



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

A Comunicação na Área da
Saúde Mental
O Estudo de Caso do
Centro Hospitalar Conde de Ferreira

Bárbara Sofia Rosas Nogueira

Católica Porto Business School
2023



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

A Comunicação na Área da Saúde Mental

O Estudo de Caso do Centro Hospitalar Conde de Ferreira

Trabalho Final na modalidade de Relatório de Estágio apresentado à
Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Gestão

por

Bárbara Sofia Rosas Nogueira

sob orientação de
Prof.^a Doutora Raquel Campos Franco

Católica Porto Business School
Abril de 2023

Agradecimentos

Este Trabalho Final de Mestrado marca o fim de uma etapa extremamente significativa na minha vida, bem como o começo de outra igualmente importante, que não seria possível sem o apoio de algumas pessoas.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer aos meus pais e aos meus irmãos, por representarem uma inspiração constante na minha vida, acreditarem sempre no meu potencial e me apoiarem em tudo. Sem eles nada disto seria possível.

Queria também deixar o meu profundo agradecimento a toda a minha família pelo carinho, apoio e paciência e por me tornarem na pessoa que sou hoje.

Agradeço a todos os meus amigos pela ajuda e companheirismo e pelos momentos de divertimento, que serviram de motivação durante todo o meu percurso académico.

Gostaria ainda de expressar o meu especial agradecimento à Prof.^a Doutora Raquel Campos Franco por todo o apoio, orientação e dedicação proporcionados durante o processo de realização deste trabalho. Aproveito ainda para agradecer a sua disponibilidade e pela forma como me motivou a procurar sempre o melhor resultado.

Por fim, queria agradecer ao Centro Hospitalar Conde de Ferreira pela experiência proporcionada no estágio.

Resumo

Este trabalho emerge do desafio lançado pelo Centro Hospitalar Conde de Ferreira [CHCF], uma unidade da área da saúde da Santa Casa da Misericórdia do Porto, que se apresenta como uma organização sem fins lucrativos, de formular estratégias de comunicação que não só melhorem a perceção da organização perante a população, mas também aumentem o número de serviços prestados no âmbito da Consulta Externa e do Centro de Tratamento da Depressão. Deste modo, a investigação assenta numa metodologia qualitativa, em que o método é o estudo de caso e onde se utilizam como fonte de evidência a documentação, observação direta e um questionário.

Em Portugal, a falta de priorização da saúde mental, verificada pela alarmante prevalência de doenças mentais entre a população, as insuficiências de respostas por parte do Serviço Nacional de Saúde e a escassez de políticas relacionadas com a área, leva a que a maioria da população ainda se encontre nas fases iniciais do *Transtheoretical Model of Change* [TTM]. Este modelo serviu de base à realização de um *benchmarking* comunicacional a organizações presentes no setor da saúde e, perante a falta de comunicação direcionada às primeiras fases do TTM, a campanhas de sensibilização e à elaboração das estratégias propostas ao CHCF.

Constata-se que as respostas às questões de investigação encontradas passam, primeiramente, pela implementação de estratégias de marketing social, sendo que o marketing organizacional se mostrará mais eficaz aquando da evolução dos indivíduos para fases mais avançadas do TTM.

Palavras-chave: Organizações Sem Fins Lucrativos; Saúde Mental; *Transtheoretical Model of Change*; Marketing e Comunicação

Número de palavras: 10 998

Abstract

This study arises from the challenge set by *Centro Hospitalar Conde de Ferreira* [CHCF], a *Santa Casa da Misericórdia do Porto* health unit, which is a non-profit organization, to formulate communication strategies that not only improve the perception of the organization among the population but also increase the number of services provided within the scope of *Consulta Externa* and *Centro de Tratamento da Depressão*. Thus, the research is based on a qualitative methodology, in which the method is the case study and where documentation, direct observation, and a questionnaire are used as sources of evidence.

In Portugal, the lack of prioritization of mental health, verified by the alarming prevalence of mental disorders among the population, the insufficient responses by *Serviço Nacional de Saúde*, and the scarcity of policies related to the area, results in most of the population remaining in the early stages of the Transtheoretical Model of Change [TTM]. This model served as a basis for the communicational benchmarking of organizations in the health sector and, given the lack of communication directed at the early stages of TTM, of awareness campaigns and for the development of the proposed strategies for CHCF.

This research found that the answers to the research questions are firstly related to the implementation of social marketing strategies and that organizational marketing will prove to be more effective as individuals evolve to more advanced stages of TTM.

Keywords: Non-Profit Organizations; Mental Health; Transtheoretical Model of Change; Marketing and Communication

Number of words: 10 998

Índice

Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Índice	xi
Índice de Figuras.....	xv
Índice de Tabelas	xvii
Índice de Abreviaturas.....	xix
Introdução.....	1
Capítulo 1 - Revisão de literatura	5
1.1. As especificidades das organizações sem fins lucrativos	5
1.2. Contextualização da saúde mental em Portugal.....	7
1.3. O <i>Transtheoretical Model of Change</i>	11
1.4. O marketing e a comunicação na saúde	14
Capítulo 2 - Metodologia e métodos de investigação.....	18
Capítulo 3 - O estudo de caso.....	21
3.1. O Centro Hospitalar Conde de Ferreira	21
3.1.1. A Consulta Externa e o Centro de Tratamento da Depressão.....	22
3.1.2. As perceções sobre o CHCF	23
3.2. <i>Benchmarking</i> comunicacional	29
3.2.1. <i>Benchmarking</i> de prestadores de serviços tradicionais.....	30
3.2.2. <i>Benchmarking</i> de outros prestadores.....	35
3.3. <i>Benchmarking</i> de campanhas de sensibilização.....	38
3.3.1. Contexto nacional	39

3.3.2. Contexto internacional	41
3.4. Análise SWOT	44
3.5. Estratégias propostas	46
Conclusão.....	53
Bibliografia.....	56
Apêndices	61
Apêndice 1 - Contextualização da saúde mental.....	61
Apêndice 2 – Os restantes Ps do marketing na saúde.....	63
Apêndice 3 – O mix comunicacional	65
Apêndice 4 – A Santa Casa da Misericórdia do Porto.....	67
Apêndice 5 – Análise sociodemográfica ao serviço de Consulta Externa.....	69
Apêndice 6 – O questionário “Perceções sobre o Centro Hospitalar Conde de Ferreira [CHCF]”	71
Apêndice 7 – Análise das restantes respostas do questionário.....	75
Apêndice 8 – Informação adicional ao <i>benchmarking</i> comunicacional de outros prestadores	80
Apêndice 9 – Informação adicional ao <i>benchmarking</i> de campanhas de sensibilização no contexto nacional	82
Apêndice 10 - Informação adicional ao <i>benchmarking</i> de campanhas de sensibilização no contexto internacional.....	87
Apêndice 11 – Informações adicionais às estratégias de comunicação propostas.....	97

Índice de Figuras

Figura 1: O modelo espiral das fases de mudança	13
Figura 2: Já ouviu falar do Centro Hospitalar Conde de Ferreira?	24
Figura 3: Quais são os serviços que tem conhecimento que o CHCF presta?	25
Figura 4: Ordene os seguintes estabelecimentos consoante a probabilidade de os escolher para marcar uma consulta de psiquiatria, psicologia ou nutrição.	26
Figura 5: Quando pretende marcar uma consulta médica, quais são as fontes que utiliza para recolher informações?	27
Figura 6: Ainda quanto à marcação de consultas, que tipo de informação procura?	28
Figura 7: Análise SWOT	44
Figura 8: Exemplos de publicações nas redes sociais.....	49
Figura 9: Exemplo de publicidade <i>outdoor</i>	50
Figura 10: Exemplo da <i>feature</i> de marcação <i>online</i> na barra principal do <i>website</i>	51
Figura 11: Página da marcação <i>online</i> após alterações sugeridas	51

Índice de Tabelas

Tabela 1: Critérios utilizados na análise das fases do TTM desenvolvidas.....	30
Tabela 2: Redes sociais utilizadas pelos prestadores de serviços tradicionais.....	31
Tabela 3: Fases do modelo TTM desenvolvidas pelos prestadores de serviços tradicionais.....	32
Tabela 4: Esforços a nível da consciencialização por parte dos concorrentes.....	33
Tabela 5: Redes sociais utilizadas por outro tipo de prestadores.....	36
Tabela 6: Fases do modelo TTM desenvolvidas por outro tipo de prestadores.....	37
Tabela 7: Redes sociais utilizadas pelas campanhas de sensibilização nacionais.....	40
Tabela 8: Fases do modelo TTM desenvolvidas pelas campanhas de sensibilização nacionais.....	40
Tabela 9: Redes sociais utilizadas pelas campanhas de sensibilização internacionais...	42
Tabela 10: Fases do modelo TTM desenvolvidas pelas campanhas de sensibilização internacionais.....	42
Tabela 11: Esforços a nível da consciencialização por parte das organizações internacionais.....	43
Tabela 12: Estratégias propostas para o CHCF.....	48

Índice de Abreviaturas

- CDA – Centro de Dia para doentes de Alzheimer e Outras Demências
- CE – Consulta Externa
- CHCF – Centro Hospitalar Conde de Ferreira
- CTD – Centro de Tratamento da Depressão
- FJN – Fundação José Neves
- GMC – Gabinete de Marketing e Comunicação
- HD – Hospital de Dia
- IIHSCJ - Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus
- IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- OSFL – Organização Sem Fins Lucrativos
- QI – Questão de Investigação
- SCMP – Santa Casa da Misericórdia do Porto
- SNS – Serviço Nacional de Saúde
- TFM – Trabalho Final de Mestrado
- TO – Terapia Ocupacional
- TTM – *Transtheoretical Model of Change*

Introdução

O presente Trabalho Final de Mestrado [TFM] foi desenvolvido em formato de relatório de estágio, no âmbito daquele, realizado no Centro Hospitalar Conde de Ferreira [CHCF], unidade integrada na área da saúde da Santa Casa da Misericórdia do Porto [SCMP]. O estágio teve como principal objetivo a elaboração de estratégias de comunicação, capazes de melhorar a perceção da população face ao CHCF e de expandir os serviços de Consulta Externa [CE] e do Centro de Tratamento da Depressão [CTD], enquadrando o trabalho nas temáticas das organizações sem fins lucrativos [OSFL], considerando que a SCMP se identifica como tal, do marketing e comunicação, devido às estratégias solicitadas, e da saúde mental, por ser a área em que o CHCF se foca.

Correspondendo ao desafio lançado pelo CHCF, a questão de investigação [QI] à qual este TFM se dedica é a seguinte: **“Como é que o CHCF pode comunicar de forma a melhorar a sua imagem perante a população e a aumentar as consultas externas e tratamentos contra a depressão por si realizados?”**. De forma a facilitar a sua resposta, foi dividida em duas: **“Como é que o CHCF pode comunicar de forma a melhorar a sua imagem perante a população?”** (QI1) e **“Como é que o CHCF pode comunicar de forma a aumentar as consultas externas e tratamentos contra a depressão por si realizados?”** (QI2).

O trabalho encontra-se organizado em três capítulos. O primeiro concerne à revisão da literatura e começa por apresentar definições e conceitos importantes para o entendimento das OSFL. Seguidamente, é feita uma contextualização da saúde mental em Portugal, de forma a retratar a problemática presente no setor em que o CHCF opera. Apresenta-se também o *Transtheoretical Model of Change* [TTM], fundamental para a compreensão da dinâmica evolutiva dos

comportamentos dos indivíduos afetados, nomeadamente, por problemas de saúde mental. Além de ser o referencial de suporte à análise da concorrência, permitiu, de forma relevante, perceber qual deveria ser o foco da comunicação em cada uma das fases por este propostas, servindo de base à elaboração das estratégias desenvolvidas no último capítulo. Os temas subsequentes focam-se no marketing e comunicação, onde são expostos conceitos essenciais devidamente adaptados ao caso específico da saúde. Aqui encontra-se o tópico do marketing social, inevitável – como se compreenderá aquando da explanação do TTM -, dada a necessidade de promoção da saúde mental na população portuguesa, como fruto da missão do CHCF e da SCMP enquanto OSFL.

