risco e causas; conhecimentos e crenças sobre intervenções de autoajuda; conhecimentos e crenças sobre ajuda profissional disponível; atitudes que facilitam o reconhecimento e a procura de ajuda apropriada; e conhecimentos sobre como procurar informação sobre saúde mental. Desta definição e seus componentes depreende-se que uma inexistente ou reduzida literacia em saúde mental vai implicar um não reconhecimento dos sinais ou sintomas das diferentes perturbações mentais, o desconhecimento sobre fontes de ajuda e conseqüente adiamento da procura de ajuda. No último componente da definição encontramos a procura de informação sobre saúde mental, tendo este componente especial relevância neste trabalho porque as intervenções realizadas são baseadas num *website*, possibilitando aos jovens não só a aquisição de conhecimento imediato, como também, uma procura de informação *a posteriori*.

4. Programas de Intervenção em Literacia em Saúde Mental: Evidência Empírica

Existem vários estudos sobre literacia em saúde mental, que procuram avaliar os seus diversos componentes e incrementar a literacia em saúde mental junto de diversos públicos-alvo, em diferentes países e utilizando diferentes metodologias. A seleção e avaliação crítica de estudos recentes têm como objetivos direcionar futuras investigações e delinear o desenvolvimento de projetos (Sampaio & Mancini, 2007), identificando os instrumentos utilizados, o contexto em que são realizados, o público-alvo a que se dirigem, os resultados atingidos e as formas de controlo dos mesmos.

O primeiro estudo realizado com o objetivo de avaliar a literacia em saúde mental foi realizado na Austrália, por Jorm et al. (1997). Foram realizadas entrevistas

onde eram apresentadas vinhetas que descreviam casos fictícios de depressão e esquizofrenia. A utilização de vinhetas que descrevem casos fictícios das diferentes perturbações mentais advém do trabalho realizado por Star (1952; 1955), com uma metodologia que permite perceber se o indivíduo reconhece os sinais e sintomas de diferentes perturbações, bem como todos os restantes componentes de literacia em saúde mental. Esta metodologia tem sido utilizada nos sessenta anos que se seguiram à publicação deste estudo pioneiro.

Os questionários e entrevistas com utilização de vinhetas estão presentes em muitos dos estudos recentes realizados nesta área (Mond et al., 2004; Lauber et al., 2005; Wrigth et al., 2005; Speller, 2005; Segal et al., 2005; Burns & Rapee, 2006; Kelly et al., 2006; Cotton et al., 2006; Yap & Jorm, 2011), sejam estes realizados através de questionários ou entrevistas. As vinhetas descrevem diferentes perturbações, sendo as mais comuns a depressão e a psicose (Wright et al., 2011; Yap et al., 2011; Klineberg et al., 2010). Antes da apresentação das vinhetas, todos os estudos incluem questões sociodemográficas.

Verificamos que a Austrália é o país onde existem mais estudos realizados sobre a literacia em saúde mental, sendo também o país de onde é natural a equipa de investigação que definiu este conceito. Existem estudos realizados noutros países com destaque para o Reino Unido e a Irlanda, os Estados Unidos da América, a Alemanha, a Holanda, a Suíça, a Malásia, Singapura e o Paquistão.

Podemos, também, observar que a aplicação do instrumento de colheita de dados foi realizada de diferentes formas. Alguns autores colhem os dados através de questionários em contexto escolar (Shanton-Salazar et al., 2001), outros através de entrevistas telefónicas (Jorm & Wright, 2008) ou aplicação do questionário *online* (Lawlor et al., 2008).

Após a apresentação das vinhetas são colocadas diferentes questões, sendo que a maioria dos estudos coloca questões sobre o reconhecimento da perturbação (Lawlor et al., 2008; Dahlberg et al., 2008), ajuda disponível (Hernan et al., 2010; Darby et al., 2010) e estigma (Jorm & Wrigth, 2008; Angermeyer & Matschinger, 2005).

Em relação ao tipo de estudo, verificamos que são estudos na sua maioria descritivo-correlacionais (Eckert et al., 2010) e correlacionais (Cotton et al., 2006). As amostras são variadas, variando entre 9 elementos (Scott & Chur-Hansen, 2008) e 3746 elementos (Jorm et al., 2008), sendo aqui analisados os estudos cujas amostras incluem adolescentes e jovens (15-24 anos), mesmo quando estes não representam a totalidade da amostra.

Da análise dos diferentes estudos de avaliação na área da literacia em saúde mental, concluímos que o meio escolar ou universitário é o meio privilegiado para a aplicação de questionários com apresentação de vinhetas. O questionário deve englobar questões sociodemográficas, seguidas de vinhetas e de diferentes questões que procurem avaliar os diferentes componentes do conceito de literacia em saúde mental.

Na realização de intervenções que têm como objetivo o incremento da literacia em saúde mental, os adolescentes e jovens surgem como principal enfoque e fonte de preocupação. Tal acontece porque a adolescência e o início da vida adulta correspondem a períodos críticos, que se caracterizam por alterações e mudanças significativas na vida dos indivíduos, tendo um profundo impacto na vida adulta os problemas relacionados com o bem-estar de adolescentes e jovens (Jorm, 2000; OMS, 2001).

As intervenções realizadas com o objetivo de aumentar a literacia em saúde mental de adolescentes e jovens são, assim, dirigidas a um grupo específico, difundidas através de sessões de educação para a saúde mental e da Internet, e localizadas na escola. A escola é um local privilegiado para a realização de sessões de educação para a saúde uma vez que é o local onde os adolescentes e jovens passam a maior parte do seu dia. Os programas educativos devem incorporar a educação e promoção da saúde mental, como forma de educar não só em saber, mas também em valores e em formação cívica, difundindo a aquisição de competências e o aprender ao longo da vida, promovendo a autonomia do indivíduo (Loureiro et al., 2012a). Nestes estudos que implementaram programas de incremento da literacia em saúde mental verificou-se que as intervenções conseguiram aumentar a literacia de adolescentes e jovens. A realização de um

workshop em contexto de sala de aula foi um dos métodos utilizados (Santor et al., 2007). Os resultados deste estudo demonstraram que o comportamento de procura de ajuda para as doenças mentais pode ser facilitado sem que seja necessário investir demasiado tempo; esta intervenção indicou que em contexto de sala de aula é possível identificar os alunos que necessitam de ser encaminhados para tratamento, porquanto os benefícios das intervenções em contexto escolar podem ser maiores para os alunos que já sofrem de uma perturbação mental.

Existem programas (Tacker & Dobie, 2008) que educam todos os estudantes de uma aula, não apenas aqueles com problemas já identificados. Combinam instruções e exercícios escritos com educação pelos pares, atividades de grupo, trabalhos individuais e discussões abertas. Este programa permitiu aos adolescentes e jovens desenvolverem competências para lidar com os problemas de saúde mental, o que demonstra que as ações com este objetivo são pertinentes e úteis para o aumento da literacia em saúde mental.

Alguns estudos dirigem-se apenas a estudantes de um dos géneros, trabalhando as especificidades do mesmo (O'Kearney et al., 2008). Os resultados do estudo sugerem que existem benefícios nas alunas com sintomas depressivos.

O ensino sobre saúde mental ajuda a reduzir o estigma, aumenta o conhecimento e promove atitudes positivas (Naylor et al., 2009). A literacia em saúde mental foi medida, através de um questionário, em dois momentos com 8 meses de intervalo, tendo a intervenção reduzido os problemas de relacionamento e conduta e promovido os comportamentos sociais.

Por vezes, como foi visto noutros estudos, o aumento da literacia não foi imediato, mas numa avaliação posterior denotou-se um aumento da literacia em saúde mental (Pinto-Foltz et al., 2011). O estudo referido concluiu que o contacto com uma pessoa com doença mental, apesar de incrementar a literacia em saúde mental, não conseguiu reduzir o estigma associado à doença mental. A redução das atitudes estigmatizantes, embora seja um objetivo presente nos estudos que visam o incremento da literacia em saúde mental, é difícil de alcançar uma vez que os jovens são influenciados também pelas suas experiências pessoais, atitudes

familiares, campanhas de sensibilização a que são expostos e familiaridade com pessoas com doença mental (Jorm & Wright, 2008).

Os programas de intervenção analisados foram realizados em sala de aula e tiveram como cerne a educação/formação sobre saúde mental. Os resultados revelaram que a literacia em saúde mental pode ser incrementada através da utilização destes métodos. Os programas analisados podem também contribuir para a redução do estigma, a promoção de atitudes positivas e a identificação de adolescentes cujos problemas de saúde mental não sejam evidentes.

A reduzida literacia em saúde mental de adolescentes e jovens é também responsável pela perpetuação do estigma, agravamento dos sintomas e adiamento da procura de ajuda profissional (Loureiro et al., 2012b). Estes grupos são, também, os que têm menor interação com o sistema de saúde, mas apresentam um potencial elevado de intervenção através da poderosa ferramenta que é a Internet. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (2009), quase a totalidade dos adolescentes e jovens portugueses (valores superiores a 90%) tem acesso a um computador e à Internet, possibilitando utilizar esta ferramenta como forma de aceder a adolescentes e jovens, transmitindo-lhes conhecimentos e capacitando-os para ação e incrementando a sua literacia em saúde mental. A Internet, como veículo privilegiado de disseminação de conhecimentos, tem sido analisada de forma a atestar o seu potencial para procura de informação e de apoio (Eysenbach & Köhler, 2002; Gould et al., 2002; Johnsen et al., 2002; Ybarra & Eaton, 2005; Berger et al., 2005; Powell & Clarke, 2006; Gallagher et al., 2008; Oh et al., 2009; Horgan & Sweeney, 2010). Existem diversos programas a nível internacional que utilizam a Internet como veículo promotor de ações de educação e promoção da saúde mental, capacitando os utilizadores e aumentando os níveis de literacia em saúde mental, como por exemplo, *BeyondBlue*, *Compass Strategy*, ambos na Austrália, *Nuremberg Alliance Against Depression*, na Alemanha e *Defeat Depression Campaign*, no Reino Unido.

Quando questionados sobre a utilidade do *website* para procura de informação sobre saúde mental, os adolescentes e jovens avaliam-nos como úteis, mais até do que os próprios serviços de saúde mental (Oh et al., 2009). A maioria dos jovens

encontra-se aberta à ideia de aceder a informação sobre saúde mental, através da Internet. Alguns adolescentes e jovens afirmam mesmo já terem acedido a informação *online* sobre saúde mental (Horgan & Sweeney, 2010). Para a construção dos *websites* que têm como público-alvo os adolescentes e jovens é preciso ter em consideração o tipo de linguagem utilizada, sempre tendo em atenção a credibilidade e rigor científico da informação disponibilizada. Os adolescentes e jovens poderão não recorrer a informação *online* por a considerarem pouco fiável (Horgan & Sweeney, 2010). Para este público-alvo é, também, necessário pensar na interatividade que o *website* proporciona e no anonimato e confidencialidade para tirar dúvidas e esclarecer questões, não fazendo qualquer tipo de diagnóstico, mas direcionando para a ajuda profissional adequada. O *website* no qual se baseia esta intervenção não transmite apenas conhecimentos, mas procura capacitar os alunos para aplicarem o conhecimento com sucesso na sua realidade.

5. Depressão e Abuso de Álcool

5.1. Depressão em Adolescentes e Jovens

A depressão é definida por um conjunto de sintomas presentes no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR, APA, 2002), estando-lhes associados, também, alguns comprometimentos a nível social e de realização educacional e a co morbilidade com o stress, a ansiedade e outras doenças. É uma perturbação cuja prevalência tem vindo a aumentar, sendo maior nas últimas décadas do que no início do século XX (Ryan, 2005).

A depressão tem muitas vezes o seu início na fase da adolescência ou início da vida adulta (Muris et al., 2001). É um fator de risco para o suicídio e o parasuicídio em adolescentes e jovens, sendo o suicídio uma das principais causas de morte nesta faixa etária (Thapar et al., 2012). O despoletar desta perturbação, nestas idades, encontra-se também ligado a baixa *performance* académica, disfunção social, problemas nas relações familiares, comportamentos sexuais de risco e limitada saúde física, e pode perdurar para a vida adulta acarretando dificuldades sociais, no emprego ou nas finanças (Wong et al., 2012).

Dados epidemiológicos sobre esta perturbação revelam taxas de prevalência elevadas na adolescência, entre 3% e 9% e uma prevalência cumulativa de 20% até ao final da adolescência (Santos et al., 2012). Embora existam tratamentos disponíveis, sabe-se que apenas 25% dos adolescentes e jovens recebem tratamento e pelo menos 20% vão experienciar episódios recorrentes da perturbação ou desenvolver depressão crónica (Erse et al., 2012).

A deteção precoce dos sintomas depressivos em adolescentes e jovens e o seu encaminhamento para um profissional de saúde vai permitir evitar as graves repercussões que a perturbação tem no bem-estar do indivíduo e no seu futuro. Da definição de literacia em saúde mental anteriormente mencionada e dos seus diversos componentes, depreende-se que uma literacia em saúde mental reduzida irá não só impedir o reconhecimento precoce da depressão, influenciar o comportamento de procura de ajuda e o acesso aos tratamentos profissionais mais adequados, como também perpetuar o estigma face aos doentes mentais (Loureiro et al., 2012b).

Assim, dada a elevada prevalência desta perturbação, bem como os riscos a ela associados, decidimos abordá-la neste trabalho e na intervenção em escola. É essencial intervir em contexto escolar de forma a detetar precocemente esta perturbação junto de adolescentes e jovens, educando-os e capacitando-os para a saúde mental, dotando-os de ferramentas que permitam um reconhecimento precoce dos sinais da depressão e um encaminhamento mais rápido para os serviços de saúde adequados.

5.2. Abuso de Álcool em Adolescentes e Jovens

O álcool é a substância psicoativa mais consumida no mundo (Barroso, Mendes & Barbosa, 2009), sendo também aquela que acarreta mais consequências para a saúde pública. O peso das doenças e morbilidades atribuídas ao álcool situa-se entre os 8% e os 10%, nos países pertencentes à União Europeia (European Commission, 2007).

Em Portugal, o consumo de álcool é social e culturalmente aceite, sendo um dos países com maior consumo de bebidas alcoólicas do mundo (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005). Os comportamentos de consumo iniciam-se cada vez mais cedo,

ocorrendo o primeiro consumo por volta dos 12 anos, aumentando progressivamente com a idade. O início precoce do consumo de bebidas alcoólicas está associado a diversos comportamentos-problema tais como relações sexuais desprotegidas, violência, acidentes automóveis, absentismo escolar e no emprego, aumento do risco de consumo de outras drogas e o abuso de álcool no futuro (Barroso et al., 2009). Tem-se verificado um aumento do consumo de bebidas alcoólicas entre os alunos do secundário (Feijão, Lavado & Calado, 2011). O consumo de álcool parece, também, assumir um caráter de ritual na integração do adolescente no grupo de pares.

Existem diversos fatores que contribuem para o início do consumo na adolescência, com destaque para o consumo de álcool pelos pais e familiares, a acessibilidade às bebidas alcoólicas e a influência dos *mass media* e dos pares. A exposição ao álcool durante o período da adolescência poderá ter implicações imediatas e no futuro, interrompendo ou prejudicando a maturação cerebral (Barroso, 2012). O desenvolvimento biológico pode, assim, ficar comprometido, bem como o desenvolvimento psicossocial, devido às situações de risco acima mencionadas.

A promoção da saúde no âmbito do álcool deve ter como cenário, o contexto escolar, porque, para além das razões mencionadas na depressão, é nestas idades, como vimos, que os adolescentes e jovens estão em risco máximo para o início dos consumos. As intervenções de educação para a saúde sobre álcool e seus consumos, em contexto escolar, devem ser facilitadoras da geração de comportamentos saudáveis e de promoção de estilos de vida saudáveis.

II Parte – Projeto de Intervenção

6. Intervenção em Escola

6.1. Metodologia

A abordagem que se preconiza neste estudo é quantitativa multinível (Goodwin, 2009). Num primeiro momento, foi realizado um estudo descritivo-exploratório (nível I) com a aplicação de um instrumento de avaliação da literacia em saúde mental a alunos de uma escola secundária da região centro de Portugal

Continental. No segundo momento, que corresponde à intervenção, foi utilizado um desenho pré-experimental (nível IV) com avaliação pré e pós-teste. Assim, a questão de investigação e hipótese é apresentada na sequência dos objetivos e da abordagem. A questão de investigação que orientou este trabalho foi: Qual o nível de literacia em saúde mental de adolescentes e jovens nas perturbações depressão e abuso de álcool, em termos de: a) Capacidade de reconhecer perturbações específicas ou diferentes tipos de sofrimento psicológico; b) Conhecimento sobre ajuda profissional e tratamentos disponíveis; c) Conhecimento sobre a eficácia das estratégias de autoajuda; d) Conhecimento e competências sobre o modo como prestar a primeira ajuda e apoio aos outros; e) Conhecimento sobre como se podem prevenir as perturbações mentais? Para responder à questão de investigação a seguinte hipótese foi formulada: A frequência do programa de intervenção educacional dirigido, com suporte em *website*, contribui para o aumento da literacia em saúde mental.

A variável dependente deste estudo é a literacia em saúde mental nas componentes já referidas. Corresponde aos conhecimentos e crenças que permitem reconhecimento, gestão e prevenção das perturbações mentais em favor do próprio ou dos seus pares. A variável independente corresponde à intervenção protagonizada. Esta intervenção é composta por sessões presenciais em sala de aula (três sessões com duração total de 4,5 horas) e simultaneamente acesso continuado a um *website*.

Como este projeto de intervenção se insere num projeto mais vasto, já existiam autorizações concedidas pela DGDIC do Ministério da Educação para a administração do instrumento nas escolas da zona de abrangência da Direção Regional de Educação do Centro. Contudo, numa primeira fase, foi formulado o pedido de autorização ao Agrupamento de Escolas para a realização do estudo, tendo sido este autorizado, conforme explicitado na descrição do Instrumento.

Na segunda fase, foi administrado um questionário de avaliação da literacia em saúde mental a uma amostra de 40 alunos do Agrupamento de Escolas. A direção do Agrupamento não permitiu a identificação dos alunos ou dos questionários

pelo que não foi possível o emparelhamento nas fases posteriores. Este questionário foi administrado após a autorização referida, em outubro.

Na terceira fase, 30 alunos foram submetidos ao projeto de intervenção descrito neste trabalho. Como apenas 30 alunos assistiram às sessões, decidimos selecionar 30 elementos da amostra anterior para facilitar a comparação entre momentos.

A quarta fase foi realizada logo após as três sessões definidas, tendo sido novamente administrado o questionário de avaliação da literacia em saúde mental a 29 alunos pois um aluno não pode estar presente.

Na quinta fase realizou-se o terceiro momento de avaliação que ocorreu um mês após a realização da última sessão do projeto, com os 30 alunos que assistiram às intervenções. A avaliação após 1 mês da intervenção foi realizada noutros estudos internacionais que revelaram melhores resultados após este período de tempo (O’Kearney et al., 2008; Coles & Coleman, 2010; Pinto-Foltz et al., 2011).

6.2. Amostra

A amostra utilizada é uma amostra aleatória por *clusters* de adolescentes e jovens portugueses que frequentam as escolas do 3.º ciclo do ensino básico e secundário. Para a intervenção foram selecionados aleatoriamente 30 alunos de uma escola secundária da região centro de Portugal Continental, tendo a Direção do Agrupamento de Escolas autorizado a realização da intervenção e a respetiva colheita de dados (Anexos 1 e 2).

Como se pode observar na Tabela 1, a amostra é composta maioritariamente por elementos do sexo masculino e as idades variam entre os 16 e os 22 anos de idade, com uma média de idades de 17.77 e um desvio padrão de 1.17. Verificamos também que a escolaridade dos pais é reduzida concentrando-se na 4ª classe e 6º ano, no caso dos pais, e na 4ª classe e 9ºano, no caso das mães. Esta distribuição absoluta e percentual corresponde aos momentos de avaliação T1 e T2.

Tabela 1 – Distribuição absoluta e percentual das características da amostra (N=30)

	N	%
Género		
Masculino	21	70.0
Feminino	9	30.0
Idade		
16.00	3	10.0
17.00	9	30.0
18.00	13	43.3
19.00	4	13.3
22.00	1	3.3
Habilitações literárias do pai		
Ensino básico – 1º Ciclo (antiga 4ª classe)	10	34.5
Ensino básico – 2º Ciclo (Ensino preparatório – antigo 6º ano)	10	34.5
Ensino básico – 3º Ciclo – Curso geral dos liceus (9º ano)	6	20.7
Ensino secundário (Curso complementar dos liceus)	3	10.3
Habilitações literárias da mãe		
Ensino básico – 1º Ciclo (antiga 4ª classe)	10	33.3
Ensino básico – 2º Ciclo (Ensino preparatório – antigo 6º ano)	8	26.7
Ensino básico – 3º Ciclo – Curso geral dos liceus (9ºano)	10	33.3
Ensino secundário (Curso complementar dos liceus)	2	6.7

6.3. Instrumento

Neste estudo foi utilizado o QuALiSMental, Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (Anexo 3), versão validada para a população Portuguesa por Loureiro, Pedreiro e Correia (2012) a partir do *Survey of Mental Health Literacy in Young People* (Jorm et al., 1997). Antes da apresentação das vinhetas, são colocadas questões sociodemográficas. Posteriormente, são apresentadas três vinhetas que descrevem casos fictícios de depressão, esquizofrenia e problemas associados ao consumo de álcool, segundo os critérios de diagnóstico da DSM-IV-TR (APA, 2002), sendo abordados neste trabalho apenas as duas primeiras, que se apresentam de seguida:

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

“O Jorge é um jovem de 16 anos que frequenta o 11º ano de escolaridade. No último ano começou a beber bebidas alcoólicas e embriagou-se em todas as festas/convívios a que foi. Os pais andam preocupados porque o Jorge tem vindo a diminuir o seu rendimento

escolar, faltando às aulas devido às ressacas, e tendo inclusive os pais sido chamados à escola por ter aparecido embriagado a uma aula. Na última festa, os amigos chamaram o 112 pois ele estava inconsciente.”

Para cada vinheta o questionário é constituído por 9 secções que incluem os seguintes domínios: a) Reconhecimento das perturbações; b) Ações de Procura de Ajuda e Barreiras percebidas; c) Crenças e intenções sobre prestar a primeira ajuda; d) Crenças sobre intervenções; e) Crenças sobre Prevenção; f) Atitudes Estigmatizantes e Distância Social; g) Exposição (familiaridade) com as perturbações mentais; h) Impacto das campanhas e da exposição nos meios de comunicação. No final é apresentada a versão breve do ICDM – Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais (Loureiro, 2008). O QuALiSMental foi submetido à DGIDC do Ministério da Educação a solicitar autorização e à Comissão de Ética da UICISA:E da ESEnfC. Em ambos os casos o parecer foi positivo (Loureiro, Pedreiro & Correia, 2012). Dadas as características da amostra, composta na sua maioria por menores, o QuALiSMental foi acompanhado de um consentimento informado a ser assinado pelo Encarregado de Educação ou pelo aluno, quando maior de 18 anos (Anexo 4).

6.4. Intervenção – Sessões

Foram realizadas três sessões com uma duração total de 4,5 horas. Estas sessões foram realizadas em contexto de sala de aula, sempre com a presença de um professor da escola. As sessões são apoiadas no *website* Feliz Mente, em <http://felizmente.esenfc.pt>, criado no âmbito do projeto Educação e Sensibilização para a Saúde Mental: Um Programa de Intervenção com base na Escola para Adolescentes e Jovens [PTDC/CPE-CED/112546/2009].

6.4.1. Primeira Sessão

No início da primeira sessão (Anexo 5), que decorreu em outubro de 2012, e como forma de suscitar o interesse dos alunos, aproximá-los e estabelecer uma relação com eles, foram utilizadas algumas estratégias e jogos. Esta sessão teve a duração de 90 minutos.

Nesta sessão, foram explicitados conteúdos relacionados com saúde mental, perturbações mentais, estigma, estratégias de autoajuda e primeira ajuda em saúde mental. O objetivo geral definido para esta sessão foi que os alunos soubessem o

que é saúde mental, identificando as diferenças entre sinais e sintomas em perturbações mentais, conhecendo os profissionais de saúde a que devem recorrer numa situação de perturbação mental e sabendo como prestar a primeira ajuda a um amigo que sofra de uma perturbação mental.