O segundo capítulo apresenta a metodologia escolhida para dar resposta às QI, a qualitativa, o método de investigação empregue, o estudo de caso, e as fontes de evidência utilizadas - documentação, observação direta e um questionário.

O terceiro capítulo contém o estudo de caso e inicia-se com uma breve introdução sobre o CHCF, os seus serviços de CE e CTD. A partir de uma análise sociodemográfica à CE, foi possível identificar uma lacuna relativamente à prestação de serviços na população mais jovem, o que direcionou as estratégias de comunicação para esse segmento. Posteriormente, são expostos os principais resultados do questionário realizado, que permitiram estabelecer o ponto de partida da QI1, ao investigar de forma exploratória as perceções desse principal público-alvo. Foi também realizado um *benchmarking* comunicacional a organizações da área da saúde mental e a campanhas de sensibilização, para se entender o tipo de comunicação realizada, o que auxiliou a resposta às duas QI. Seguidamente, encontra-se a análise SWOT, que apresenta sinteticamente as forças e fraquezas do CHCF e as oportunidades e ameaças da envolvente a ter em conta no desenho das estratégias, e, por último, as estratégias propostas para a organização.

O TFM finaliza com a conclusão, onde são salientados os principais resultados da investigação, as suas limitações, bem como potencial trabalho futuro.

Capítulo 1 - Revisão de literatura

Este capítulo aprofundará alguns conceitos relevantes à questão de investigação apresentada. Na área da saúde mental intervêm várias organizações, com naturezas jurídicas e propósitos distintos. Sendo o CHCF enquadrado na SCMP, uma Misericórdia e, portanto, uma OSFL, é necessário entender o que são e em que medida tal natureza determina uma abordagem diferente à comunicação dos seus serviços. Para entender a relevância destes últimos, mostra-se, ainda importante compreender o estado da saúde mental em Portugal. Durante o processo de pesquisa, o *Transtheoretical Model of Change* revelou-se essencial para perceber como organizar o público-alvo da comunicação sobre a saúde mental e como as campanhas a produzir devem ter claro a quem se dirigem, para que a sua eficácia seja potenciada. Assim, apresentam-se temas sobre as organizações sem fins lucrativos, saúde mental, TTM e, como o principal objetivo do trabalho é a elaboração de estratégias de comunicação, sobre o marketing e comunicação.

1.1. As especificidades das organizações sem fins lucrativos

Não obstante a diversidade de organizações existentes, verifica-se concordância quanto à presença de dois setores na economia – o público e o privado - o que não se observa relativamente a um terceiro complexo de instituições (Salamon & Anheier, 1997). Apesar de existirem inúmeras expressões para denominar este grupo de organizações, ao longo deste trabalho utilizou-se o conceito de **Organizações Sem Fins Lucrativos** [OSFL]. De notar que na área

da saúde mental em Portugal existem operadores nos três setores enunciados, sendo o CHCF e a SCMP do domínio das OSFL.

As OSFL podem ser definidas como o conjunto de entidades **organizadas**, por estarem de alguma forma institucionalizadas, revelando capacidade de manter propriedade, realizar contratos e persistir no tempo; **privadas**, por não fazerem parte ou serem controladas pelo Estado, embora possam ser beneficiárias de isenções fiscais; **não distribuidoras de lucro**, pois perante resultados acumulados, estes são sempre canalizados para a principal missão da organização; **autogovernadas**, o que demonstra que são as próprias que controlam as suas atividades e não entidades do exterior, e **voluntárias**, o que implica algum grau de participação voluntária, na condução das suas atividades e na gestão dos seus negócios (Powell, 2020; Salamon & Anheier, 1997).

Em 2016 existiam 71.885 OSFL em Portugal, que representaram 3,0% do Valor Acrescentado Bruto da economia, 5,3% das remunerações e do emprego total e 6,1% do emprego remunerado (INE, 2019). Estas podem apresentar-se sob a forma de Associações com Fins Altruísticos (que constituíam 92,9% do total das OSFL, em 2016), Cooperativas (3,3%), Subsetores Comunitário e Autogestionário (2,3%), Fundações (0,9%), Misericórdias (0,5%) e Associações Mutualistas (0,1%) (INE, 2019).

Em termos de enquadramento jurídico das OSFL, o Código Civil postula a existência de pessoas coletivas que gozam de personalidade e capacidade jurídica, como é o caso das **associações** que não têm por fim o lucro económico e das **fundações** que visam a prossecução de fins de interesse social¹. Embora sem esgotar o tema, que é vasto, é de salientar que, em Portugal, existe, entre outros, o estatuto de **Instituição Particular de Solidariedade Social** [IPSS] que pode ser requerido por qualquer OSFL que cumpra os requisitos nele constantes, estatuto esse que a SCMP tem, inerente à sua natureza de Misericórdia. As IPSS são

¹ Artigos 157º a 194º do Código Civil.

“pessoas coletivas, sem finalidade lucrativa, constituídas exclusivamente por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de justiça e de solidariedade, contribuindo para a efetivação dos direitos sociais dos cidadãos, desde que não sejam administradas pelo Estado ou por outro organismo público.” (artigo 1º, nº 1)². Desta maneira, a sua atividade pode estar inserida em inúmeros domínios, desde o Apoio à infância e juventude até à Resolução dos problemas habitacionais das populações².

1.2. Contextualização da saúde mental em Portugal

Por afetar o modo como os indivíduos pensam, sentem e agem, a saúde mental constitui uma área central para o seu bem-estar. Porém, nem sempre é priorizada a nível individual e comunitário.

A saúde mental pode ser afetada por situações externas não controláveis pela sociedade, tal como a pandemia COVID-19. Em Portugal, nos primeiros meses da mesma, 33,7% dos indivíduos pertencentes à população geral e 44,8% dos profissionais de saúde incluídos num estudo mostravam sinais de sofrimento psicológico (Almeida et al., 2020). Relativamente ao primeiro grupo, 27% reportou sintomas moderados a graves de ansiedade, 26,4% de depressão e 26,5% de perturbação de stress pós-traumático, sendo elementos do sexo feminino, jovens entre os 18 e os 29 anos, desempregados e indivíduos com rendimentos mais baixos os grupos mais afetados (Almeida et al., 2020). Numa perspetiva pós-pandémica e, segundo o Relatório de Saúde de 2022, cerca de 29% dos cidadãos europeus afirma sentir um declínio na sua saúde mental face ao início do surto

² Decreto-Lei n.º 172-A/2014, de 14 de novembro, que alterou o estatuto das IPSS, aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de fevereiro. A primeira alteração ao primeiro e sexta ao estatuto das IPSS foi produzida pela aprovação da Lei n.º 76/2015, de 28 de julho.

COVID-19, sendo Portugal um dos países particularmente impactado, registando um valor de 35% (STADA, 2022).

A diferenciação de Portugal pela negativa vinha já de trás, com uma prevalência de perturbações psiquiátricas de 23,1%, em 2017, colocando-o numa segunda posição preocupante entre os países europeus (CNS, 2019). Destas, as perturbações de ansiedade (16,5%) e de humor (7,9%) apresentaram-se como as mais recorrentes (CNS, 2019). Verificou-se, ainda, que 12,2% da população portuguesa sofria de uma depressão crónica em 2019, o valor mais elevado entre os países da UE (Eurostat, 2022). Noutra perspetiva, estima-se que Portugal ocupe o quarto lugar entre os países da OCDE relativamente à frequência de demência, de 20,8 por 1000 habitantes, o que pode chegar a 40,5 em 2050, devido à população envelhecida (CNS, 2019).

Em relação aos jovens, constata-se que os alunos portugueses apresentavam, já antes da pandemia, sintomas de mal-estar, tristeza extrema, desregulação emocional e preocupações intensas, sendo os relatos de *bullying* também uma dimensão preocupante (CNS, 2019). Segundo um estudo realizado em 2021, 23% de 2,2 milhões de jovens entre os 15 e os 34 anos residentes em Portugal já tentaram ou pensaram em suicídio, 12% já autoinfligiram lesões corporais, 5% sofreram de transtornos de alimentação e 30% já tomaram medicamentos para dormir e 26% para ansiedade e depressão (Morell et al., 2021).

Apesar destes valores alarmantes e da importância central da saúde mental no bem-estar dos indivíduos, esta não tem constituído uma preocupação relevante das comunidades ou sido considerada prioritária no que toca às políticas criadas, verificando-se uma insuficiência de informação e legislação sobre o tema no contexto português (CNS, 2019).

Em Portugal, não existe uma plataforma que disponibilize dados agregados relativos à saúde mental, sendo esta uma das principais lacunas apresentadas por profissionais da área (Ramalho, 2022).

Noutra perspetiva, apesar dos objetivos concretos delineados no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e na sua extensão a 2020, estes não gozaram de apoio político e dos recursos financeiros necessários à sua implementação plena, pelo que o retrato elaborado aquando da sua definição ainda se mostra atual, revelando, como conclui o CNS, poucos esforços e necessidade de atuar (CNS, 2019). Atualmente, não se verifica a existência de um Plano Nacional de Saúde Mental, sendo este tema apenas abordado no Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Porém, salienta-se que perante os problemas de saúde mental expostos pelos jovens e pela necessidade de uma resposta articulada que não seja apenas a do Serviço Nacional de Saúde [SNS], o Governo anunciou recentemente a intenção de criar um plano nacional de saúde mental no ensino superior (Expresso, 2023).

Segundo um estudo recente, a resposta do SNS mostra-se insuficiente e desproporcionalmente distribuída pelo país, fazendo com que 60% dos indivíduos diagnosticados não tenham acesso a cuidados de saúde mental (Ramos & Rodrigues, 2022). Com efeito, ainda que a lei estabeleça prazos sobre o tempo máximo de resposta garantida, verificou-se a existência de unidades hospitalares a excedê-los em consultas de psiquiatria e psicologia, o que se deve, maioritariamente, à insuficiência de profissionais. Referem ainda que, embora o Governo aponte para a necessidade de um psicólogo por cada mil habitantes, em 2019, Portugal apresentava um rácio de 1 psicólogo por cada 9.700. O mesmo acontece em relação ao número de psiquiatras, que, em 2019, ficou abaixo dos mínimos recomendados pela Organização Mundial de Saúde [OMS] (Morell et al., 2021).

A falta de priorização desta área resulta numa escassez de consciencialização da população, que, conseqüentemente, leva a que os indivíduos não estejam cientes de que sofrem de distúrbios mentais e/ou não procurem ajuda profissional. Tal deve-se tanto à falta de informação sobre os sintomas ou os

procedimentos a seguir de modo a obter os cuidados apropriados, como ao estigma e discriminação social que a saúde mental recebe. Logo, apesar das estimativas, a contabilização do verdadeiro número de casos de doenças é difícil de realizar.

A conjuntura económica é capaz de não só influenciar o acesso aos cuidados, especialmente privados, mas também de agravar a situação mental da população. Efetivamente, constata-se uma desaceleração económica do país, dado que o Produto Interno Bruto em termos reais, exibiu uma variação homóloga de 4,9% no 3º trimestre de 2022, enquanto, no mesmo período do ano passado, o indicador tinha sido de 7,4% (INE, 2022). Adicionalmente, devido à estabilização do emprego, ao aumento do serviço da dívida e ao desaparecimento das medidas temporárias de apoio às famílias, verifica-se uma desaceleração do rendimento disponível nominal das mesmas em 2023, fazendo com que, dada a inflação ainda elevada, o poder de compra tenha estagnado (Banco de Portugal, 2022). O preço das consultas privadas também não é acessível a todos os indivíduos (podendo este problema ser mais intensificado pela situação do rendimento disponível das famílias), visto que, em média, consultas de psicologia para um adulto rondam os 79 euros e para um jovem os 83 e de psicologia os 50 e 60 euros, respetivamente (Ramos & Rodrigues, 2022).

Conclui-se que o impacto na qualidade de vida e no bem-estar da população, a prevalência de doenças entre os habitantes, a pouca cobertura política na área da saúde mental e o difícil acesso aos cuidados devem constituir o incentivo para a mudança da situação portuguesa. Neste seguimento, persiste a necessidade de promoção de saúde mental e do bem-estar tanto em instituições de ensino como em locais de trabalho, entre outros, de forma a aumentar a literacia e disponibilizar as informações, competências, apoio e suporte necessários aos indivíduos. Torna-se também indispensável a criação de políticas que priorizem

determinantes de saúde mental e a definição de planos estratégicos centrados neste tema a nível nacional, regional e local.

1.3. O *Transtheoretical Model of Change*

O *Transtheoretical Model of Change* foi criado com o intuito de compreender a mudança de comportamentos intencional com e sem ajuda profissional (Prochaska et al., 1992). Neste contexto, surge como relevante para se entender que quem tem problemas de saúde mental pode encontrar-se em distintas fases, o que deve ser considerado ao desenhar estratégias de comunicação.

O modelo foi concebido para estudar a cessação do tabagismo em diferentes pessoas, mas rapidamente foi sendo aplicado, embora com algumas adaptações, a outros tópicos dentro e fora da área da saúde (Han et al., 2016; Manika & Gregory-Smith, 2017; Prochaska & Di Clemente, 1982; Slater, 1999). Assim, além de ajudar a cessar comportamentos negativos, é adequado para promover comportamentos positivos, como a adesão a serviços de saúde mental, que é o foco deste trabalho (Cismaru & Wuth, 2019; Fallon et al., 2005).

O TMM concentra-se em **cinco fases de mudança**: (1) pré-contemplanção, (2) contemplanção, (3) preparação, (4) ação e (5) manutenção (Prochaska et al., 1997). Existe ainda o (6) término, fase à qual não é dada muito ênfase (Prochaska et al., 1997). Estas pressupõem uma dimensão temporal que ajuda a entender quando atitudes, intenções e comportamentos particulares acontecem, podendo ser atravessadas individualmente ou com a ajuda de intervenção profissional, não tendo todas a mesma duração e a progressão entre elas ocorrendo a diferentes ritmos (Han et al., 2016; Prochaska et al., 1992). De forma sintética:

- (1) Na **pré-contemplanção**, o indivíduo não tem intenção de mudar o seu comportamento, pois, normalmente, não está ciente da existência de um

problema (Prochaska et al., 1992). Pode encontrar-se neste estágio porque está desinformado sobre as consequências das suas ações, ou porque tentou alterações várias vezes sem sucesso, ficando desmoralizado (Prochaska et al., 1992). Tende a evitar ler, falar ou pensar sobre os comportamentos problemáticos, sendo a resistência em reconhecê-los ou modificá-los característica desta etapa (Prochaska et al., 1992, 1997).

- (2) A **contemplação** é a fase em que existe consciência de um problema e um pensamento sério em superá-lo, mas ainda sem o compromisso de agir (Prochaska et al., 1992). Um aspeto importante desta etapa é a ponderação dos prós e contras do problema e das suas soluções (Prochaska et al., 1992, 1997).
- (3) Na **preparação**, as pessoas percebem a necessidade de agir e começam a efetuar pequenas mudanças comportamentais (Han et al., 2016; Prochaska et al., 1997). Contudo, estas alterações ainda não atingem um critério de ação eficaz (Prochaska et al., 1997). Dado o intuito de mudar, começam também a escolher potenciais soluções e a desenvolver um plano de ação, como assistir a uma aula ou consultar um terapeuta ou médico (Han et al., 2016; Manika & Gregory-Smith, 2017; Prochaska et al., 1997).
- (4) Na **ação**, são postos em prática os planos delineados na etapa anterior, verificando-se mudanças de comportamentos, experiências e/ou ambiente de forma a ultrapassar o problema (Han et al., 2016; Prochaska et al., 1992). Esta etapa requer alterações evidentes e um compromisso considerável de tempo e energia, que, normalmente, recebem um maior reconhecimento externo (Prochaska et al., 1992).
- (5) A **manutenção** é a fase em que as pessoas trabalham para prevenir recaídas e consolidar os resultados positivos da ação. Apesar de não serem realizados processos de transformação com tanta frequência como na

etapa anterior, esta deve ser vista como uma continuação e não uma ausência de mudança (Prochaska et al., 1992, 1997).

- (6) No **término**, os indivíduos não mostram nenhuma tentação de voltar aos padrões não saudáveis, alcançando uma autoeficácia máxima (Prochaska et al., 1997). Como este critério é bastante restrito, a maioria das pessoas nunca chega a alcançá-la, apresentando-se como um objetivo mais realista permanecer na manutenção durante toda a vida (Prochaska et al., 1997). É por não ser totalmente adaptada à realidade que não lhe é dada muita relevância (Prochaska et al., 1997).

Por a **recaída** surgir como regra e não exceção, e de forma a contemplar a ideia de que os indivíduos nem sempre agem de forma racional, o modelo apresenta a progressão entre etapas numa forma espiral e não linear³, existindo a possibilidade de regresso a fases anteriores (Figura 1) (Manika & Gregory-Smith, 2017; Prochaska et al., 1992; Thomas, 2020). Pessoas que experienciam a recaída sentem que falharam, podendo tornar-se desmoralizadas e resistentes à mudança e, conseqüentemente, regressar à fase de pré-contemplação (Prochaska et al., 1992). Felizmente, a maioria volta para a contemplação ou preparação (Prochaska et al., 1992).

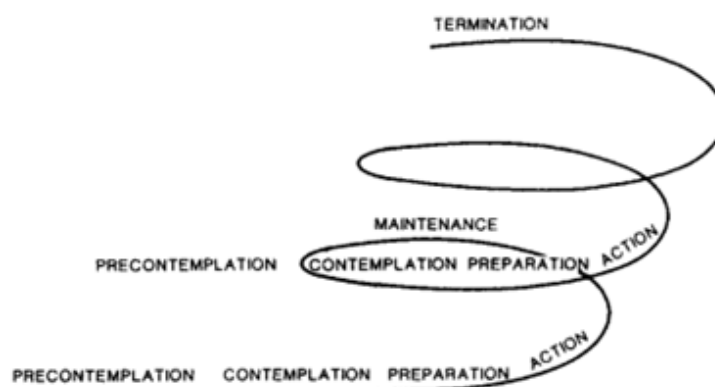


FIGURA 1

O modelo espiral das fases de mudança

Fonte: Prochaska et al., 1992, p. 3

³ Nas primeiras versões, os autores apresentaram uma evolução linear entre as fases de mudança (Prochaska et al., 1992). Ao considerar a existência da recaída, alteraram esta evolução para cíclica, sendo possível sair e voltar a entrar no processo em algumas das fases (Prochaska & Di Clemente, 1982). Posteriormente, o TTM evoluiu para a forma espiral que aqui é apresentada.

Para este TFM, a principal conclusão do modelo é que uma comunicação eficaz, ou seja, que produza efeitos na alteração de comportamento, depende da adequação da mesma às fases de preparação para a mudança em que os indivíduos se encontram (Thomas, 2020). Torna-se, então, necessária uma avaliação da preparação das pessoas antes de ser aplicada qualquer estratégia (Prochaska et al., 1992; Thomas, 2020). De facto, campanhas de comunicação mais orientadas para a ação podem ser eficazes em indivíduos que se apresentem na preparação e ação (Prochaska et al., 1992). Contudo, os mesmos programas podem não ser tão adequados para pessoas na pré-contemplação ou contemplação (Prochaska et al., 1992). Ao segmentar e descrever as suas principais audiências segundo as etapas de mudança, conseguindo articular estratégias específicas e objetivos realistas, o TTM surge como uma ferramenta bastante útil (Slater, 1999).

1.4. O marketing e a comunicação na saúde

Neste capítulo utilizou-se como principal referência a quarta edição do livro *Marketing Health Services* de Richard K. Thomas (2020), dada a pertinência dos assuntos presentes para este trabalho, a qualidade e atualidade da fonte. Segundo esta, o marketing pode ser definido como o “processo de planeamento e execução da conceção, atribuição de preços, distribuição e comunicação de ideias, bens e serviços para criar trocas que satisfaçam objetivos individuais e organizacionais” (p. 35). Este implica a existência de um mercado, onde se observam as regras da procura e da oferta. Na saúde, vários fatores impedem esta verificação, obrigando as organizações a adaptar os princípios do marketing às características únicas da indústria.

Efetivamente, a maioria das decisões que afetam a procura são tomadas por médicos, já que os clientes dispõem de pouco conhecimento acerca das operações e planos de saúde. Estas escolhas têm em conta fatores como padrões de prática médica, disponibilidade de recursos e especificações e limites de planos de seguro. Já a oferta é afetada pelas especificidades dos programas de formação para os profissionais da área e restrições impostas pelas agências reguladoras.

No contexto português, verifica-se no setor a presença de instituições públicas, empresas (privadas com fins lucrativos) e organizações privadas sem fins lucrativos, tal como a SCMP, onde se encontra integrado o CHCF. Esta situação traz-lhe uma dinâmica singular, dado os propósitos distintos, sendo a maximização do lucro a principal finalidade apenas das empresas.

Esta indústria tem sido dominada por especialistas da área e não por gestores, sendo que estes dois grupos podem não partilhar os mesmos objetivos. Efetivamente, os profissionais de saúde são obrigados a fazer o que é medicamente apropriado, quer seja ou não rentável ou contribua para a eficiência da organização, pelo que os interesses clínicos podem superar considerações financeiras.

Até recentemente, um indivíduo não era considerado consumidor até que adoecesse. Atualmente, inúmeras organizações tentam desenvolver relações com não doentes, criando atividades em torno da prevenção da doença, da aptidão e da gestão do estilo de vida, o que faz com que sirvam inúmeros mercados e grupos de consumidores, que não apenas o “doente”.

Adicionalmente, a maioria das taxas na saúde não são pagas pelo consumidor final, mas por terceiros, através de planos de seguro privados ou patrocinados pelo Estado. Em consequência, nem os consumidores nem os profissionais sabem, muitas vezes, o preço dos bens e serviços, o que faz com que os primeiros não limitem voluntariamente a utilização de recursos, os especialistas não

tenham qualquer estímulo para serem mais eficientes e poucos prestadores de cuidados de saúde possam utilizar o preço como meio de concorrência.

O **marketing mix** é o conjunto de variáveis controláveis que uma organização usa para influenciar o mercado alvo. Inclui o Produto, o Preço, a Distribuição (ou *Placement*) e a Comunicação (ou *Promotion*). No caso de instituições que prestam serviços, tal como o CHCF, ainda se acrescentam outras três: Pessoas, Processo e Evidência Física (Apêndice 2) (Oxford College of Marketing, n.d.).

Tendo em conta que as variáveis de **produto, preço, distribuição, pessoas, processo e evidência física** já se encontravam definidas pelo CHCF, este trabalho foca-se exclusivamente na comunicação.

A **comunicação** é a transmissão ou troca de informações e mostra-se indispensável em qualquer iniciativa de marketing. Engloba todos os meios que a organização desenvolve para informar o mercado acerca da sua resposta às necessidades dos clientes, abrangendo todas as formas de comunicação de marketing e, conseqüentemente, uma série de técnicas usadas para alcançar objetivos promocionais, mais conhecidas como o **mix comunicacional**, que inclui relações-públicas, publicidade, vendas pessoais, promoção de vendas e marketing direto (Apêndice 3).