A primeira sessão teve início com a apresentação da mesma e a sua contextualização. De seguida, foi mostrado o *website* Feliz Mente e realizado o questionário sobre o tema da saúde mental (disponível em <http://www.esenfc.pt/qst2/felizmente/index.php?type=mental-disorders>).

Posteriormente, realizou-se o jogo do ‘Doente Mental’ em que foi solicitado aos alunos que se comportassem como eles pensam que se comporta uma pessoa que sofra de uma perturbação mental. Os alunos são livres de andar pela sala e agir conforme quiserem. Verificamos que estes fazem diversos gestos, alteram a forma de andar, de falar, emitindo sons. Este jogo permite que quem ganhe sejam os alunos que ainda não estavam a interagir com a atividade porque são aqueles que não alteram a sua forma de estar e de comportamento, fazendo-os assim perceber que as perturbações mentais não alteram o exterior dos indivíduos, podendo acontecer a qualquer um. O jogo permitiu, assim, cativar todos os alunos da sala de aula.

Esta abordagem inicial e a realização do jogo permitiram perceber quais as dificuldades que estes alunos apresentam relativamente aos conceitos de saúde e doença mental. Tiveram, também, a possibilidade de colocar questões sobre o questionário realizado, bem como, de clarificar outro tipo de dúvidas, antes da apresentação das características de uma pessoa com saúde mental.

Para esta fase inicial, foi necessário um computador com acesso à Internet e um projetor bem como um quadro e canetas de feltro. Esta parte da sessão teve a duração de 35 minutos. Como resultado, conseguimos avaliar quais os conhecimentos que este grupo de alunos tinha sobre as perturbações mentais e contestar algumas ideias pré-concebidas.

Em seguida, foram apresentadas diferentes perturbações mentais, através da apresentação de um Power Point, que condensa informação sobre a Depressão, o Abuso de Álcool, a Esquizofrenia, o Stress e a Ansiedade e as Perturbações

Alimentares (Anorexia e Bulimia). Após a descrição de cada uma das perturbações, são apresentados os diferentes sinais e sintomas de cada uma, dando relevância aos sinais que podem observar em alguém próximo. São também apresentados os profissionais de saúde a que devem aceder caso precisem de ajuda na área da saúde mental. Para terminar o método expositivo, são apresentadas e descritas as estratégias para ajudar um amigo que esteja a experienciar uma destas perturbações mentais. Estas estratégias designam-se por ANIPI e consagram os procedimentos que os alunos podem pôr em prática para ajudar um amigo que sofra de uma perturbação mental. O acrónimo ANIPI designa as seguintes estratégias: **A**proximar-se da pessoa, observar e ajudar (numa crise); **N**ão julgar e escutar com atenção; **I**nformar e apoiar; **P**rocurar ajuda profissional especializada incentivando a pessoa a obtê-la; e **I**ncentivar o recurso a outros apoios.

Estas estratégias não substituem o diagnóstico de um profissional de saúde, têm como objetivo capacitar os alunos para reconhecerem os sinais num colega ou amigo e o seu encaminhamento para um profissional de saúde adequado.

Foram distribuídos diferentes papéis que continham diferentes sinais e sintomas de um adolescente saudável e de outro com uma perturbação mental. Cada um dos alunos tem que colocar a respetiva característica no lugar adequado, tendo sido incentivado o debate e a troca de ideias neste processo.

Para explicar de que forma se deve aceder aos cuidados de saúde e como contactar os profissionais de saúde, foi construído um esquema no quadro, com a intervenção dos alunos. Neste esquema foram colocados todos os profissionais de saúde que os alunos enumeram na atividade anterior, quando são chamados a expressar as suas ideias sobre saúde mental. O sistema nacional de saúde e a forma como se acede aos diferentes profissionais são explicitados aos alunos. Com recurso ao *website* são apresentados os centros de saúde da zona de residência e a rede de recursos que contém todas as associações, instituições particulares de segurança social e organizações não-governamentais que se dedicam a ajudar pessoas que sofrem de perturbações mentais ou as suas famílias. Esta primeira sessão terminou com uma síntese dos conteúdos apresentados e com a colocação de questões gerais e para o grupo. Esta fase final permite, também,

que os alunos coloquem questões, esclarecendo dúvidas que possam surgir ao longo da sessão.

6.4.2. Segunda Sessão

Na segunda sessão (Anexo 6), que decorreu em dezembro de 2012, e teve a duração de 90 minutos, foi definido como objetivo que os alunos reconhecessem a depressão como uma perturbação mental, reconhecendo o que é ter saúde mental, quais os principais sinais e sintomas da depressão, conhecer os profissionais de saúde a que devem recorrer numa situação de depressão e saber como prestar a primeira ajuda a um amigo com depressão. À semelhança do que aconteceu na primeira sessão, esta sessão é iniciada com a realização de um questionário *online* sobre Depressão (disponível em <http://www.esenfc.pt/qst2/felizmente/index.php?type=depression>). Com a realização do questionário em grupo é possível perceber as dificuldades que estes alunos sentem para caracterizar esta perturbação mental.

Em seguida, com o recurso a um Power Point, são apresentadas as características da depressão em comparação com a tristeza normal do dia-a-dia. Foram descritos os principais sinais e sintomas da depressão e esclarecidas dúvidas que surgiram relacionadas com o que é veiculado pela comunicação social sobre esta perturbação. Foi pedido aos alunos que se deslocassem para o lado esquerdo da sala se se sentissem tristes poucas vezes durante uma dada semana. Depois, se se sentissem tristes várias vezes durante esse período de tempo. Por fim, se se sentissem muitas vezes tristes durante essa semana. O objetivo é passar a mensagem de que todos poderemos sentir-nos tristes algumas vezes durante a semana e durante o dia, não significando necessariamente que estejamos a sofrer de depressão.

Foi também pedido a cada aluno que dissesse algo que os faça sorrir e algo que considerem mais negativo nas suas vidas. Esta experiência de partilha é importante para fomentar a união do grupo, promover a interação com a pessoa que está a transmitir a informação e consolidar a informação transmitida anteriormente.

Foram distribuídos diferentes papéis que continham sinais e sintomas de um adolescente com diagnóstico de depressão e características de um adolescente saudável. Foram colocados dois cestos em cima da mesa e os alunos foram informados em qual tinham que colocar o que consideravam ser sinais e sintomas e características. Isto foi realizado em grupos de dois alunos. Depois da tarefa, foram retirados os papéis e comentados um a um, para que fossem esclarecidas todas as dúvidas.

Em seguida, e à semelhança da sessão 1, foi construído um esquema no quadro com a ajuda dos alunos. Este esquema procura explicitar o acesso aos cuidados de saúde e fazer compreender a utilidade dos profissionais de saúde em situações de doença mental, levando os alunos a participar, a tirar dúvidas, desmistificando o papel de cada um dos profissionais de saúde. Posteriormente, foram apresentadas as estratégias ANIPI com recurso ao *website* Feliz Mente, com a apresentação de uma história que descreve um caso de depressão, sendo solicitado aos alunos que apontem os sinais de alerta caso a pessoa na história fosse um amigo ou colega de turma/escola. Esta sessão terminou com a síntese de todos os conteúdos apresentados e com a colocação de questões para todo o grupo.

6.4.3. Terceira Sessão

A sessão três (Anexo 7) decorreu em março de 2013, teve como tema central o Abuso de Álcool e a duração de 90 minutos. O objetivo geral desta sessão foi que os alunos reconhecessem o abuso de álcool como uma perturbação mental. Como objetivos específicos considerámos a caracterização do abuso de álcool, a identificação dos principais sinais e sintomas de uma perturbação relacionada com o abuso de álcool, o conhecimento dos profissionais de saúde a quem recorrer numa situação de abuso de álcool e o conhecimento de estratégias para ajudar um amigo com uma perturbação relacionada com o abuso de álcool.

Para iniciar a sessão, realizou-se o questionário *online* sobre Abuso de Álcool (disponível em <http://www.esenfc.pt/qst2/felizmente/index.php?type=alcohol>). Esta realização do questionário permite que os alunos percebam as dificuldades que sentem nesta temática e, também, que se inicie o debate sobre esta problemática.

Para desconstruir a ideia de que todos os adolescentes bebem, foram colocadas as questões se eles bebem e se acham que os colegas bebem. A partir destas questões, tentamos que estes alunos percebam que a ideia de que todos os adolescentes e jovens bebem é errada e esta percepção pode fazer com que iniciem o consumo, para se sentirem integrados.

Foi apresentada uma garrafa de álcool etílico aos alunos e foi-lhes colocada a questão se o álcool que aquela garrafa contém é o mesmo que está presente nas garrafas de bebidas alcoólicas. Com a explicação de que o álcool é o mesmo elemento, o que varia é a concentração, inicia-se um debate sobre o teor alcoólico das diferentes bebidas. É explicitado, através do recurso a imagens projetadas, que o teor alcoólico de um copo de fino (200 cl), um copo de vinho (40 cl) e um copo de whisky (3 cl) é igual pois varia a concentração de álcool.

Através da apresentação de um Power Point, são explicados os malefícios do consumo abusivo de álcool e caracterizado um consumo moderado de álcool. É feita a distinção entre consumo abusivo de álcool e alcoolismo e explicitada a passagem de um consumo abusivo para uma situação de alcoolismo.

À semelhança do que aconteceu na sessão dois, são distribuídos diferentes papéis sinais e sintomas de uma pessoa com uma perturbação de consumo abusivo de álcool e uma pessoa que sofre de alcoolismo. Os alunos, em grupos de dois, têm que colocar cada uma em cestos previamente colocados em cima da mesa e devidamente identificados. As características são depois retiradas uma a uma e é explicado porque estão no sítio certo ou errado.

Como aconteceu nas sessões anteriores, foi construído um esquema, com ajuda dos alunos, para ajudar a explicar o acesso aos cuidados de saúde em Portugal. A identificação dos profissionais de saúde que podem ser úteis numa situação de abuso de álcool é realizada pelos alunos, mediante a aprendizagem realizada nas sessões anteriores. Em seguida, são apresentadas as estratégias ANIPI através do *website* Feliz Mente, com a apresentação de uma história de um adolescente com comportamentos de consumo abusivo de álcool. Os alunos são chamados a apontar os sinais de alerta na história apresentada, caso o jovem da história fosse seu colega ou amigo.

Para terminar, foi realizada uma síntese de todos os conteúdos apresentados e colocadas questões ao grupo. Foi também dado espaço para que os alunos colocassem questões sobre o abuso de álcool ou outras questões que possam ter surgido durante a última sessão.

7. Resultados

Os resultados apresentados contêm as frequências absolutas, indicando o número de alunos que assinala cada categoria, em cada momento. As frequências percentuais, entre parêntesis, representam a comparação e a evolução entre os três momentos de avaliação. O teste χ^2 foi realizado para avaliar a evolução de um momento para o outro e verificar se existe significância estatística na mudança entre os momentos. Este teste não foi realizado quando o número de alunos a assinalar uma opção era inferior a 15 no somatório dos três momentos.

A Tabela 2 apresenta as respostas dadas pelos alunos à questão “Na tua opinião, o que é que se passa com a Joana?”, nos três momentos de avaliação. Em todos os momentos, a opção mais assinalada é depressão. A resposta era considerada correta se o aluno assinalasse apenas depressão ou depressão em combinação com uma ou várias das seguintes opções: tem um problema, doença mental, stress, problemas psicológicos/mentais/emocionais. A diferença entre os três momentos relativamente ao número de alunos que assinala a depressão não é estatisticamente significativa.

Tabela 2 – Distribuição das frequências absolutas e percentuais para as categorias do reconhecimento da Depressão (N=30)

	T0	T1	T2	χ^2
Não sei	2 (18.2)	2 (18.2)	7 (63.6)	^a
Nada	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	^a
Depressão	17 (32.1)	20 (37.7)	16 (30.2)	0.491
Psicose	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	^a
Doença mental	0 (0.0)	5 (55.6)	4 (44.4)	^a
Bulimia	2 (22.2)	4 (44.4)	3 (33.3)	^a
Stress	10 (38.5)	5 (19.2)	11 (42.3)	2.385
Esgotamento nervoso	6 (30.0)	5 (25.0)	9 (45.0)	1.300
Abuso substâncias	4 (30.8)	6 (46.2)	3 (23.1)	^a
Crise idade	3 (33.3)	2 (22.2)	4 (44.4)	^a
Problemas Psicológicos	5 (20.8)	10 (41.7)	9 (37.5)	1.750
Anorexia	8 (34.8)	9 (39.1)	6 (26.1)	0.609
Problema	5 (22.7)	7 (31.8)	10 (45.5)	1.727
Alcoolismo	1 (14.3)	4 (57.1)	2 (28.6)	^a

*p<0.05; ^{a)} não cumpre critério para teste χ^2

A Tabela 3 apresenta os resultados para o reconhecimento do abuso de álcool. À pergunta “O que é que se passa com o Jorge?”, a opção mais assinalada foi

alcoolismo nos três momentos, existindo diferenças estatisticamente significativas entre eles.