Na saúde, a comunicação tem como finalidade informar e influenciar decisões individuais e comunitárias que melhorem o bem-estar, pelo que as suas funções incluem expandir o conhecimento e a sensibilização para um problema ou solução, demonstrar ou ilustrar competências, mostrar os benefícios da mudança de comportamento, aumentar a procura de serviços de saúde e refutar mitos e equívocos, entre outras.

Considerando a necessidade de promoção da saúde mental referida no ponto 1.2 e a sua relação às primeiras fases do TTM, o **marketing social** é especialmente relevante neste TFM e surge como uma forma de comunicação nas estratégias propostas ao CHCF. O marketing social constitui uma abordagem utilizada para

promover a mudança de comportamento na população em geral. Nos cuidados de saúde, envolve a aplicação de técnicas de marketing organizacional para influenciar as atitudes, conhecimentos e comportamentos de audiências-alvo relacionados com a melhoria da saúde individual e comunitária. Por procurar o benefício para a sociedade ou um subgrupo desta e não para a organização que o implementa, é mais frequentemente usado por OSFL e instituições governamentais.

Capítulo 2 - Metodologia e métodos de investigação

O objetivo deste trabalho é encontrar respostas a uma questão de investigação que foi desdobrada em duas: **“Como é que o CHCF pode comunicar de forma a melhorar a sua imagem perante a população?”** (QI1) e **“Como é que o CHCF pode comunicar de forma a aumentar as consultas externas e tratamentos contra a depressão por si realizados?”** (QI2).

Optou-se por seguir uma metodologia qualitativa, que é frequentemente utilizada “para explorar, descrever ou explicar fenómenos sociais; entender o significado que os indivíduos atribuem a atividades, situações, eventos ou artefactos; construir uma compreensão profunda sobre um aspeto da vida social; construir descrições robustas de pessoas em ambientes naturalistas; explorar áreas novas ou insuficientemente investigadas; ou desenvolver relações micro-macro” (Leavy, 2014, p.2). A metodologia é empregue para estudar a comunicação na área da saúde mental, tema ainda pouco investigado, bem como para investigar perceções sobre uma organização em concreto, o CHCF, propondo-se de seguida estratégias de comunicação ancoradas no racional do modelo TTM.

O método de investigação escolhido foi o estudo de caso, que, conforme Yin (2018), “investiga um fenómeno contemporâneo (o “caso”) em profundidade e dentro do seu contexto real, especialmente quando as fronteiras entre o fenómeno e o contexto podem não ser claramente evidentes” (p. 45). Revela-se principalmente oportuno quando as questões de investigação se apresentam na forma de “Como?” ou “Porquê?” e existe pouco ou nenhum controlo do investigador sobre eventos comportamentais, o que se verifica neste trabalho (Yin, 2018).

Os estudos de caso podem ser de natureza explanatória, descritiva ou exploratória, sendo que os últimos têm como objetivo identificar questões ou procedimentos de investigação a utilizar num estudo subsequente. O caso do CHCF é desta natureza, dado que o seu propósito é analisar um fenómeno que não se encontra suficientemente estudado (Yin, 2018).

Um dos princípios mais importantes para o desenvolvimento de validade e precisão em estudos de caso é a utilização de informação proveniente de múltiplas fontes de evidência (Yin, 2018). Neste trabalho, utilizou-se documentação, observação direta e um questionário, nos termos a explicar em seguida.

Como ponto de partida foram analisados documentos elaborados pelo CHCF e SCMP, como relatórios de gestão e contas, planos de atividades e orçamento, relatórios de campanhas e *websites*, que auxiliaram a recolha de dados sobre a organização, no que toca à visão, estratégia e objetivos de marketing e comunicação e às tarefas planeadas e em curso do Gabinete de Marketing e Comunicação [GMC].

Foi também possível obter certas informações de pacientes do CHCF, o que possibilitou a realização da análise sociodemográfica presente no ponto 3.1.1, crucial para a determinação do principal público-alvo das estratégias propostas: jovens com idades entre os 18 e os 29 anos.

Elaborou-se ainda uma pesquisa bibliográfica, através de referências teóricas publicadas em meios escritos e eletrónicos, como livros e artigos científicos, sobre os temas já apresentados, de maneira a existir uma base teórica a ser aplicada no desenvolvimento do trabalho.

Complementarmente, foi desenvolvida uma pesquisa a documentos referentes a outras organizações da área da saúde mental - relatórios de impacto da atividade, *newsletters* e *websites* -, o que permitiu compreender o tipo de comunicação por elas empregue. Dada a ausência de contacto direto com as

mesmas, os dados recolhidos, ao contrário dos relativos ao CHCF, são secundários.

Pelo estágio efetuado, foi possível retirar algumas evidências através de observação direta. Esta foi mais notória aquando da participação em reuniões, nomeadamente entre a gestão do CHCF e o GMC. A observação permitiu entender a comunicação entre os dois e adquirir conhecimentos sobre os vários pontos de vista relativos aos objetivos de marketing e comunicação, o que foi essencial para entender que tipo de estratégias a propor se enquadravam na organização.

O questionário foi criado com o intuito de obter algum conhecimento acerca das perceções da população jovem sobre o CHCF. Apesar de ser apenas exploratório, devido ao número de inquiridos, contribuiu para a QI1, no sentido em que ajudou a compreender a imagem que os indivíduos tinham da organização, num momento inicial. Além disso, forneceu algumas indicações para QI2, ao disponibilizar informação sobre os meios e tipos de comunicação mais procurados pela amostra. Salienta-se que o questionário foi elaborado através do Microsoft Forms, partilhado em redes sociais e pessoalmente, e todas as respostas foram anónimas.

Capítulo 3 - O estudo de caso

3.1. O Centro Hospitalar Conde de Ferreira

Fundado em 1883, o Centro Hospitalar Conde de Ferreira foi o primeiro hospital psiquiátrico em Portugal, constituindo, desde logo, uma referência nacional e internacional no ramo da saúde mental (SCMP, n.d.-b).

Depois de nacionalizado em 1976, foi reintegrado em 2002 na área da saúde da SCMP (Apêndice 4), uma OSFL, o que faz com que apresente características e orientações distintas de outras organizações de saúde. Não ter como finalidade principal a maximização do lucro é refletido na sua maneira de atuar e, em especial no que toca a este trabalho, deveria sê-lo também na forma de elaborar as suas estratégias de comunicação com o exterior. Como referido no ponto 1.4, estas organizações são mais propensas a utilizar o marketing social em comparação com empresas, devido ao objetivo do mesmo ser, por definição, beneficiar a sociedade ou um subgrupo desta, e não a instituição que o implementa.

O CHCF apresenta dois tipos de regime de cuidados: internamento e ambulatório (SCMP, n.d.-a). O primeiro engloba a Residência de Apoio Máximo, a Unidade de tratamento de perturbações aditivas e outras unidades que se focam em episódios de recuperação/estabilização de curta duração e episódios de evolução média e prolongada (SCMP, n.d.-a). Já o ambulatório inclui o Hospital de Dia [HD], a Terapia Ocupacional [TO], o Centro de Dia para doentes de Alzheimer e Outras Demências [CDA], o CTD e a CE (SCMP, n.d.-a).

3.1.1. A Consulta Externa e o Centro de Tratamento da Depressão

O CHCF oferece consultas no âmbito de psiquiatria, psicologia clínica e nutrição através da CE, sendo que, em 2021 foram realizadas 253 primeiras consultas e 1.901 subsequentes (SCMP, n.d.-a, 2022).

Dado um dos focos das estratégias de comunicação ser o aumento da prestação de serviços da CE, foi elaborada uma análise sociodemográfica a indivíduos que compareceram a, pelo menos, uma consulta em 2022, de forma a ter mais informação sobre este serviço. Esta tornou perceptível quais os segmentos da população menos alcançados pela CE, que, conseqüentemente, são aqueles em que o CHCF teria maior necessidade em investir em termos de comunicação. Devido à falta de integração do *software* utilizado, apenas foi possível recolher informações relativas a consultas de privados, não sendo as provenientes do SNS incluídas.

Relativamente às especialidades, verificou-se o acompanhamento de 563 pessoas através de consultas de psiquiatria e 62 através de consultas de psicologia. Neste ano, não ocorreu nenhuma consulta de nutrição.

A diferença entre géneros não se mostrou extremamente significativa, pelo que não existe necessidade de se realizar uma comunicação que vise atingir indivíduos de um sexo específico. Adicionalmente, verifica-se o acompanhamento de pacientes residentes noutros distritos que não o do Porto (Apêndice 5).

A média de idade referente a psiquiatria e psicologia era de, aproximadamente, 53 e 47 anos, respetivamente, tornando notória a prestação de serviços a indivíduos mais velhos. Considerando que a idade mínima é de 18 anos, concluiu-se que existe uma lacuna de interesse a ser explorada. Tal como referido no ponto 1.2, existe uma necessidade de intervenção na saúde mental

entre a população mais nova, a nível de consciencialização e de cuidados. Deste modo, as estratégias elaboradas focam-se, principalmente, em pessoas com idades entre os 18 e os 29 anos.

O CTD é o segmento mais recente do regime ambulatorio do CHCF, tendo sido inaugurado em 2022. Surge como uma alternativa aos tratamentos tradicionais por disponibilizar uma terapia indolor, não invasiva e sem fármacos, através de Estimulação Magnética Transcraniana, destinando-se a pessoas que já tenham testado os meios farmacológicos sem apresentar resultados favoráveis (SCMP, n.d.-b). Está diretamente relacionado com a CE, no sentido em que é necessária uma consulta de avaliação prévia do paciente, para se perceber se a terapia é recomendável, e de consultas subsequentes, de forma a determinar o progresso do indivíduo durante e após o tratamento. Em 2022, realizaram-se 88 tratamentos, sendo 5 destes foram primeiras sessões. Tencionava-se realizar, com o mesmo objetivo, uma análise sociodemográfica igual à da CE para este serviço, contudo, no momento de realização do TFM, essas informações ainda não estavam disponíveis.

3.1.2. As perceções sobre o CHCF

Através do contacto com a gestão do CHCF, percebeu-se que as pessoas na organização têm a perceção de que o público tem uma imagem negativa do CHCF. Esta ideia radica na história da instituição, que esteve sempre muito ligada ao internamento e no facto da sua atividade se focar na saúde mental, tema alvo de estigma e discriminação social. Contudo, esta situação nunca tinha sido verdadeiramente estudada pelo CHCF, pelo que, com o intuito de entender como o público percebe a organização, foi realizado um questionário exploratório, que não sendo representativo da população, permite fazer uma primeira

incursão na temática. Foi também possível retirar algumas conclusões sobre fontes e tipos de informação utilizados pelos indivíduos aquando da marcação de uma consulta médica.

O questionário direcionou-se a indivíduos com idades inferiores ou iguais a 29 anos, existindo a preferência sobre aqueles que fossem residentes no distrito do Porto, dada a maior probabilidade de conhecerem o CHCF e os outros estabelecimentos que fornecem o mesmo tipo de serviços nesta zona. Todavia, estava aberto a pessoas que não residissem no Porto, alcançando 115 pessoas.

Verificou-se a predominância de elementos do sexo feminino e da faixa etária dos 20 aos 24 anos. A maioria dos inquiridos residia no Porto e o grau de escolaridade mais comum foi a licenciatura, sendo a área de educação e formação dominante a de ciências sociais, comércio e direito (Apêndice 7).

O questionário permitiu constatar que 58% dos inquiridos já tinha ouvido falar do CHCF (Figura 2). Todavia, quando considerados somente os residentes do Porto, 72% respondeu afirmativamente a esta questão, o que seria de esperar pela localização da organização.

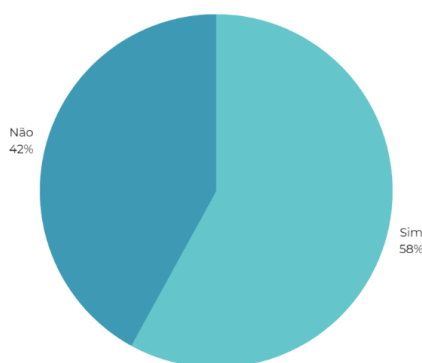


FIGURA 2

Já ouviu falar do Centro Hospitalar Conde de Ferreira?

Fonte: Elaboração Própria

Aos 67 indivíduos que responderam positivamente à questão relativa a já terem ouvido falar da organização, foi apresentada uma questão sobre quais os serviços de que tinham conhecimento que o CHCF prestava. O mais notório foi

o internamento e as atividades menos conhecidas foram a CE, o HP e a TO (Figura 3). Note-se que 3 pessoas, apesar de já terem ouvido falar do CHCF, não tinham conhecimento de nenhum dos serviços disponibilizados.

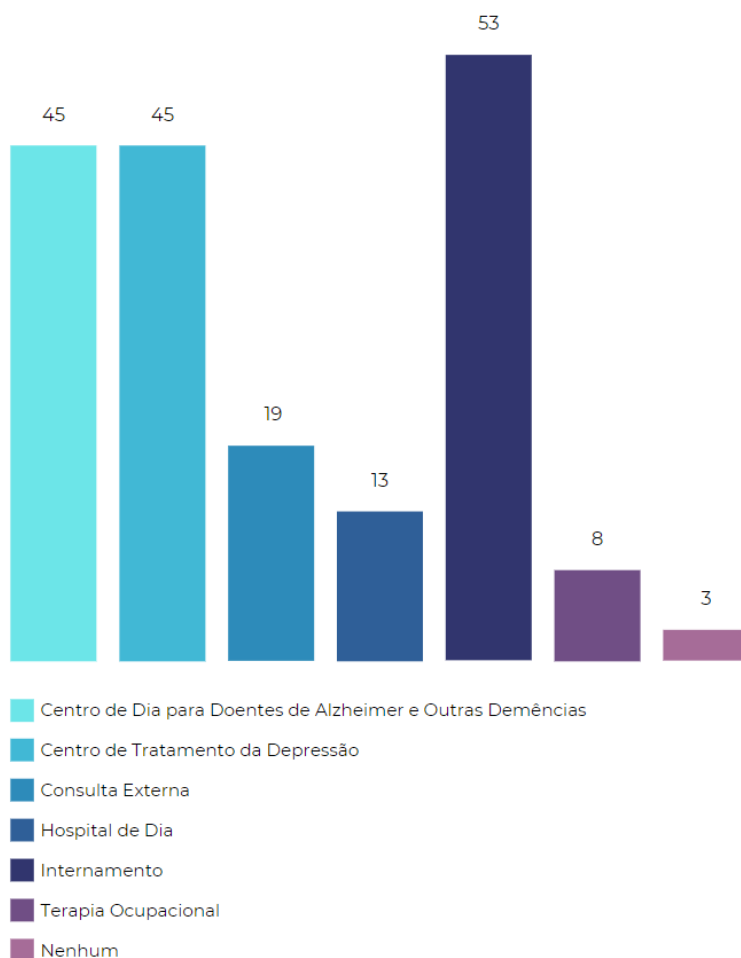


FIGURA 3

Quais são os serviços que tem conhecimento que o CHCF presta?

Fonte: Elaboração Própria

Após uma breve contextualização do CHCF e dos seus serviços, era pedido que os inquiridos ordenassem os estabelecimentos apresentados consoante a probabilidade de os escolherem perante a necessidade de marcar uma consulta de psiquiatria, psicologia ou nutrição para si ou para um familiar (Figura 4). Estes foram selecionados por representarem concorrentes diretos ao CHCF, já que prestam o mesmo tipo de serviços de saúde mental, isto é, consultas e tratamentos, e se localizam no distrito do Porto.

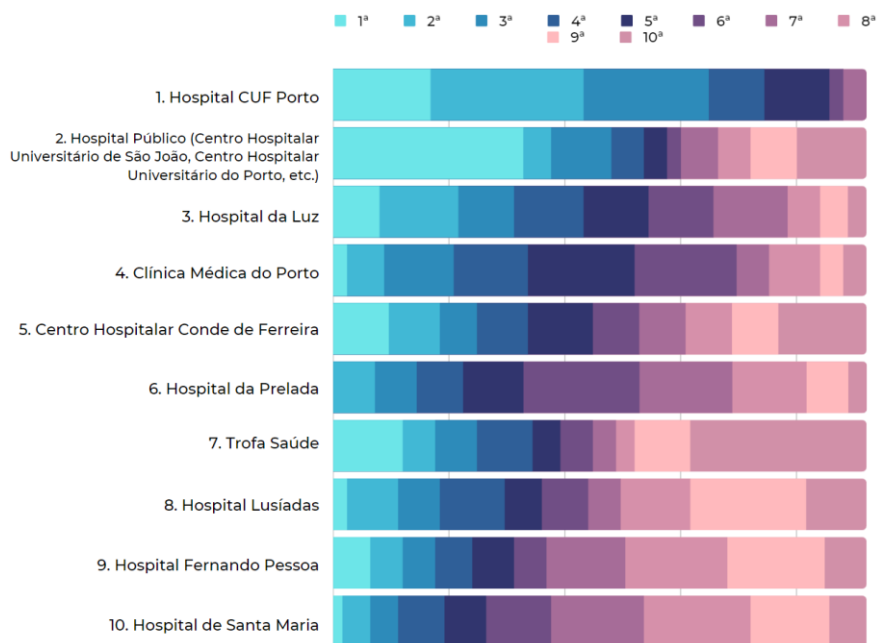


FIGURA 4

Ordene os seguintes estabelecimentos consoante a probabilidade de os escolher para marcar uma consulta de psiquiatria, psicologia ou nutrição.

Fonte: Elaboração Própria

Segundo esta amostra, o CHCF não se encontrava numa posição completamente desfavorável comparativamente a alguns dos seus concorrentes, localizando-se no quinto lugar, com 10% dos inquiridos a colocá-lo como primeira opção e 17% em última. Salienta-se que não se assistiram tendências suficientemente claras aquando da análise das diferenças nas respostas a esta questão entre todos os inquiridos, os residentes no Porto e os residentes no Porto que já tinham ouvido falar do CHCF.

Numa questão de resposta aberta subsequente, estabelecimentos como consultórios privados, Clínica de Gondomar, Hospital Magalhães Lemos e outras instituições fora do distrito do Porto foram referidos como outras organizações a considerar pelos inquiridos.

Posteriormente, questionou-se sobre as fontes utilizadas para recolher informações pré agendamento de uma consulta médica, sendo a mais usada a recomendação de pessoas próximas e a menos as redes sociais (Figura 5).

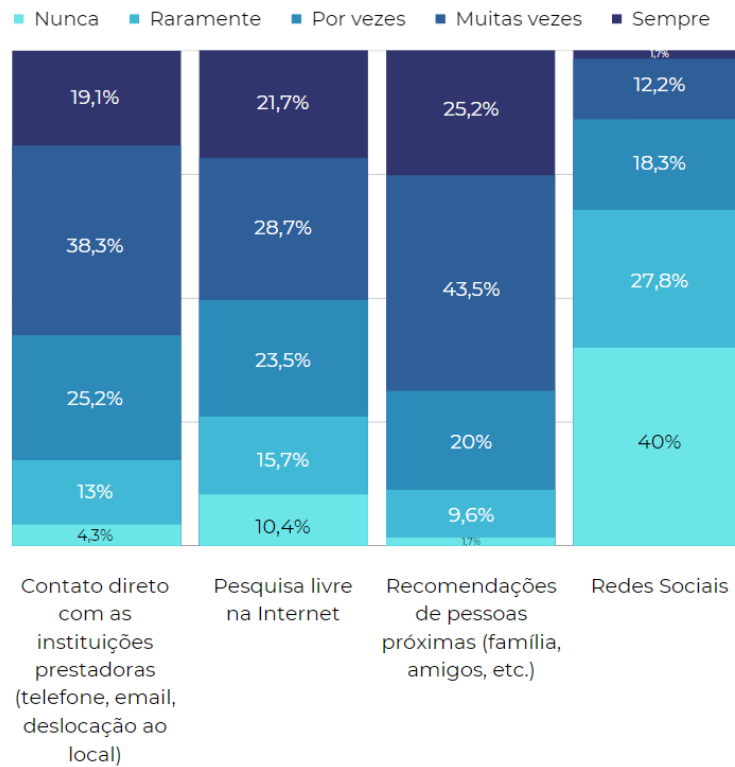


FIGURA 5

Quando pretende marcar uma consulta médica, quais são as fontes que utiliza para recolher informações?

Fonte: Elaboração Própria

As últimas perguntas estavam relacionadas com o tipo de informação procurada. Em geral, todas as informações apresentadas mostraram-se bastante pesquisadas, atingindo mais de 50% apenas com as opções de “Muitas vezes” e “Sempre”, à exceção dos acordos com seguradoras (Figura 6).

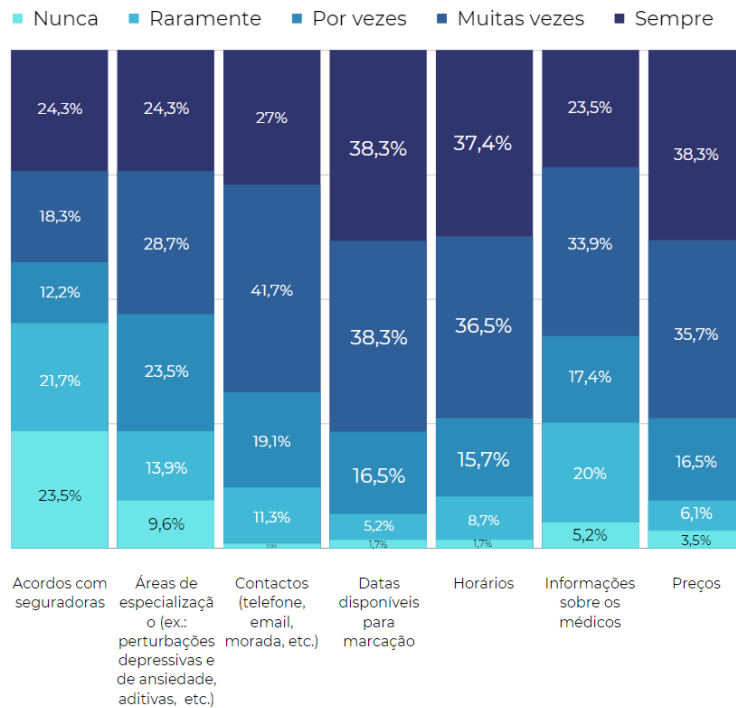


FIGURA 6

Ainda quanto à marcação de consultas, que tipo de informação procura?

Fonte: Elaboração Própria

Conclui-se que, embora a generalidade dos residentes no Porto e mais de metade da amostra total já terem ouvido falar do CHCF e a organização não apresente uma posição completamente desfavorável na mente dos inquiridos, ainda existe margem para tornar a organização mais reconhecida e para melhorar a sua imagem, o que está interligado com a QI1. Efetivamente, segundo os inquiridos, o CHCF ainda é muito associado ao seu regime de internamento, tornando necessária a comunicação dos seus outros serviços, principalmente o da CE, dada a sua relação com a QI2. Salienta-se, ainda, que pela análise às fontes e tipos de informação mais utilizados, o CHCF deveria apostar em apresentar o máximo de dados sobre os serviços prestados nos meios de comunicação, pois uma falta de informação pode levar à escolha de um estabelecimento concorrente. Adicionalmente, apesar das redes sociais serem o meio menos utilizado, considera-se que estas continuam a representar um papel importante

na comunicação, principalmente no que toca à população jovem, pelo facto de manterem a organização presente na mente dos indivíduos.