Para avaliar o conhecimento sobre ajuda profissional e pessoas que podem ajudar numa situação semelhante à da vinheta, os alunos tinham que assinalar a sua opinião sobre a utilidade de cada um dos profissionais de saúde e outras pessoas apresentadas, podendo também considerá-los prejudiciais.

Para este trabalho apresentamos apenas os resultados no que concerne a utilidade, tanto na depressão (Tabela 4) como no abuso de álcool (Tabela 5), sendo isto válido nas questões subsequentes.

Tabela 3 – Distribuição das frequências absolutas e percentuais para as categorias do reconhecimento do Abuso de Álcool (N=30)

	T0	T1	T2	χ^2
Não sei	3 (16.7)	4 (22.2)	11 (61.1)	6.333*
Nada	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	---
Depressão	3 (15.0)	9 (45.0)	8 (40.0)	3.100
Esquizofrenia	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	^a
Psicose	1 (33.3)	0 (0.0)	2 (66.7)	^a
Doença mental	1 (11.1)	5 (55.6)	3 (33.3)	^a
Bulimia	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	^a
Stress	2 (12.5)	7 (43.8)	7 (43.8)	3.125
Esgotamento nervoso	1 (10.0)	5 (50.0)	4 (40.0)	^a
Abuso de substâncias	21 (42.9)	19 (38.8)	9 (18.4)	5.061
Crise da idade	4 (36.4)	3 (27.3)	4 (36.4)	^a
Problemas Psicológicos	3 (23.1)	8 (61.5)	2 (15.4)	^a
Anorexia	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	^a
Problema	5 (27.8)	5 (27.8)	8 (44.4)	1.000
Alcoolismo	23 (47.9)	16 (33.3)	9 (18.8)	6.125*

*p<0.05; ^a) não cumpre critério para teste χ^2

Podemos verificar que o psicólogo, o médico de família e o psiquiatra são os considerados mais úteis na ajuda formal enquanto o familiar próximo e o amigo também apresentam valores elevados, para os dois cenários.

Tabela 4 – Distribuição das frequências absolutas e percentuais para Utilidade de Profissionais de Saúde e Pessoas Próximas: Depressão (N=30)

	T0	T1	T2	χ^2
Um médico de família	21 (28.8)	28 (38.4)	24 (32.9)	1.013
Um professor	15 (35.7)	12 (28.6)	15 (35.7)	0.428
Um psicólogo	28 (35.4)	26 (32.9)	25 (31.6)	0.177
Um enfermeiro	15 (31.3)	17 (35.4)	16 (33.3)	0.125
Um assistente social	5 (29.4)	4 (23.5)	8 (47.1)	1.529
Um psiquiatra	15 (27.8)	21 (38.9)	18 (33.3)	1.000
Um serviço telefónico de aconselhamento	3 (21.4)	4 (28.6)	7 (50.0)	^a
Um familiar próximo	21 (31.8)	23 (34.8)	22 (33.3)	0.090
Um amigo significativo	22 (35.5)	20 (32.3)	20 (32.3)	0.129

*p<0.05; ^a) não cumpre critério para teste χ^2

Em relação à utilidade de medicamentos e outros produtos disponíveis, foram apresentadas diversas opções que os alunos tinham que considerar úteis e prejudiciais.

Tabela 5 – Distribuição das frequências absolutas e percentuais para Utilidade de Profissionais de Saúde e Pessoas Próximas: Abuso de Álcool (N=30)

	T0	T1	T2	χ^2
Um médico de família	25 (33.3)	28 (37.3)	22 (29.3)	0.720
Um professor	11 (27.5)	14 (35.0)	15 (35.7)	0.650
Um psicólogo	23 (33.3)	24 (34.8)	22 (31.9)	0.086
Um enfermeiro	17 (33.3)	19 (37.3)	15 (29.4)	0.470
Um assistente social	9 (34.6)	9 (34.6)	8 (30.8)	0.077
Um psiquiatra	15 (27.8)	21 (38.9)	18 (33.3)	1.000
Um serviço telefônico de aconselhamento	6 (25.0)	10 (41.7)	8 (33.3)	1.000
Um familiar próximo	22 (34.9)	23 (36.5)	18 (28.6)	0.666
Um amigo significativo	19 (31.1)	25 (41.0)	17 (27.9)	1.704

*p<0.05; ^{a)} não cumpre critério para teste χ^2

À semelhança dos profissionais de saúde, analisamos apenas a utilidade percebida, na depressão (Tabela 6) e no abuso de álcool (Tabela 7).

Tabela 6 – Distribuição das frequências absolutas e percentuais para Utilidade de Medicamentos/Produtos: Depressão (N=30)

	T0	T1	T2	χ^2
Vitaminas	17 (34.0)	18 (36.0)	15 (30.0)	0.280
Chás (Exs.: Camomila ou Hipericão)	17 (34.0)	16 (32.0)	17 (34.0)	0.040
Tranquilizantes/Calmantes	11 (28.9)	12 (31.6)	15 (39.5)	0.684
Antidepressivos	10 (30.3)	10 (30.3)	13 (39.4)	0.545
Anti-psicóticos	3 (23.1)	5 (38.5)	5 (38.5)	^a
Comprimidos para dormir	5 (22.7)	7 (31.8)	10 (45.5)	1.727

*p<0.05; ^{a)} não cumpre critério para teste χ^2

Em ambos os cenários, verificamos a predominância da crença da utilidade das vitaminas e dos chás, nos três momentos de avaliação. Para a depressão, os tranquilizantes/calmantes e os antidepressivos são considerados úteis pelos alunos enquanto no abuso e álcool, são os tranquilizantes/calmantes que são assinalados como úteis.

Tabela 7 – Distribuição das frequências absolutas e percentuais para Utilidade de Medicamentos/Produtos: Abuso de Álcool (N=30)

	T0	T1	T2	χ^2
Vitaminas	8 (22.2)	13 (36.1)	15 (41.7)	2.167
Chás (Exs.: Camomila ou Hipericão)	12 (27.3)	15 (34.1)	17 (38.6)	0.864
Tranquilizantes/Calmantes	7 (26.9)	8 (30.8)	11 (42.3)	1.000
Antidepressivos	0 (0.0)	4 (33.3)	8 (66.7)	^a
Anti-psicóticos	5 (35.7)	4 (28.6)	5 (35.7)	^a
Comprimidos para dormir	2 (22.2)	2 (22.2)	5 (55.6)	^a

*p<0.05; ^{a)} não cumpre critério para teste χ^2

No que concerne a utilidade de atividades que podiam ajudar num caso semelhante ao da vinheta eram apresentadas diversas atividades, tendo os alunos que assinalar a sua opinião para a utilidade ou não de cada atividade.

Tabela 8 – Distribuição das frequências absolutas e percentuais para Utilidade de Estratégias de Autoajuda: Depressão (N=30)

	T0	T1	T2	χ^2
Fazer exercício físico	20 (29.9)	25 (37.3)	22 (32.8)	0.567
Praticar treino de relaxamento	26 (37.1)	22 (31.4)	22 (31.4)	0.457
Praticar meditação	20 (35.1)	19 (33.3)	18 (31.6)	0.105
Fazer acupunctura	6 (24.0)	10 (40.0)	9 (36.0)	1.040
Levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol	13 (32.5)	14 (35.0)	13 (32.5)	0.050
Fazer terapia com um profissional especializado	20 (33.9)	21 (35.6)	18 (30.5)	0.237
Consultar um site que contenha informação sobre o problema	14 (29.2)	17 (35.4)	17 (35.4)	0.375
Ler um livro de autoajuda sobre o problema	13 (27.1)	19 (39.6)	16 (33.3)	1.125
Juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas similares	11 (26.8)	18 (43.9)	12 (29.3)	2.098
Procurar ajuda especializada de saúde mental	12 (26.1)	17 (37.0)	17 (37.0)	1.087
Utilizar bebidas alcoólicas para relaxar	2 (20.0)	3 (30.0)	5 (50.0)	^a
Fumar para relaxar	2 (15.4)	6 (46.2)	5 (38.5)	^a

* $p < 0.05$; ^{a)} não cumpre critério para teste χ^2

Para a vinheta da depressão (Tabela 8), verificamos que as opções mais assinaladas são o relaxamento, o exercício físico, fazer terapia com um profissional e a meditação, enquanto as menos assinaladas são utilizar bebidas alcoólicas e fumar. Para a vinheta do Abuso de Álcool (Tabela 9), as opções mais assinaladas são fazer exercício físico e praticar treino de relaxamento enquanto os menos assinalados são o utilizar bebidas alcoólicas e o fumar.

Para avaliar o conhecimento e competências para ajudar a pessoa na vinheta eram apresentadas diversas opções que poderiam utilizar para ajudar a Joana e o Jorge e, à semelhança das questões anteriores, os alunos tinham que assinalar a utilidade de cada uma.

Tabela 9 – Distribuição das frequências absolutas e percentuais para Utilidade de Estratégias de Autoajuda: Abuso de Álcool (N=30)

	T0	T1	T2	χ^2
Fazer exercício físico	26 (33.8)	28 (36.4)	23 (29.9)	0.494
Praticar treino de relaxamento	21 (33.3)	24 (38.1)	18 (28.6)	0.857
Praticar meditação	13 (27.1)	18 (37.5)	17 (35.4)	0.875
Fazer acupunctura	9 (28.1)	12 (37.5)	11 (34.4)	0.438
Levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol	14 (29.2)	16 (33.3)	18 (37.5)	0.779
Fazer terapia com um profissional especializado	21 (36.8)	20 (35.1)	16 (28.1)	0.737
Consultar um site que contenha informação sobre o problema	17 (34.0)	19 (38.0)	14 (28.0)	0.760
Ler um livro de autoajuda sobre o problema	17 (33.3)	21 (41.2)	13 (25.5)	1.882
Juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas similares	17 (36.2)	18 (38.3)	12 (25.5)	1.319
Procurar ajuda especializada de saúde mental	8 (20.0)	19 (47.5)	13 (32.5)	4.550
Utilizar bebidas alcoólicas para relaxar	2 (20.0)	5 (50.0)	3 (30.0)	^a
Fumar para relaxar	1 (11.1)	5 (55.6)	3 (33.3)	^a

* $p < 0.05$; ^{a)} não cumpre critério para teste χ^2

Na vinheta da depressão (Tabela 10), a opção mais assinalada foi “ouvir os seus problemas de forma compreensiva”, nos três momentos de avaliação, seguido de “sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado”. Não foram encontradas diferenças significativas entre os três momentos.

Tabela 10 – Distribuição das frequências absolutas e percentuais para Utilidade de Estratégias de Primeira Ajuda: Depressão (N=30)

	T0	T1	T2	χ^2
Ouvir os seus problemas de forma compreensiva	29 (35.4)	28 (34.1)	25 (30.5)	0.317
Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente	14 (28.0)	18 (36.0)	18 (36.0)	0.640
Sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado	25 (35.2)	23 (32.4)	23 (32.4)	0.113
Marcar uma consulta no Médico de Família com o seu conhecimento	20 (33.9)	22 (37.3)	17 (28.8)	0.644
Perguntar se tem tendências suicidas	6 (25.0)	10 (41.7)	8 (33.3)	1.000
Sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas	1 (11.1)	5 (55.6)	3 (33.3)	^a
Reunir o grupo de amigos para a animar	20 (35.7)	18 (32.1)	18 (32.1)	0.143
Não valorizar o seu problema, ignorando-a até que se sinta melhor	1 (10.0)	5 (50.0)	4 (40.0)	^a
Mantê-la ocupada para que não pense tanto nos seus problemas	18 (31.6)	21 (36.8)	18 (31.6)	0.316
Incentivá-la a praticar exercício físico	12 (24.5)	18 (36.7)	19 (38.8)	1.755

*p<0.05; ^a) não cumpre critério para teste χ^2

Para a vinheta do abuso de álcool (Tabela 11), as opções mais assinaladas foram também “ouvir os seus problemas de forma compreensiva” e “sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado” nos três momentos de avaliação, sem diferenças significativas entre eles.