3.2. *Benchmarking* comunicacional

Com o propósito de entender como organizações que atuam no âmbito da saúde mental realizam a sua comunicação com o exterior, analisaram-se alguns prestadores de serviços tradicionais (ponto 3.2.1) e outro tipo de prestadores (ponto 3.2.2). Salienta-se que foram considerados todos os meios utilizados pelas instituições que estivessem disponíveis *online* para obter informação.

A comunicação identificada foi analisada segundo as fases do TTM em que as organizações focam a sua mensagem, utilizando uma adaptação - de forma a incluir todo o tipo de doença mental - dos critérios propostos num artigo que aplicava este modelo e o marketing social a campanhas contra a depressão em *websites* (Levit et al., 2016) (Tabela 1). Tal permitiu entender como as instituições realizam a sua comunicação em cada uma das etapas, bem como identificar oportunidades para o CHCF trabalhar aquelas que recebem menos atenção.

<p>Pré-contemplação (PC):</p> <p>PC1: Informa sobre sinais (sintomas) de doenças mentais – diferencia-os de sintomas normais, apresenta definições e causas.</p> <p>PC2: Fornece ferramentas de autoavaliação: listas de verificação de sintomas, questionários verdadeiro/falso, etc.</p> <p>PC3: Encoraja o indivíduo a reconhecer e admitir o problema e inclui mensagens emocionais fortes para chamar a atenção de pessoas que possam ter dificuldades em admitir que têm um problema.</p> <p>PC4: Proporciona a consciencialização sobre os riscos associados a cada doença e a sua gravidade.</p> <p>PC5: Aborda o tema do estigma e relembra os indivíduos sobre a necessidade de coragem para mudar.</p> <p>PC6: Combate o desespero e encoraja a esperança (sugere que a ajuda é possível).</p> <p>PC7: Fornece exemplos de como a vida sem a doença mental pode ser.</p>
<p>Contemplação (C):</p> <p>C1: Introduce opções de tratamento disponíveis, sem muitos detalhes.</p> <p>C2: Encoraja os indivíduos a realizar análises de custo/benefício da mudança de comportamento.</p> <p>C3: Enfatiza os benefícios positivos da mudança (para o próprio e para os outros).</p> <p>C4: Diminui os custos de mudança; fornece alternativas se os custos forem demasiado elevados.</p> <p>C5: Incentiva a tentativa de pequenas ações, que aumentem a eficácia da resposta, autoconsciência, autoeficácia e confiança, para se verificarem melhorias.</p>
<p>Preparação (PR):</p> <p>PR1: Encoraja a criação de uma nova autoimagem e autoavaliação positiva.</p> <p>PR2: Encoraja a tomada de ainda mais passos pequenos, o aumento do número de mudanças.</p> <p>PR3: Encoraja a procura de ajuda profissional, dá informações sobre onde encontrar ajuda e mais pormenores sobre tratamentos tradicionais.</p> <p>PR4: Informa sobre tratamentos alternativos e autoajuda, encoraja a procura de mudanças de estilo de vida e de apoio social.</p> <p>PR5: Encoraja a criação de um plano de ação.</p> <p>PR6: Encoraja o compromisso de mudança (pôr o plano em prática e contar a outros sobre este, estabelecendo uma data de início).</p>
<p>Ação (A):</p> <p>A1: Encoraja as pessoas a seguir os seus planos de ação.</p> <p>A2: Sensibiliza os indivíduos para situações desafiantes que tornam a ação difícil.</p> <p>A3: Fornece formas de evitar e prevenir padrões de pensamento negativos, como encontrar formas positivas de ver as situações e formar novas crenças, substituir comportamentos, reduzir o stress e gerir o ambiente.</p> <p>A4: Elogia as pessoas pelo seu sucesso e encoraja-as a tomar consciência dos benefícios da mudança, sentirem-se bem consigo próprias por fazer mudanças, recompensarem-se e aceitarem recompensas dos outros.</p> <p>A5: Encoraja os indivíduos a aprenderem sinais de aviso sobre o regresso de certas doenças mentais, como a depressão, e respostas adequadas a essas situações.</p>
<p>Manutenção (M):</p> <p>M1: Elimina o estigma sobre o processo de reciclagem; encoraja as pessoas a ver os deslizes como temporários e como parte do curso natural. Encoraja as pessoas a manterem as suas novas rotinas, apesar dos contratemplos.</p> <p>M2: Encoraja a aprendizagem a partir de contratemplos, tais como compreender o que aconteceu e o que pode ser feito de forma diferente na próxima vez.</p>

TABELA 1

Critérios utilizados na análise das fases do TTM desenvolvidas

Fonte: Adaptado de Levit et al. (2016)

3.2.1. *Benchmarking* de prestadores de serviços tradicionais

Nesta análise incluiu-se o CHCF e organizações consideradas seus concorrentes diretos, já que prestam serviços tradicionais de resposta à saúde

mental, isto é, consultas presenciais. Assim, foram tidos em consideração os estabelecimentos presentes no questionário realizado, a Clínica de Gondomar e o Hospital Magalhães Lemos por terem sido referidos pelos inquiridos como outras organizações a recorrer, e ainda o Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus [IIHSCJ], dado o contacto com esta organização durante o estágio. A Tabela 2 apresenta as redes sociais utilizadas por estas organizações.

	Facebook	Instagram	LinkedIn	Twitter	Youtube	Website
Centro Hospitalar Conde de Ferreira	✓		✓		✓	✓*
Centro Hospitalar Universitário de São João	✓		✓	✓	✓	✓
Centro Hospitalar Universitário do Porto						✓
Clínica de Gondomar	✓		✓			✓
Clínica Médica do Porto	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus	✓	✓	✓		✓	✓
Hospital CUF Porto	✓*	✓*	✓*		✓*	✓*
Hospital da Luz Arrábida	✓	✓*	✓*		✓*	✓
Hospital da Prelada	✓	✓	✓	✓	✓	✓*
Hospital de Santa Maria Porto	✓		✓		✓	✓
Hospital Escola da Universidade Fernando Pessoa	✓	✓	✓		✓	✓
Hospital Lusitadas Porto	✓*	✓*	✓*		✓*	✓*
Hospital Magalhães Lemos						✓
Trofa Saúde Hospital da Trofa	✓*	✓*	✓*		✓*	✓*

*Meio de comunicação disponibilizado para toda a organização em que o estabelecimento se insere e não só para a unidade específica

TABELA 2
 Redes sociais utilizadas pelos prestadores de serviços tradicionais
 Fonte: Elaboração Própria

As fases do TTM trabalhadas por cada uma destas organizações estão classificadas na Tabela 3 segundo a quantidade de critérios verificados nas suas redes sociais.



TABELA 3

Fases do modelo TTM desenvolvidas pelos prestadores de serviços tradicionais

Fonte: Elaboração Própria

No geral, as organizações utilizam predominantemente uma comunicação institucional, promovendo a sua imagem, profissionais, serviços disponíveis, (novos) estabelecimentos e/ou projetos. Todavia, identificaram-se alguns esforços ao nível da consciencialização, sendo as fases de **pré-contemplação** e **contemplação** trabalhadas (Tabela 4). Apenas o IIHSCJ apresenta campanhas de

promoção de saúde mental: a No Stress começou em 2021 e terminou em 2022, sendo realizada em meio escolar através de sessões de grupo com crianças e jovens, encarregados de educação e/ou familiares e profissionais da comunidade educativa e da disponibilização de recursos no seu *website*. Embora o CHCF tenha organizado um ciclo de eventos com o objetivo de debater de ideias e experiências sobre a saúde mental - o “À conversa no Conde de Ferreira” -, este foi direcionado a profissionais e não a indivíduos que necessitam de ajuda profissional, não trabalhando as fases iniciais do TTM. Note-se que as páginas informativas da Clínica Médica do Porto só se encontram para a especialidade de psicologia clínica.

	Blogs ou páginas no website com artigos e notícias sobre a saúde	Campanhas de promoção de saúde mental	Newsletters ou revistas elaboradas pela organização	Páginas informativas no website sobre doenças com definições, sintomas, tratamentos e dicas	Podcast e/ou vídeos com conteúdos informativos	Publicações relacionadas com prevenção e dicas de bem-estar nas redes sociais
Centro Hospitalar Conde de Ferreira			✓			
Clínica Médica do Porto	✓			✓	✓	✓
Hospital CUF Porto	✓		✓	✓		✓
Hospital da Luz Arrábida	✓		✓	✓	✓	✓
Hospital da Prelada			✓			
Hospital de Santa Maria Porto	✓					✓
Hospital Escola da Universidade Fernando Pessoa			✓		✓	
Hospital Lusíadas Porto	✓				✓	✓
Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus		✓			✓	
Trofa Saúde Hospital da Trofa	✓			✓	✓	

TABELA 4

Esforços a nível da consciencialização por parte dos concorrentes

Fonte: Elaboração Própria

Apesar destes esforços, a **pré-contemplação** mostra-se insuficientemente desenvolvida, pois a informação não é disponibilizada para todas as doenças, as instituições limitam-se a apresentar dados sem encorajar os indivíduos a reconhecer o problema e sem abordar assuntos como o estigma ou não apresentam nenhum tipo de ferramentas de autoavaliação.

Relativamente à **contemplação**, a maioria das organizações não encoraja uma análise por parte dos indivíduos dos benefícios da mudança, não são apresentadas muitas alternativas de tratamento e algumas também não encorajam a tomada de pequenas ações direcionadas para a alteração de comportamentos.

Na **preparação**, verificou-se que todas à exceção do Centro Hospitalar Universitário do Porto, Centro Hospitalar Universitário de São João e Hospital Magalhães Lemos, encorajam a procura de ajuda profissional e a marcação de consulta, tornando visível a secção de agendamento *online* ou os seus contactos para o efeito, o que resulta num incentivo à criação de um plano de ação. Algumas apenas falham em relação ao incentivo a tomar ainda mais ações em direção à mudança.

A comunicação na etapa da **ação** não é adequadamente realizada, notando-se apenas o encorajamento em seguir os planos de ação delineados, ou seja, marcar e comparecer a uma consulta e continuar o tratamento. Algumas instituições, como o Hospital CUF Porto, Hospital da Luz Arrábida e Hospital da Trofa também sensibilizam os indivíduos para as dificuldades da mudança de comportamento e apresentam alguns sinais de alerta para o reaparecimento de certas patologias.

Somente o Hospital CUF Porto trabalha a fase de **manutenção** através da apresentação de textos sobre a recaída como um processo natural.

Através das campanhas de promoção de saúde mental, o IIHSCJ consegue trabalhar todas as fases de uma forma que parece ser adequada.

A principal conclusão a retirar desta análise é que existe uma insuficiência de comunicação adaptada às fases iniciais do TTM. Quanto às duas últimas etapas, há que salientar que estes critérios provavelmente são utilizados nas consultas e tratamentos, pelo foco das organizações nos cuidados de saúde. Contudo, esta análise foca-se apenas na comunicação realizada fora do serviço, demonstrando insuficiências.

3.2.2. *Benchmarking* de outros prestadores

Neste ponto, analisaram-se as organizações BetterHelp, Calm, Cerebral, Headspace e Fundação José Neves [FJN], que oferecem serviços de saúde mental considerados não tradicionais e que podem ser classificados como complementares ou até substitutos aos prestados pelo CHCF, sendo necessário referir que estas fronteiras não se mostram bastante claras.

Todas estas instituições se destacaram nas pesquisas realizadas na *internet* e redes sociais, pela frequência com que surgiram nos resultados e pela quantidade e interesse da informação disponível para a análise através do TTM.