Tabela 11 – Distribuição das frequências absolutas e percentuais para Utilidade de Estratégias de Primeira Ajuda: Abuso de Álcool (N=30)

	T0	T1	T2	χ^2
Ouvir os seus problemas de forma compreensiva	27 (34.6)	28 (35.9)	23 (29.5)	0.538
Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente	14 (26.4)	20 (37.7)	19 (35.8)	1.170
Sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado	24 (33.3)	26 (36.1)	22 (30.6)	0.333
Marcar uma consulta no Médico de Família com o seu conhecimento	20 (32.3)	23 (37.1)	19 (30.6)	0.419
Perguntar se tem tendências suicidas	4 (22.2)	9 (50.0)	5 (27.8)	3.250
Sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas	0 (0.0)	1 (20.0)	4 (80.0)	^a
Reunir o grupo de amigos para o animar	21 (38.2)	21 (38.2)	13 (23.6)	2.327
Não valorizar o seu problema, ignorando-o até que se sinta melhor	4 (23.5)	8 (47.1)	5 (29.4)	^a
Mantê-lo ocupado para que não pense tanto nos seus problemas	18 (31.6)	23 (40.4)	16 (28.1)	1.368
Incentivá-lo a praticar exercício físico	22 (36.1)	21 (34.3)	18 (29.5)	3.469

*p<0.05; ^a) não cumpre critério para teste χ^2

Para avaliar o conhecimento sobre a prevenção de perturbações mentais, eram apresentadas diversas opções que os alunos teriam de assinalar conforme considerassem que o risco de desenvolver uma perturbação como a da vinheta diminuía com a realização daquela atividade.

Tabela 12 – Distribuição das frequências absolutas e percentuais para Crenças sobre Prevenção: Depressão

(N=30)

	T0	T1	T2	χ^2
Praticassem exercício físico	19 (27.5)	26 (37.7)	24 (34.8)	1.130
Evitassem situações geradoras de stresse	22 (33.3)	23 (34.8)	21 (31.8)	0.909
Mantivessem o contacto regular com amigos	28 (36.8)	25 (32.9)	23 (30.3)	0.500
Mantivessem o contacto regular com a família	29 (36.3)	28 (35.0)	23 (28.8)	0.775
Não utilizassem drogas	27 (38.6)	25 (35.7)	18 (25.7)	1.914
Não bebessem bebidas alcoólicas	27 (39.1)	23 (33.3)	19 (27.5)	1.391
Praticassem atividades relaxantes regularmente	21 (32.3)	23 (35.4)	21 (32.3)	0.123
Tivessem uma crença religiosa ou espiritual	3 (15.8)	8 (42.1)	8 (42.1)	2.632

*p<0.05; ^{a)} não cumpre critério para teste χ^2

Verificamos que, no caso da depressão (Tabela 12), o contacto com a família e os amigos são as opções mais assinaladas, sendo que no abuso de álcool (Tabela 13), a opção mais assinalada é a prática de exercício físico, tendo o contacto com a família e os amigos valores também elevados. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os três momentos.

Tabela 13 – Distribuição das frequências absolutas e percentuais para Crenças sobre Prevenção: Abuso de

Álcool (N=30)

	T0	T1	T2	χ^2
Praticassem exercício físico	25 (33.3)	29 (38.7)	21 (28.0)	1.280
Evitassem situações geradoras de stresse	21 (33.9)	23 (37.1)	18 (29.0)	0.613
Mantivessem o contacto regular com amigos	25 (35.7)	25 (35.7)	20 (28.6)	0.714
Mantivessem o contacto regular com a família	26 (36.6)	26 (36.6)	19 (26.8)	1.380
Não utilizassem drogas	20 (32.3)	26 (41.9)	16 (25.8)	2.452
Não bebessem bebidas alcoólicas	21 (34.4)	24 (39.3)	16 (26.2)	1.607
Praticassem atividades relaxantes regularmente	17 (28.8)	23 (39.0)	19 (32.2)	0.949
Tivessem uma crença religiosa ou espiritual	7 (25.9)	10 (37.0)	10 (37.0)	0.667

*p<0.05; ^{a)} não cumpre critério para teste χ^2

8. Discussão

Os resultados obtidos serão discutidos procurando dar resposta às questões elaboradas no início desta intervenção. No que diz respeito à capacidade de reconhecer perturbações específicas ou diferentes tipos de sofrimento psicológico é de referir que o reconhecimento da depressão foi, nesta amostra, inferior ao observado noutros estudos realizados em Portugal (Loureiro et al., 2012b; Loureiro et al., 2013a) e também em estudos noutros países (Wright et al., 2005; Burns & Rapee, 2006) e que utilizam a mesma metodologia. O reconhecimento das perturbações mentais é um fator facilitador da procura de ajuda, reduzindo o sofrimento, o risco de suicídio e as consequências futuras (Loureiro et al., 2012b). Verificamos que existe um aumento no número de alunos que identifica

corretamente a depressão no segundo momento de avaliação, logo após a intervenção, embora sem significância estatística.

A caracterização do problema como ‘stress’ foi comum nos três momentos, indiciando alguma capacidade de reconhecer sinais e sintomas de sofrimento psicológico, embora não conseguindo identificar corretamente o problema. Diversos alunos associaram o problema da vinheta a ‘anorexia’, revelando um sobrevalorizar da componente perda de peso relatada na vinheta. A opção ‘problemas psicológicos/mentais/emocionais’ foi também assinalada por diversos alunos nos três momentos, tendo havido um crescendo nos dois momentos de avaliação após as intervenções, revelando um efeito positivo das mesmas, ainda que sem significância estatística. O mesmo é verdade para a opção ‘tem um problema’ que também foi assinalada por 5 alunos na avaliação inicial, por 7 na avaliação após a última intervenção e por 10 alunos um mês depois da última intervenção.

Foram também utilizados alguns rótulos alternativos pelos alunos que podem justificar o baixo reconhecimento, nomeadamente ‘esgotamento nervoso’. Este termo é pouco específico e é associado, pela população geral, a diversas perturbações mentais em Portugal, não caracterizando o problema.

Na vinheta de Abuso de Álcool, verificamos que as intervenções realizadas junto dos alunos não tiveram o mesmo efeito positivo que na depressão, tendo diminuído o número de alunos que rotula corretamente o problema da vinheta como Abuso de Substâncias. Contudo, as opções ‘abuso de substâncias’ e ‘alcoolismo’ continuam a ser as mais assinaladas pelos alunos, nos três momentos de intervenção. Este reconhecimento é complexo, à semelhança de outro estudo realizado em Portugal por Loureiro et al. (2013b), pois existe um número elevado de alunos que rotulam a situação como alcoolismo, revelando uma generalização atual do termo alcoólico e alcoolismo, traduzido na rotulação exagerada da situação (Schomerus et al., 2011) o que revela um desconhecimento sobre o que é uma situação de alcoolismo. Contudo, verificamos que diminui o número de alunos que assinala a opção ‘alcoolismo’, indiciando uma maior compreensão do problema, tendo este resultado significância estatística. À semelhança do que

aconteceu na vinheta da depressão, aumentou o número de alunos que assinala a opção 'tem um problema', revelando os efeitos positivos das intervenções, embora sem significância estatística.

Relativamente ao conhecimento sobre ajuda profissional e tratamentos disponíveis, verificamos que, embora o reconhecimento das perturbações mentais por este grupo de alunos seja baixo, estes acreditam na utilidade dos diversos profissionais de saúde apresentados. Verificamos que, à semelhança de outros estudos (Loureiro et al., 2013a; 2013b), os alunos valorizam a ajuda informal, junto de familiares e amigos, para as duas vinhetas apresentadas. A valorização da ajuda informal é importante pois sabemos que, muitas vezes, é por sugestão de familiares de amigos que os adolescentes e jovens procuram ajuda em casos de perturbação mental (Jorm, 2012; Rickwood et al, 2005).

Tanto na vinheta da depressão como na de abuso de álcool, os alunos consideram útil o psicólogo, o médico de família e um familiar próximo e um amigo significativo, indiciando a compreensão da necessidade de ajuda externa, tanto profissional como informal. Verificamos que existe uma valorização da proximidade da relação, sendo o serviço telefónico de aconselhamento a opção menos assinalada nos três momentos e para as duas perturbações. A valorização do psicólogo e do médico de família pode estar relacionada com a proximidade destes profissionais de saúde pois o Agrupamento de Escolas tem um psicólogo disponível e o médico de família é a fonte de ajuda primária nos cuidados de saúde, embora os jovens sejam o grupo que tem menor contacto com os serviços de saúde (Rickwood et al., 2005).

É de realçar o efeito da intervenção na utilidade atribuída ao psiquiatra para as duas situações apresentadas. O número de alunos que assinala a utilidade deste profissional de saúde aumenta após a realização da intervenção, embora sem significância estatística.

Em relação à utilidade de produtos/medicamentos para o tratamento das perturbações apresentadas, verificamos uma sobrevalorização das vitaminas e chás. Estes produtos são valorizados pelos jovens, embora não exista evidência científica que apoie a sua utilização nestes casos (Loureiro et al., 2013b), pois não

é necessária prescrição médica para os adquirir, ou seja, não é necessário contacto com um profissional de saúde e são produtos de acesso fácil e sobre os quais existe a crença de que podem ajudar a resolver problemas como os apresentados na vinheta (Reavley & Jorm, 2011). Como noutros estudos (Jorm, 2012; Loureiro et al., 2013a; 2013b), a visão que os jovens têm da psicofarmacologia é negativa, não considerando úteis os medicamentos. Contudo, verificamos que a intervenção tem efeito positivo sobre a visão que os alunos têm sobre os antidepressivos, no caso da vinheta de abuso de álcool, não tendo este aumento significância estatística.

No que concerne a utilidade das estratégias de autoajuda, verificamos que os alunos valorizam o exercício físico e o treino de relaxamento, em ambos os casos apresentados. Esta valorização das estratégias de autoajuda está de acordo com a valorização de vitaminas e chás, já referida. O facto de a maioria da amostra considerar estas estratégias úteis numa situação de depressão é importante pois está cientificamente provado que são úteis em fases iniciais da doença, especialmente se adotadas sob a supervisão de um profissional de saúde (Jorm, Morgan & Wright, 2008). Na vinheta do abuso de álcool, podemos associar este conhecimento sobre a utilidade de estratégias de autoajuda à promoção da saúde que se faz em contexto escolar sobre alcoolismo (Loureiro et al., 2013b; Jorm, 2012). Verificamos também que os alunos que assinalam a utilidade das bebidas alcoólicas e de fumar em situações de depressão e abuso de álcool são uma minoria, em cada um dos momentos. Este resultado é coincidente com os de outros estudos, em que os jovens consideram que estes comportamentos podem exacerbar os problemas existentes (Reavley & Jorm, 2011; Loureiro et al., 2013b). É de assinalar o incremento no número de alunos que considera útil a consulta de um *site* que contenha informação sobre o assunto. Embora este aumento (sem significância estatística) seja mais significativo na vinheta da depressão, no momento após a intervenção, verificamos que os alunos consideram útil a existência do *site* com informação sobre saúde mental, demonstrado nas sessões. No que diz respeito aos conhecimentos e crenças sobre ajuda, verificamos que os alunos desta amostra valorizam o ‘ouvir os seus problemas de forma

compreensiva' e 'sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado', para as duas vinhetas apresentadas. A opção 'marcar uma consulta no médico de família com o seu conhecimento' é também assinalada por um número elevado de alunos em ambos os cenários.

Os alunos desta amostra mostram uma predisposição para ouvir a pessoa e incentivar o recurso a um profissional de saúde, o que se enquadra nas linhas-guia de programas de primeira ajuda em saúde mental (Kelly et al., 2011). Verificamos também que são poucos os alunos a assinalar como útil a opção 'perguntar se tem tendências suicidas', à semelhança de outros estudos realizados (Loureiro et al., 2013a; Jorm, Morgan & Wright, 2008). Este resultado pode ser explicado pelo facto de as pessoas considerarem que o simples perguntar pode despoletar a ideia na cabeça da pessoa (Jorm, 2012). Contudo, a intervenção tem um efeito positivo pois aumentou o número de alunos que considera útil perguntar por pensamentos suicidas. Contudo, este aumento não apresenta significância estatística.

Por fim, relativamente ao conhecimento sobre como se podem prevenir as perturbações mentais, verificamos que nesta amostra, os alunos assinalam como úteis na prevenção da depressão o contacto regular com a família e com os amigos, o não consumir álcool e outras drogas e a prática de exercício físico. Numa situação de abuso de álcool, a prática de exercício físico é a atividade mais assinalada como útil, seguida do contacto com a família e os amigos. Os alunos desta amostra não consideram útil ter uma crença religiosa ou espiritual, como fator preventivo de uma perturbação mental. Contudo, a literatura apresenta o fator religioso e espiritual como preventivo de uma perturbação mental (Schomerus et al., 2011). Estes dados são consistentes com outros estudos realizados no nosso país (Loureiro et al., 2013a; 2013b). Os adolescentes e jovens acreditam que é possível prevenir as perturbações mentais (Schomerus et al., 2008), embora esta seja a área que é referida na literatura como o componente da literacia em saúde mental sobre a qual é necessário mais investigação (Jorm, 2012).

9. Conclusão

A adolescência e a juventude são períodos ideais para a aquisição de conhecimentos e competências que transitam para a vida adulta. Os programas de incremento da literacia em saúde mental devem ser pensados, à semelhança do que foi apresentado aqui, para esta faixa etária e tendo a escola como cenário, pois é neste local que os adolescentes e jovens passam a maior parte do seu tempo.

Esta amostra apresentava níveis reduzidos de literacia em saúde mental sobre as perturbações analisadas. As limitações encontradas nesta amostra sujeita à intervenção sugerem a necessidade da realização de programas direcionados a estes alunos, de forma a transmitir-lhes conhecimentos e competências em saúde mental e a dotá-los de um conhecimento virado para a ação.

As intervenções realizadas tiveram um impacto positivo sobre os conhecimentos dos alunos pelo que consideramos que pode ser um veículo a utilizar na transmissão de conhecimentos sobre saúde mental. Verificamos que os alunos apresentam um aumento de conhecimento sobre as perturbações analisadas, na utilidade de profissionais de saúde, estratégias de autoajuda e prevenção, bem como na utilidade de medicamentos, o que corrobora a hipótese formulada. Contudo, os resultados não apresentam significância estatística pelo que consideramos que uma intervenção com um maior número de horas poderia apresentar resultados estatisticamente mais significativos.

Consideramos também importante a abordagem preconizada neste estudo e que permite a consulta da informação ao longo do tempo. A consulta de um *website* criado e validado por profissionais de saúde permite aos adolescentes e jovens procurarem informação sempre que necessitarem de aceder a esta. Pensamos que seria importante fazer uma nova avaliação *a posteriori*, que não foi realizada devido às limitações temporais do estudo.

Como limitações a este estudo apontamos o facto de não ter sido possível emparelhar os sujeitos, devido a imperativos do Agrupamento de Escolas de que os alunos não fossem identificados, o que torna mais difícil a análise final dos resultados. Além disso, os alunos sujeitos a intervenções são alunos apenas de cursos profissionais, excluindo alunos de cursos gerais, tornando esta amostra

limitada. Verificamos também que as habilitações literárias dos pais são muito reduzidas, podendo este fator ter impacto nos conhecimentos e crenças dos alunos. Recomenda-se a replicação das intervenções, noutros contextos e com outros alunos, de forma a poder avaliar o impacto que este programa tem em contextos diferenciados. Pensamos que seria também importante formar professores, funcionários da escola e encarregados de educação, pois os adolescentes e jovens partilham de crenças e preconceitos que são veiculadas pelos adultos presentes na sua vida. Os professores, funcionários da escola e encarregados de educação são pessoas importantes na vida dos adolescentes e jovens e podem desempenhar um papel preponderante na passagem de conhecimentos e mesmo na identificação de alunos que estão a desenvolver uma perturbação mental, sendo este o modelo de intervenções utilizado em alguns países (Kelly et al., 2011).

10. Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed. ISBN: 972796-020-0.
- Angermeyer, M., & Matschinger, H. (2005). Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia: Trend analysis based on data from two population surveys in Germany. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 331-334.
- Araújo, I. (2004). *Aprendem doença, educam para a saúde*. Tese de Mestrado. Universidade do Minho.
- Barroso, T. (2012). *Parar para pensar: Intervenção em contexto escolar para prevenção do uso e abuso do álcool*. Loures: Lusociência.
- Barroso, T.; Mendes, A.; Barbosa, A. (2009). Análise do fenómeno do consumo de álcool em adolescentes: Estudo realizado com adolescentes do 3º ciclo de escolas públicas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(3).
- Berger, M., Wagner, T., & Baker, L. (2005). Internet use and stigmatised illness. *Social Science and Medicine*, 61, 1821-1827.
- Burns, J., & Rapee, R. (2006). Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and help seeking. *Journal of Adolescence*, 29, 225-239.
- Coles, M. & Coleman, S. (2010). Barriers to treatment seeking for anxiety disorders: initial data on the role of Mental Health Literacy. *Depression and Anxiety*, 27, 6371. doi:10.1002/da.20620
- Cotton, S., Wright, A., Harris, M., Jorm, A., & McGorry, P. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 790-796.
- Dahlberg, K., Waern M., & Runeson, B. (2008). Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample - Investigating the role of personal experience of mental health care. *Biomedcentral Public Health*, 8, 8.
- Darby, A., Hay, P., Mond, J., & Quirk, F. (2010). Community Recognition and Beliefs about Anorexia Nervosa and its Treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 45 (1), 120-124.

- Eckert, K., Kutek, S., Dunn, K., Air, T., & Goldney, R. (2010). Changes in depression-related mental health literacy in young men from rural and urban South Australia. *The Australian Journal of Rural Health*, 18 (4), 153-158.
- Erse, M.; Santos, J.; Façanha, J.; Simões, R.; Marques, L. (2012). Prevenção da depressão e comportamentos de risco em contexto escolar – contributos do Projeto + Contigo. *Revista Referência de Enfermagem*, III Série, Suplemento.
- European Commission (2007). Attitudes towards alcohol. *Special Euro barometer*, 272.
- Eysenbach, G. & Köhler, C. (2002). How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus group, usability tests, and in-depth interviews. *BMJ*, 324-573.
- Feijão, F.; Lavado, E.; Calado, V. (2011). *Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas* (ECATD/2011). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Gallagher, S., 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. *Health Research Board*, 4, 1-64.
- Godwin, C. (2009). *Research In Psychology: Methods and Design*. USA: John Willey & Sons, Inc.
- Gould, M., Munfakh, J., Lubell, K., Kleinman, M., Parker, S. (2002). Seeking help from the Internet during Adolescence. *Child & Adolescent Psychiatry*, 41:10, 1182-1189.
- Green, L., Kreuter, M. (1991) *Health Promotion planning. An educational and environmental approach* (2^a ed). Mountain View: Mayfield Publishing Company.
- Hernan, A., Philpot, B., Edmonds, A., & Reddy, P. (2010). Healthy minds for country youth: help-seeking for depression among rural adolescents. *The Australian Journal of Rural Health*, 18 (3), 118-124.
- Horgan, A., & Sweeney, J. (2010). Young students’ use of the Internet for mental health information and support. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 117-123.
- Instituto Nacional de Estatística (2009). Sociedade da Informação e do Conhecimento. Inquérito à Utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação pelas Famílias: indivíduos dos 10 aos 15 anos 2005 a 2008. INE.
- Johnsen, J., Rosenvinge, J., & Gammon, D. (2002). Online group interactions and mental health: an analysis of three online discussion forums. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 445-449.
- Jorm, A. (2000). Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- Jorm, A., & Wright, A. (2008). Influences on young people’s stigmatizing attitudes towards peers with mental disorders: national survey of young Australians and their parents. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 144-149.
- Jorm, A. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3):231-243. doi:10.1037/a0025957
- Jorm, A., Korten A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997, Fev.). Mental health literacy: a survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166 (4), 182-86.
- Jorm, A., Morgan, A., & Wright, A. (2008). First aid strategies that are helpful to young people developing a mental disorder: beliefs of health professionals compared to young people and parents. *BioMed Central Psychiatry*, 8 (42), 1-10.

- Kelly, C., Jorm, A., & Rodgers, B. (2006). Adolescents' responses to peers with depression or conduct disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatric*, 40 (1), 63-66.
- Kelly, C., Mithen, J., Fischer J., Kitchener B., Jorm A., Lowe A. et al. (2011). Youth mental health first aid: a description of the program and an initial evaluation. *International Journal of Mental Health Systems*, 27; 5(1):4
- Klineberg, E., Biddle, L., Donovan, J., & Gunnell, D. (2010). Symptom recognition and help seeking for depression in young adults: a vignette study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46 (6), 495-505.
- Lauber, C., Ajdacic-Gross, V., Fritschi, N., Stulz, N., & Rössler, W. (2005). Mental health literacy in an educational elite – an online survey among university students. *Biomedcentral Public Health*, 5, 44-53.
- Lawlor, E., Breslin, J., Renwick, L., Foley, S., Mulkerrin, U., Kinsella, A., et al. (2008). Mental health literacy among Internet users. *Early Intervention in Psychiatry*, 2, 247-255.
- Lindau, S., Tomori, C., Lyons, T., Langseth, L., Bennett, C., & Garcia, P. (2002). The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviours in a multi-ethnic cohort of women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186, 938-943.
- Loureiro, L. et al. (2012a). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista Referência*, III Série (6): 157-166.
- Loureiro, L., Pedreiro, A., Correia, S., Mendes, A. (2012b). Reconhecimento da Depressão e crenças sobre a procura de ajuda em jovens Portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 13-17.
- Loureiro, L., Pedreiro, A., & Correia, S. (2012c). 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. *Investigação em Enfermagem*, 25, 42-48.
- Loureiro, L. et al. (2013a). Mental health literacy about depression: a survey of portuguese youth. *BMC Psychiatry*, 13:129. doi:10.1186/1471-244X-13-129
- Loureiro, L. et al. (2013b). Mental health literacy about alcohol abuse: a study in a sample of adolescents and young Portuguese's. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 17(3). (Aprovado para publicação).
- Mancuso, J. (2008). Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nursing & Health Sciences*, 10 (3), 248-55.
- Martins, M (2009). *A Promoção da Saúde: percursos e paradigmas*. ESALD.
- Mond, J., Hay, P., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P. (2004). Beliefs of the Public Concerning the Helpfulness of Interventions for Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 62-64.
- Moreno, A., García, E., Campos, P. (2000). *Enfermería comunitária*. Madrid: McGraw-Hill.
- Muris, P.; Schmidt, H.; Lambrichs, R.; Meesters, C. (2001). Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. *Behavior Research and Therapy*, 39, 555-565.
- Naylor, P.; Cowie, H.; Walters, S.; Talamelli, L.; Dawkins, J. (2009). Impact of a mental health teaching programme on adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 194: 365-370.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15, 259-67.