A BetterHelp e a Cerebral são ambas aplicações para dispositivos móveis que oferecem terapia *online* a indivíduos com ansiedade, depressão, distúrbio bipolar, etc. A BetterHelp, apresenta a possibilidade de enviar mensagens ao especialista a qualquer momento. A Cerebral apenas monitoriza o progresso através de *check-ins* regulares, mas distingue-se por incluir um serviço de prescrição e envio de medicação.

A Headspace e a Calm são aplicações que visam a redução do stress e ansiedade, a melhoria do sono e o aumento da concentração, criatividade e produtividade, por meio da apresentação de programas de meditação e outras técnicas, músicas e áudios.

Salienta-se que, apesar da BetterHelp, Headspace e Calm disponibilizarem conteúdos em português, nenhuma tem como principal público-alvo a população portuguesa. Contudo, futuramente pode verificar-se a mudança de foco destas ou de outras instituições do tipo para Portugal.

Graças a um dos seus objetivos ser “Promover o potencial humano”, a FJN coloca o seu património ao serviço de respostas à saúde mental, pretendendo promover uma vida profissional e formativa sustentável, reduzir os efeitos negativos do stress, aumentar o bem-estar e fomentar a resiliência e a saúde mental.

A Tabela 5 apresenta as redes sociais utilizadas por cada uma das organizações presentes neste ponto.

	Aplicação	Facebook	Instagram	LinkedIn	Tiktok	Twitter	Youtube	Website
BetterHelp	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Calm	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cerebral	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Fundação José Neves	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Headspace	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

TABELA 5
Redes sociais utilizadas por outro tipo de prestadores
Fonte: Elaboração Própria

Seguidamente, a Tabela 6 identifica as fases desenvolvidas segundo o TTM.

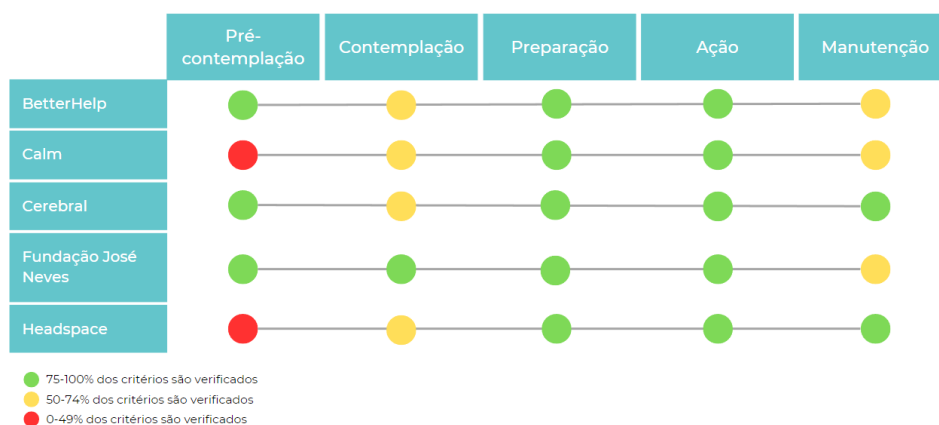


TABELA 6

Fases do modelo TTM desenvolvidas por outro tipo de prestadores

Fonte: Elaboração Própria

Contrariamente à comunicação do ponto anterior, a destas organizações não é maioritariamente institucional, sendo apresentadas dicas e estratégias para lidar com desafios mentais e frases/textos inspiracionais diariamente, vídeos informativos realizados por profissionais e/ou testemunhos de pessoas que já utilizaram/utilizam os serviços nas suas redes sociais (Apêndice 8). Estas instituições distinguem-se pela melhor adequação da sua mensagem ao contexto de cada rede social e pelo maior número de publicações relativas à saúde mental, comparativamente com os prestadores tradicionais. Porém, deve ser considerado que a maioria destes últimos não se foca apenas nesta área, necessitando de promover os seus outros serviços. A FJN também disponibiliza como recursos guias de apoio, documentos, artigos, vídeos e a sua aplicação, a 29k FJN, que inclui cursos, desafios, meditações, exercícios, testes, *check-ins* e grupos de partilha focados em vários temas, dos quais ansiedade, propósito e stress.

A BetterHelp, Cerebral e a FJN conseguem comunicar adequadamente com indivíduos presentes na fase da **pré-contemplação**. Contrariamente, a Calm e Headspace não adequam a sua mensagem a este público, dada a ausência de informações sobre doenças mentais, como definições e causas, de consciencialização para os riscos associados, da abordagem do estigma e da necessidade de coragem para a mudança. Isto pode dever-se ao facto de

proporcionarem serviços que podem ser utilizados por indivíduos que não sofram de nenhuma doença mental, mas que apenas procurem melhorar o seu bem-estar.

Quanto à **contemplação**, nenhuma das organizações encoraja a realização de uma análise custo/benefício da alteração de comportamento e a maioria não apresenta alternativas de tratamento para o caso dos custos de mudança se revelarem demasiado elevados para os indivíduos.

Em contrapartida, todas verificam a totalidade dos critérios das fases de **preparação e ação**.

Em relação à **manutenção**, a BetterHelp, Calm e FJN só não observam o critério de encorajar a aprendizagem perante a recaída, apesar de mostrarem que esta é um processo natural da mudança.

Concluindo, apesar da comunicação destas organizações nas fases iniciais do modelo ser mais adequada do que a dos prestadores de serviços tradicionais, ainda existe possibilidade de melhoria.

3.3. *Benchmarking* de campanhas de sensibilização

A escassez de comunicação em fases iniciais do TTM verificada nas análises anteriores não se traduz na inexistência de indivíduos nelas presentes, já que persiste a necessidade de consciencialização da população portuguesa referida no ponto 1.2, que está diretamente relacionada com a pré-contemplação e contemplação. Como será apresentado no ponto 3.5, o CHCF, como OSFL, mostra uma responsabilidade especial em contribuir para estas fases, tornando necessária a realização de um *benchmarking* a campanhas nacionais e internacionais de sensibilização na área da saúde mental.

Para encontrar as organizações a incluir elaborou-se uma pesquisa no Google com palavras-chave como “organizações sem fins lucrativos”, “saúde mental”, “campanha de sensibilização”, “*workshop*”, “iniciativa”, “marketing social”, “jovens”, “escolas” e “universidades” e a sua respetiva tradução para inglês. Complementarmente, ao longo da pesquisa bibliográfica realizada para a revisão da literatura foram identificadas algumas organizações internacionais de interesse.

No caso português, esta recolha revelou-se complexa, porque este tipo de campanhas não tem um alcance muito elevado, o que torna difícil chegar até elas, e porque a informação disponível é muito limitada, o que fez com que a análise não fosse exequível e, conseqüentemente, algumas campanhas fossem excluídas.

Internacionalmente, a quantidade de instituições era bastante elevada. Porém, apenas foram escolhidas oito instituições, selecionadas com base na quantidade de informação disponível no seu *website*, no tamanho da organização e também no país de atuação, de forma a introduzir variedade neste último critério.

3.3.1. Contexto nacional

Aqui agruparam-se a Associação ENCONTRAR+SE (campanha UPA e projeto Mind at Work), European Federation of Psychology Students' Associations (campanha Mind the Mind Portugal), Manifestamente e The Pineapple Mind, OSFL que promovem a saúde mental em Portugal.

A Tabela 7 demonstra as redes sociais utilizadas por cada uma das organizações.

	Facebook	Instagram	LinkedIn	Youtube	Website
Associação ENCONTRAR+SE (UPA e Mind at Work)	✓	✓	✓	✓	✓
European Federation of Psychology Student's Associations (Mind the Mind Portugal)	✓	✓		✓	
ManifestaMente	✓	✓	✓	✓	✓
The Pineapple Mind	✓	✓	✓	✓	

TABELA 7
Redes sociais utilizadas pelas campanhas de sensibilização nacionais
Fonte: Elaboração Própria

A análise segundo o TTM é apresentada na tabela abaixo.

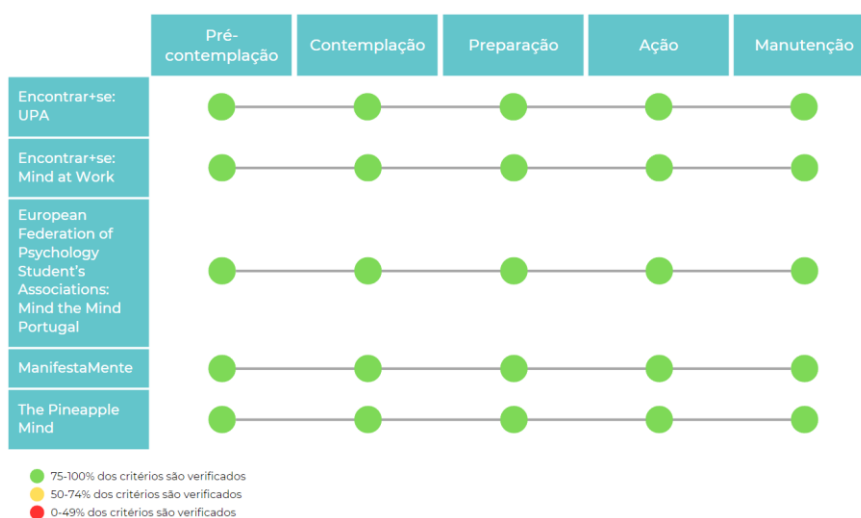


TABELA 8
Fases do modelo TTM desenvolvidas pelas campanhas de sensibilização nacionais
Fonte: Elaboração Própria

Todas as organizações promovem a realização de ações de sensibilização, *workshops* e/ou sessões de discussão sobre saúde mental e fora a ENCONTRAR+SE, que utiliza o seu *website* para o mesmo efeito, publicam conteúdos informativos nas redes sociais. Algumas distinguem-se pelos seus esforços adicionais, que podem ser verificados no Apêndice 9.

O único critério referente à **pré-contemplação** que nenhuma das organizações cumpriu, à exceção da Mind at Work, foi a presença de ferramentas de autoavaliação disponíveis para os indivíduos.

Relativamente à **contemplação**, todas falham o critério sobre o encorajamento à realização de uma análise custo/benefício da mudança de comportamento.

Na fase da **preparação**, a campanha UPA, Mind the Mind e The Pineapple Mind, apesar de incentivarem a criação de um plano de ação, não fornecem informação sobre o aumento de compromisso para com este, de que é exemplo contar a outras pessoas ou determinar datas de início para o plano.

A Mind at Work disponibiliza um conjunto de serviços para empresas promoverem a saúde mental e práticas protetoras da mesma e prevenirem a doença mental no contexto de trabalho, por meio de consultoria, ações de sensibilização, avaliação e diagnóstico do contexto e necessidades de intervenção, formação e intervenção orientada para o desenvolvimento de competências e apoio especializado às empresas. Através deste projeto também já se realizaram fóruns de saúde mental. Ao acompanhar todo o processo de mudança com os trabalhadores das empresas, trabalham todas as fases.

Assumi-se que restantes organizações conseguem trabalhar as fases de **ação** e **manutenção**, por realizarem campanhas de promoção de saúde mental. Porém, salienta-se que a comunicação direcionada a estas etapas não é claramente evidente nas suas redes sociais.

3.3.2. Contexto internacional

Para perceber o tipo de comunicação realizada internacionalmente relativamente à consciencialização para a saúde mental, foi realizado um *benchmarking* à Beyond Blue, DepressionHurts.ca, Mental Health America, Mental Health Foundation of New Zealand, Mental Health UK, Mind, ReachOut Australia e Time to Change.

A Tabela 9 apresenta as redes sociais utilizadas por estas organizações.