- Oh, E., Jorm, A., & Wright, A. (2009). Perceived helpfulness of websites for mental health information. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 293-299.
- O'Kearney, R.; Kang, K.; Christensen, H; Griffiths, K (2008). A controlled trial of a school-based internet program for reducing depressive symptoms in adolescent girls. *Depression & Anxiety*, 26(1):65-72
- Organização Mundial de Saúde (1978). Declaração de Alma Ata. Alma Ata: OMS.
- Organização Mundial de Saúde (1986). Carta de Ottawa. Ottawa: OMS.
- Organização Mundial de Saúde (1998). *Health Promotion Glossary*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial de Saúde (2006). Health Impact Assessment. International Best Practice Principles. USA: OMS.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001). *Saúde mental, nova concepção, nova esperança: Relatório sobre a Saúde no Mundo*. Genebra: OMS.
- Parker, R., Ratzen, S., & Lurie, N. (2003). Health literacy: a policy challenge for advancing high quality health care. *Health Affairs*, 22 (4), 147.
- Pinto-Foltz, M.; Logsdon, M.; Myers, J. (2011). Feasibility, acceptability, and initial efficacy of a knowledge-contact program to reduce mental illness stigma and improve mental health literacy in adolescents. *Social Science and Medicine*, 2011-2019.
- Powell, J., & Clarke, A. (2006). Internet information seeking in mental health: population survey. *British Journal of Psychiatry*, 189, 273-277.
- Reavley, N. & Jorm, A. (2011). Young people's recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(10):890-898.
- Rickwood, D.; Deane, F.; Wilson, C.; Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-journal for the advancement of mental health*, 4(3).
- Rodrigues, M.; Pereira, A.; Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formosau Formação e Saúde.
- Ryan, N. (2005). Treatment of depression in children and adolescents. *The Lancet*, 366: 933-40.
- Sampaio, R., & Mancini, M. (2007). Estudos de Revisão Sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11 (1), 83-89.
- Santor, D.; Poulín, C.; LeBlanc, J.; Kusumakar, V. (2007). Facilitating Help Seeking Behavior and Referrals for Mental Health Difficulties in School Aged Boys and Girls: A School-Based Intervention. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(6): 741-752.
- Santos, J.; Erse, M.; Simões, R.; Façanha, J.; Marques, L. (2012). Contributions to the prevention of depression and risk behaviors in school settings. *ESSSB 14 Electronic Abstract Book*, 1ª Edição, Tel-a-viv.
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J. Wang, F., Osmond, D., & Daher. C. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 288, 475-482.
- Schomerus, G. et al. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: A review of population studies. *Alcohol and Alcoholism*, 46(2):105-112.
- Schomerus, G.; Angermeyer, M.; Matschinger, H.; Riedel-Heller, S. (2008). Public attitudes towards prevention of depression. *Journal of Affective Disorders*, 106:257-263.
- Scott, L.; Chur-Hansen, A. (2008). The mental health literacy of rural adolescents: Emo subculture and SMS texting. *Australasian Psychiatry*, 16 (5): Ap359-Ap362.

- Segal, D., Collidge, F., Mincic, M., & O'Riley, A. (2005). Beliefs about mental illness and willingness to seek help: a cross-sectional. *Aging & Mental Health*, 9 (4), 363-367.
- Simonds, S. (1974). Health Education as Social Policy. *Health Education Monographs*, 2:1-10.
- Speller, H. (2005). *Mental health literacy: a comparative assessment of knowledge and opinions of mental illness between Asian American and Caucasian College Students*. Boston: Boston College.
- Speros, C. (2005). Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (6), 633-640.
- Stanton-Salazar, R., Chávez, L., & Tai, R. (2001). The help-seeking orientations of Latino and non-Latino urban high school students: a critical-sociological investigation. *Social Psychology of Education*, 5 (1), 49-82.
- Star, S. (1952). *What the public thinks about mental health and mental illness*. Comunicação oral apresentada no "Annual meeting of the National Association for Mental Health".
- Star, S. (1955). *The public's ideas about mental illness*. Chicago: National Opinion Research Center.
- Tacker, K.; Dobie, S. (2008). MasterMind: Empower Yourself With Mental Health. A Program for Adolescents. *Journal of School Health*. 78:1.
- Thapar, A.; Collishaw, S.; Pine, D.; Thapar, A. (2012). Depression in Adolescence. *The Lancet*, 379: 1056-67.
- Tones, K. & Tilford, S. (1994). *Health education. Effectiveness, efficiency and equity*. London: Chapman & Hall.
- Whitehead, Dean (2004). *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 311-320.
- Williams, M., Baker, D., Parker, R. & Nurss, J. (1998). Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. *Archives of Internal Medicine*, 158, 166-172.
- Wong, P.; Fu, K.; Chan, K.; Chan, W.; Liu, P.; Law, Y.; Yip, P. (2012). Effectiveness of a universal school-based programme for preventing depression in Chinese adolescents: A quasi-experimental pilot study. *Journal of Affective Disorders*, 142: 106-114.
- Wright, A., Harris, M., Jorm, A., Cotton, S., Harrigan, S., McGorry, P., et al. (2005). Recognition of depression and psychosis by young Australians and their beliefs about treatment. *Medical Journal of Australia*, 183, 18-23.
- Wright, A., Jorm, A., & Mackinnon, A. (2011). Labels used by young people to describe mental disorders which ones predict effective help-seeking choices?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, DOI 10.1007/s00127-011-0399-z
- Yap, M., & Jorm, A. (2011). The influence of stigma on first aid actions taken by young people for mental health problems in a close friend or family member: findings from an Australian national survey of youth. *Journal of affective disorder*, 134 (1-3), 473-477.
- Yap, M., Reavley, N., & Jorm, A. (2011). Young people's beliefs about preventive strategies for mental disorders: findings from two Australian national surveys of youth. *Journal of Affective Disorder*, 136 (3), 940-947.
- Ybarra, M., & Eaton, W. (2005). Internet based mental health interventions. *Mental Health Services Research*, 7, 75-87.

11. Anexos

Anexo 1 – Pedido de Autorização ao Agrupamento de Escolas

Coimbra, 18 de Setembro de 2012

Exmo. Sr. Diretor

Conselho Executivo do Agrupamento de Escolas Gândara-Mar – Tocha

Sou bolsista de investigação na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e estou simultaneamente a realizar o Mestrado em Educação para a Saúde na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra e na Escola Superior de Educação de Coimbra, pretendendo utilizar os recursos que o projeto em que estou inserida me possa fornecer para o trabalho de investigação do mestrado.

O projeto do qual sou bolsista designa-se de Educação e Sensibilização para a Saúde Mental: Um Programa de Intervenção com base na Escola para Adolescentes e Jovens [PTDC/CPE-CED/112546/2009], financiado por fundos nacionais através da FCT/MCTES (PIDDAC) e cofinanciado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) através do COMPETE – Programa Operacional Fatores de Competitividade (POFC) do QREN. O Agrupamento de Escolas Gândara-Mar já colaborou com este projeto, tendo autorizado a aplicação do QuALiSMental (Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental) e a realização de sessões de educação para a saúde subordinadas ao tema Saúde Mental, na Escola Básica de 2º e 3º Ciclos e Secundária João Garcia Bacelar, na Tocha.

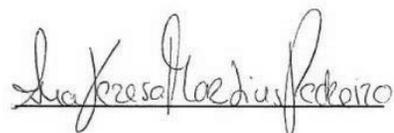
A revisão da literatura científica sobre a investigação realizada na área da literacia em saúde mental em adolescentes e jovens, sugere que o incremento da mesma deve ser realizado em contexto escolar e ter como base metodologias dinâmicas e que suscitam interesse ao público-alvo, como as novas tecnologias de informação e em especial a Internet. Em Portugal, este é o primeiro estudo que avalia a literacia em saúde mental de adolescentes e jovens e que se propõe a realizar sessões de educação para a saúde mental nas escolas.

No seguimento da colaboração que já existe, gostaria de colher dados junto da Escola Básica de 2º e 3º Ciclos e Secundária João Garcia Bacelar de forma a avaliar a eficácia que as sessões realizadas têm na melhoria da literacia em saúde mental dos vossos estudantes. Esta colheita de dados irá ocorrer no final das três sessões agendadas para a escola referida. Os dados recolhidos serão utilizados na investigação que estou a realizar no âmbito do meu mestrado

subordinado ao tema Literacia em Saúde Mental sobre Depressão e Abuso de Álcool, tendo como orientadores a Prof. Dra. Ana Paula Amaral e o Prof. Dr. Luís Loureiro.

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

Na expectativa de uma resposta favorável, subscrevo-me com os meus melhores cumprimentos,

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Ana Teresa Martins Pedreiro', is written over a horizontal line.

(Ana Teresa Martins Pedreiro)

apedreiro@esenfc.pt

918416631

Anexo 2 – Autorização do Agrupamento de Escolas

Exma. Sra. Ana Teresa Martins Pedreiro

Avenida do Brasil, Lote 7, 2ºG

3060-125 Cantanhede

Data: 4 de outubro de 2012

Assunto: Realização de sessões de educação para a saúde mental e colheita de dados no Agrupamento de Escolas Gândara Mar

Em resposta ao pedido formulado por V. Exa. para realização de sessões de educação para a saúde mental e colheita de dados, através da aplicação de um questionário, aos estudantes do Agrupamento de Escolas Gândara Mar, no âmbito do Mestrado em Educação para a Saúde, que se encontra a frequentar, informo que o mesmo foi autorizado.

Mais informo que deve articular-se com o Diretor de Agrupamento e com os professores da equipa de educação e saúde do Agrupamento para organização das datas e salas de realização de sessões e aplicação do questionário.

Com os melhores cumprimentos,

O Diretor de Agrupamento,

Professor Manuel Marques Oliveira



**Anexo 3 – Instrumento de Avaliação da Literacia em Saúde Mental de
Adolescentes e Jovens: QuALiSMental**

LITERACIA EM SAÚDE MENTAL - QuALiSMental*

Este questionário¹ 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 Jovens²» a decorrer na Região Centro de Portugal Continental, inscrito na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

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

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

*Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental

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

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

Ana Pedreiro (Research Grant Holder).



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



HEALTH SCIENCES
RESEARCH UNIT
NURSING UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ENFERMAGEM



Feliz Mente®
Educação e Sensibilização para a Saúde Mental

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

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

COMPETE

QREN QUADRO DE REFERÊNCIA
ESTRATÉGICO
NACIONAL


UNIÃO EUROPEIA
Fundo Europeu
de Desenvolvimento Regional

Parte I

1. Género:

Masculino

Feminino

2. Idade: _____ anos

3. Habilitações literárias do Pai:

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

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

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

Ensino secundário (Curso complementar dos liceus) _____

Bacharelato/Licenciatura _____

Mestrado/Doutoramento _____

4. Habilitações literárias da Mãe:

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

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

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

Ensino secundário (Curso complementar dos liceus) _____

Bacharelato/Licenciatura _____

Mestrado/Doutoramento _____

Parte II

Instruções:

Esta parte do questionário é constituída por diferentes grupos de questões, tendo por base três casos/histórias que se encontram no início de cada grupo.

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

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

1. Na tua opinião, o que é que se passa com a Joana? (Podes assinalar várias respostas).

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

2. Se estivesses a viver actualmente uma situação como a da Joana, procurarías ajuda?

- Sim _____
- Não _____
- Não sei _____

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

	De modo nenhum 1	2	3	4	Seguramente 5
À minha mãe _____	<input type="checkbox"/>				
Ao meu pai _____	<input type="checkbox"/>				
A um/a amigo/a _____	<input type="checkbox"/>				
À/Ao minha/meu namorada/namorado _____	<input type="checkbox"/>				
A um/a professor/a _____	<input type="checkbox"/>				
A um profissional de saúde. Especifica qual: _____					
A outra pessoa. Especifica qual: _____					

4. Em que medida te sentes confiante para pedir ajuda a essa(s) pessoa(s)?

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

5. O que te poderia impedir de pedir ajuda a essa(s) pessoa(s)? (Podes assinalar várias respostas)

Pensar que a pessoa fica com uma opinião negativa sobre mim _____

Pensar que a pessoa não valoriza o que eu digo _____

Pensar que a pessoa possa vir a contar a outras pessoas _____

Pensar o que a pessoa possa vir a pensar sobre mim _____

Pensar que nada me poderá ajudar _____

Pensar que se poderá saber que estou a ter ajuda de um profissional de saúde _____

Pensar que poderei ter dificuldades em aceder a essa pessoa/profissional de saúde _____

Pensar que o tratamento tem efeitos secundários _____

Ser muito tímido, sentir vergonha _____

Outra. Especifique qual: _____

6. Se estivesses a viver actualmente uma situação como a da Joana, sentir-te-ias à vontade para falar com os teus pais sobre isso? (Podes assinalar várias hipóteses)

Sim, com a minha mãe _____

Sim, com o meu pai _____

Não, os meus pais não estão presentes (por ex.: vivem noutro país) _____

Não, os meus pais não estão disponíveis (por ex.: trabalham muito) _____

Não, os meus pais não estão sensibilizados para estas questões _____

Não sei _____

Não. Porque _____

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

8. Em que medida te sentes confiante para ajudar a Joana?

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

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

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

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

	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Um médico de família_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um professor_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um psicólogo_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um enfermeiro_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um assistente social_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um psiquiatra_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um serviço telefónico de aconselhamento_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um familiar próximo_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um amigo significativo_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resolver sozinha os seus problemas_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Vitaminas_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chás (Exs.: Camomila ou Hipericão)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tranquilizantes/Calmantes_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressivos_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti-psicóticos_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprimidos para dormir_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sim _____

Não _____

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

Sim _____

Não _____

Não sei _____

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

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

1. Na tua opinião, o que é que se passa com o Jorge? (Podes assinalar várias respostas).

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

2. Se estivesse a viver actualmente uma situação como a do Jorge, procurarías ajuda?

- Sim _____
- Não _____
- Não sei _____

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

	De modo nenhum 1	2	3	4	5 Seguramente
À minha mãe _____	<input type="checkbox"/>				
Ao meu pai _____	<input type="checkbox"/>				
A um/a amigo/a _____	<input type="checkbox"/>				
À/Ao minha/meu namorada/namorado _____	<input type="checkbox"/>				
A um/a professor/a _____	<input type="checkbox"/>				
A um profissional de saúde. Especifica qual: _____					
A outra pessoa. Especifica qual: _____					

4. Em que medida te sentes confiante para pedir ajuda a essa(s) pessoa(s)?

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

5. O que te poderia impedir de pedir ajuda a essa(s) pessoa(s)? (Podes assinalar várias respostas)

Pensar que a pessoa fica com uma opinião negativa sobre mim _____

Pensar que a pessoa não valoriza o que eu digo _____

Pensar que a pessoa possa vir a contar a outras pessoas _____

Pensar o que a pessoa possa vir a pensar sobre mim _____

Pensar que nada me poderá ajudar _____

Pensar que se poderá saber que estou a ter ajuda de um profissional de saúde _____

Pensar que poderei ter dificuldades em aceder a essa pessoa/profissional de saúde _____

Pensar que o tratamento tem efeitos secundários _____

Ser muito tímido, sentir vergonha _____

Outra. Especifique qual: _____

6. Se estivesses a viver actualmente uma situação como a do Jorge, sentir-te-ias à vontade para falar com os teus pais sobre isso? (Podes assinalar várias hipóteses)

Sim, com a minha mãe _____

Sim, com o meu pai _____

Não, os meus pais não estão presentes (por ex.: vivem noutra país) _____

Não, os meus pais não estão disponíveis (por ex.: trabalham muito) _____

Não, os meus pais não estão sensibilizados para estas questões _____

Não sei _____

Não. Porque _____

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

8. Em que medida te sentes confiante para ajudar o Jorge?

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

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

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

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

	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Um médico de família_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um professor_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um psicólogo_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um enfermeiro_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um assistente social_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um psiquiatra_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um serviço telefónico de aconselhamento_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um familiar próximo_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um amigo significativo_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resolver sozinho os seus problemas_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
Vitaminas_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chás (Exs.: Camomila ou Hipericão)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tranquilizantes/Calmantes_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressivos_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti-psicóticos_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprimidos para dormir_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sim _____

Não _____

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

Sim _____

Não _____

Não sei _____

Anexo 4 – Consentimento Informado

Folha de Consentimento Informado

Informação aos Alunos e Encarregados de Educação:

Este estudo é parte integrante de um programa de intervenção designado de «Educação e Sensibilização para a Saúde Mental: um programa de intervenção com base na Escola para Adolescentes e Jovens» a decorrer na Região Centro de Portugal Continental, da responsabilidade da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, financiado por fundos nacionais através da FCT/MCTES (PIDDAC) e cofinanciado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) através do COMPETE – Programa Operacional Fatores de Competitividade (POFC) do QREN. As sessões de formação em saúde mental inserem-se no trabalho final do Mestrado em Educação para a Saúde de Ana Teresa Martins Pedreiro.

Objetivo e Instrumento de Análise de Dados do Estudo:

O objetivo deste estudo centra-se na caracterização e compreensão daquele que é o entendimento e conhecimento de adolescentes e jovens relativamente a algumas questões de saúde e na formação de alunos sobre saúde mental, inserido no trabalho de mestrado de Ana Teresa Martins Pedreiro.

A recolha de dados será efetuada através de um questionário. A formação será realizada em contexto de sala de aula, sempre com a presença de um professor do Agrupamento de Escolas.

Segurança no Registo de Dados:

Apenas as informações de género, idade, distrito onde reside, ano letivo que frequenta e escolaridade dos pais serão utilizadas na análise dos dados.

Participação Voluntária

A participação neste estudo é voluntária.

Coordenador do Projeto:

Prof. Dr. Luís Loureiro – luisloureiro@esenfc.pt

Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra



Consentimento informado

Declaro que fui informado(a) sobre a confidencialidade de dados obtidos através do questionário preenchido por mim/pelo meu educando, no âmbito do Projeto acima referido. Fui informado(a) das sessões que irão decorrer sobre saúde mental. Sei que posso recusar a participação sem nenhum tipo de penalização por este facto. Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade/autorizo de livre vontade a participação daquele que legalmente represento no estudo acima mencionado.

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

Data e assinatura (aluno quando maior de idade/encarregado de educação ou tutor legal)

Anexo 5 – Plano de Sessão: Saúde Mental

Sessão: Saúde Mental		Duração: 90 minutos Sessão n° 1		
Destinatários: Estudantes do Ensino Secundário				
Objetivos Gerais		Objetivos Específicos		
Saber o que é Saúde Mental		<ul style="list-style-type: none"> Identificar as diferenças entre sinais e sintomas em perturbações mentais; Conhecer profissionais de saúde a quem devem recorrer numa situação de perturbação mental; Saber como prestar a primeira ajuda a um amigo que sofra de uma perturbação mental. 		
Conteúdos	Atividades	Métodos e Técnicas	Recursos materiais	Tempo
Introdução: <ul style="list-style-type: none"> Apresentação (quebra-gelo); Contextualização da sessão; Saúde Mental; Visualização do <i>website</i>. 	Avaliar os pré-requisitos dos estudantes acerca do que é a saúde mental.	<u>Método interrogativo:</u> Quizz; <u>Método ativo:</u> Realização do jogo “Doente Mental”; Brainstorming. <u>Método expositivo:</u> Apresentação das características de uma pessoa com saúde mental	Quadro; Canetas; Projetor; Computador com acesso à Internet.	35 minutos
Desenvolvimento: <ul style="list-style-type: none"> As diferentes perturbações mentais; Profissionais de saúde que podem ajudar numa situação de perturbação mental; Como ajudar um amigo nesta situação. 	Caracterizar diferentes perturbações mentais; Identificar principais sinais e sintomas; Identificar os	<u>Método ativo:</u> Distribuir diferentes características (sinais e sintomas) de um adolescente saudável e de outro com uma perturbação e cada um dos estudante tem de colocar a respetiva característica no lugar adequado;	Quadro; Fita-cola; Tesoura; Computador com acesso à Internet; Projetor	35 minutos
	profissionais de saúde a quem devem recorrer numa situação semelhante; Saber como ajudar um amigo que esteja a vivenciar uma perturbação mental.	<u>Método ativo:</u> Explicação de como podem e devem aceder aos serviços de saúde através de um esquema que vai sendo construído.		
Conclusão: <ul style="list-style-type: none"> Aspetos-chave; Esclarecimento; Avaliação. 	Síntese de todos os conteúdos; Avaliação da sessão.	<u>Método Interrogativo:</u> Colocação de questões gerais e para o grupo; <u>Método ativo:</u> Realização de uma ficha de avaliação.	Computador com acesso à Internet; Projetor; Fichas de avaliação.	20 minutos

Anexo 6 – Plano de Sessão: Depressão

Sessão: A Depressão		Duração: 90 minutos Sessão nº 2		
Destinatários: Estudantes do Ensino Secundário				
Objetivos Gerais		Objetivos Específicos		
Reconhecer a depressão como uma perturbação mental.		<ul style="list-style-type: none"> Saber o que é Saúde Mental; Identificar os principais sinais e sintomas da depressão; Conhecer profissionais de saúde a quem devem recorrer numa situação de depressão; Saber como prestar a primeira ajuda a um amigo com depressão. 		
Conteúdos	Atividades	Métodos e Técnicas	Recursos materiais	Tempo
Introdução: <ul style="list-style-type: none"> Contextualização da sessão; Saúde Mental; Visualização do <i>website</i>. 	Avaliar os pré-requisitos dos estudantes acerca do que é a depressão.	Método interrogativo: Quizz; Método expositivo: Apresentação das características da depressão face à tristeza normal do dia-a-dia. Método ativo: Brainstorming; Jogo da Felicidade.	Quadro; Canetas; Projetor; Computador com acesso à Internet.	35 minutos
Desenvolvimento: <ul style="list-style-type: none"> Depressão; Profissionais de saúde que podem ajudar numa situação de depressão; Como ajudar um amigo nesta situação. 	Caracterizar a depressão; Identificar principais sinais e sintomas; Identificar os profissionais de saúde a quem devem recorrer	Método ativo: Distribuir diferentes características (sinais e sintomas) de um adolescente saudável e de outro com depressão e cada um dos estudantes tem de colocar a respetiva característica no lugar adequado;	Quadro; Fita-cola; Tesoura; Computador com acesso à Internet; Projetor	35 minutos
	numa situação de depressão que o adolescente ou um amigo seu esteja a vivenciar; Saber como ajudar um amigo que esteja a vivenciar uma depressão.	Método ativo: Explicação de como podem e devem aceder aos serviços de saúde através de um esquema que vai sendo construído.		
Conclusão: <ul style="list-style-type: none"> Aspetos-chave; Esclarecimento. 	Síntese de todos os conteúdos-	Método Interrogativo: Colocação de questões gerais e para o grupo.	Computador com acesso à Internet; Projetor.	20 minutos

Anexo 7 – Plano de Sessão: Abuso de Álcool

Sessão: O Abuso de Álcool		Duração: 90 minutos Sessão nº 3		
Destinatários: Estudantes do Ensino Secundário				
Objetivos Gerais		Objetivos Específicos		
Reconhecer o abuso de álcool como uma perturbação mental		<ul style="list-style-type: none"> Saber o que é Saúde Mental; Caracterizar o abuso de álcool; Identificar os principais sinais e sintomas de uma perturbação relacionada com o abuso de álcool; Conhecer profissionais de saúde a quem devem recorrer numa situação de abuso de álcool; Saber como prestar a primeira ajuda a um amigo com uma perturbação relacionada com o abuso de álcool. 		
Conteúdos	Actividades	Métodos e Técnicas	Recursos materiais	Tempo
<p>Introdução:</p> <ul style="list-style-type: none"> Contextualização da sessão; Saúde Mental; Beber com moderação; Visualização do <i>website</i>. 	<p>Avaliar os pré-requisitos dos estudantes acerca do que é o consumo abusivo de álcool;</p> <p>Caracterizar um consumo moderado de álcool.</p>	<p>Método interrogativo: realização do Quizz.</p> <p>Método ativo: Jogo da Garrafa de Álcool; Brainstorming</p> <p>Método expositivo: Apresentação dos malefícios do álcool.</p>	<p>Quadro; Canetas; Projetor; Computador</p>	35 minutos
<p>Desenvolvimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> Consumo de álcool; Álcool em excesso; Alcoolismo; Profissionais de saúde que podem ajudar numa situação de consumo excessivo de álcool e alcoolismo; Como ajudar um amigo nesta situação. 	<p>Caracterizar o consumo excessivo de álcool e o alcoolismo;</p> <p>Identificar principais sinais e sintomas;</p> <p>Identificar os profissionais de saúde a quem devem recorrer numa situação de consumo excessivo de álcool que o adolescente ou um amigo seu esteja a vivenciar;</p> <p>Saber como ajudar um amigo que esteja a vivenciar situação de consumo abusivo de álcool.</p>	<p>Método ativo: Distribuir diferentes características que distingam alcoolismo de consumo abusivo de álcool e pedir aos alunos que façam essa distinção, colocando cada característica no sítio correto;</p> <p>Método ativo: Explicação de como podem e devem aceder aos serviços de saúde através de um esquema que vai sendo construído.</p>	<p>Quadro; Fita-cola; Tesoura; Computador; Projetor</p>	35 minutos
<p>Conclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aspetos-chave; Esclarecimento. 	<p>Síntese de todos os conteúdos.</p>	<p>Método Interrogativo: Colocação de questões gerais e para o grupo.</p>	<p>Computador; Projetor.</p>	20 minutos