	Facebook	Instagram	LinkedIn	Newsletter	Tiktok	Twitter	Youtube	Website
Beyond Blue	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
DepressionHurts.ca	✓*	✓*	✓*			✓*	✓*	✓
Mental Health America	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Mental Health Foundation of New Zealand	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Mental Health UK	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
Mind	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ReachOut Australia	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
Time to Change	✓	✓	✓			✓	✓	✓

* Meio de comunicação disponibilizado para toda a organização e e não só para a campanha específica

TABELA 9
Redes sociais utilizadas pelas campanhas de sensibilização internacionais
Fonte: Elaboração Própria

A análise das fases trabalhadas segundo a adaptação dos critérios de Levit et al. (2016) é apresentada na tabela abaixo.

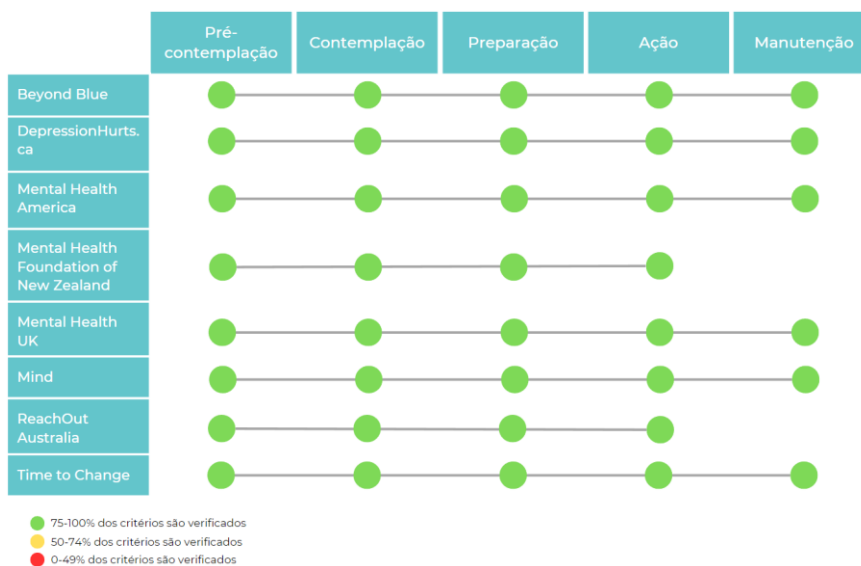


TABELA 10
Fases do modelo TTM desenvolvidas pelas campanhas de sensibilização internacionais
Fonte: Elaboração Própria

Todas as organizações adequam corretamente a sua comunicação às fases de **pré-contemplação**, **contemplação** e **preparação**, sendo a apresentação de

ferramentas de autoavaliação o único critério não observado em algumas. Nas suas redes sociais apresentam ainda conteúdos informativos sobre doenças ou outros assuntos que afetam a saúde mental e estratégias para aumentar o bem-estar psicológico, enquanto promovem a sua atividade.

A Tabela 11 apresenta outros esforços desempenhados que as ajudam a comunicar com indivíduos presentes nas três primeiras fases do TTM.

	Disponibilização de recursos de informação sobre doenças mentais e outros tópicos que afetam a saúde mental	Apresentação de testes e/ou listas de verificação de sintomas	Apresentação de testemunhos	Apresentação de estratégias para manter o bem-estar/saúde mental	Divulgação de informações sobre como obter ajuda e/ou como ajudar outros	Criação de fóruns/comunidades onde indivíduos partilham experiências
Beyond Blue	✓	✓	✓	✓	✓	✓
DepressionHurts.ca	✓	✓		✓	✓	
Mental Health America	✓	✓		✓	✓	
Mental Health Foundation of New Zealand	✓		✓	✓	✓	
Mental Health UK	✓		✓	✓	✓	✓
Mind	✓		✓	✓	✓	✓
Reach Out	✓	✓		✓	✓	✓
Time to Change			✓		✓	

● Atividade bastante desenvolvida
● Atividade algo desenvolvida
● Atividade pouco desenvolvida

TABELA 11

Esforços a nível da consciencialização por parte das organizações internacionais

Fonte: Elaboração Própria

Adicionalmente, quase todas as organizações realizam outras atividades que as diferenciam (Apêndice 10).

Quanto às **duas últimas fases**, e tal como foi considerado nas análises anteriores, assume-se que a Mental Health America, Mental Health UK, Mind e Time to Change as desenvolvem corretamente pela dinamização de campanhas de sensibilização. A apresentação de testemunhos, efeitos secundários da ação, como os relacionados com a medicação, ferramentas úteis no processo, gatilhos à recaída, como situações económicas e sociais vulneráveis, e o encorajamento à

recompensa pela mudança bem-sucedida, fazem com que as restantes organizações consigam comunicar a fase de **ação**. A Beyond Blue e a DepressionHurts.ca verificam todos os critérios da **manutenção**, enquanto a ReachOut Australia apenas verifica o segundo, por explicar que existem várias maneiras de progredir nesta etapa, que não deve haver culpabilização por contratempos encontrados, que se devem conhecer os sinais da recaída para a evitar e por encorajarem a criação de um plano para um caso de crise.

3.4. Análise SWOT

Após os *benchmarkings*, torna-se essencial apresentar sinteticamente as forças e as fraquezas do CHCF, e as oportunidades e as ameaças da envolvente a considerar na proposta das estratégias (Figura 7). As primeiras foram identificadas no ponto 3.1, já as oportunidades e ameaças derivam dos pontos 1.2, 3.2 e 3.3.



FIGURA 7

Análise SWOT

Fonte: Elaboração Própria

Em termos de **forças**, realça-se a integração do CHCF na SCMP, a maior Misericórdia do país e uma OSFL com grande credibilidade e reputação. Associado está a facilidade na criação de parcerias com inúmeras organizações. O próprio CHCF também se apresenta como uma instituição com imensa história e experiência, mostrando-se a sua localização central no distrito do Porto e os seus profissionais especializados uma mais-valia. Salienta-se ainda a inclusão do tratamento enquadrado no CTD, que se revela um serviço inovador.

Relativamente às **fraquezas**, o CHCF tem um foco exclusivo na saúde mental, que, em Portugal, ainda é alvo de estigma e discriminação social, e a sua comunicação é maioritariamente institucional, o que não se adequa às fases iniciais do TTM. Adicionalmente, a sua imagem ainda está extremamente ligada ao internamento, o que faz com que os indivíduos não o tenham em consideração aquando das necessidades de outros serviços, pois não têm conhecimento acerca destes.

Como **oportunidades** identificam-se o estado da saúde mental da população portuguesa, pela necessidade de atuar, as insuficiências demonstradas pelo SNS, que são uma oportunidade principalmente para as organizações privadas, ao levar a que a população procure serviços privados que satisfaçam as suas necessidades, e a ausência de consciencialização para a área. Apesar da população portuguesa estar preparada para receber comunicação relacionada com a sensibilização, os prestadores de serviços tendem a negligenciar as primeiras fases do TTM. Além disso, embora existam algumas instituições a esforçarem-se neste âmbito, estas não conseguem atingir toda a população, pelo que ainda existe possibilidade para outras organizações no setor investirem na promoção do tema. Finalmente, as redes sociais podem mostrar-se grandes aliadas na comunicação das organizações.

As **ameaças** relacionam-se com todo o setor ser obrigado a enfrentar o estigma e discriminação social associado à saúde mental. Complementarmente, a conjuntura económica, o aparecimento de organizações como as identificadas na análise a outros prestadores, que concorrem direta ou indiretamente com as já existentes, e os possíveis avanços na medicina, que podem trazer novos tratamentos, não se mostram favoráveis à procura dos serviços tradicionalmente prestados.

3.5. Estratégias propostas

Relembrando, as principais finalidades deste TFM são compreender como o CHCF pode comunicar de forma a melhorar a sua imagem perante a população (QI1) e a aumentar as consultas externas e os tratamentos contra a depressão realizados (QI2). Efetivamente, existe alguma ligação entre os dois objetivos, já que uma melhor perceção da organização pode ser impulsionadora do número de serviços prestados. Portanto, a comunicação do CHCF terá mais efeitos se, primeiramente, existir um investimento na reforma das perceções.

A imagem do CHCF depende largamente da ideia dos indivíduos quanto à saúde mental, pelo que a sua melhoria estará interligada com a promoção do tema. Conforme apresentado, persiste a necessidade de investir na sensibilização para a saúde mental entre a população, que está diretamente relacionada com as fases de pré-contemplação e contemplação do TTM, pois a maioria das pessoas ainda não tem consciência da presença de um problema ou um comprometimento em agir perante este. Esta consciencialização poderia ser realizada através do marketing social, dado que, apesar do CHCF poder usufruir da melhoria da sua imagem pela promoção destes temas, o benefício está principalmente direcionado com a melhoria do bem-estar da sociedade. Investir

nestas primeiras fases vai ao encontro das Obras Corporais e Espirituais que a SCMP se propõe a cumprir, nomeadamente às “Dar bons conselhos”, “Consolar os tristes” e “Assistir os enfermos”, apresentando o CHCF uma responsabilidade especial de assumir o papel da sensibilização. Em comparação com empresas, que têm como principal finalidade o lucro, a organização em análise tem vantagem em trabalhar as primeiras fases do modelo, pois a população nem sempre aceita bem o facto de empresas realizarem este tipo de campanhas, ao considerarem que as instituições não se preocupam realmente com o assunto a ser discutido. Assim, torna-se indispensável que o CHCF adapte a sua comunicação, visto que, atualmente, apenas promove os seus serviços.

Após esta aposta em consciencialização, esperar-se-á que, pelo menos, uma parte da população evolua para fases mais avançadas do TTM, como a preparação e ação, podendo o CHCF apostar em estratégias de marketing organizacional que se foquem nos serviços da CE e do CTD, para aumentar o seu número.

Pelos pontos 1.2 e 3.1.1, percebeu-se a necessidade de investir na comunicação com um público jovem, pelo que as estratégias a propor foram pensadas para o segmento de indivíduos com idades entre o 18 e 29 anos.

A Tabela 12 apresenta as estratégias de comunicação propostas para o CHCF, sendo cada uma delas explicada seguidamente. Essenciais à sua implementação são as informações presentes no Apêndice 11 relativas ao seu modo de atuação, critérios de avaliação, algumas observações e fases do TTM trabalhadas. Note-se que não se verificou o *feedback* necessário à realização das etapas de orçamentação e elaboração de estratégias de mitigação por parte do CHCF, pelo que estas não são apresentadas.

Estratégias de comunicação propostas para o CHCF
1. Campanhas de sensibilização em universidades
2. Campanhas de sensibilização em locais de trabalho
3. Aliança Portuguesa para a Promoção da Saúde Mental no Local de Trabalho
4. Recursos informativos para a comunidade
5. Redes sociais
6. Publicidade <i>outdoor</i>
7. Parcerias com organizações para descontos em consultas e/ou tratamentos
8. Propostas de melhoria do <i>website</i>

TABELA 12

Estratégias propostas para o CHCF

Fonte: Elaboração Própria

As duas primeiras surgem no contexto do “À conversa no Conde de Ferreira” e consistem na dinamização de campanhas de sensibilização em universidades e em locais de trabalho, tendo como objetivo consciencializar alunos, professores e colaboradores e trabalhadores e chefias, respetivamente, para o tema da saúde mental.

Seguidamente, propõe-se a entrada do CHCF na Aliança Portuguesa Para Promoção Da Saúde Mental No Local de Trabalho, o que permitiria aumentar a contribuição do CHCF para a consciencialização para a saúde mental na população portuguesa, a sua visibilidade ao integrar-se em alianças relacionadas com sua área de atuação e originava a possibilidade de aprendizagem com organizações do setor.

Outra estratégia prende-se com a criação de uma página no *website* do CHCF, onde seriam publicadas informações úteis sobre a saúde mental, tal como definições, tipo e sinais de doenças, tratamentos possíveis, *check-lists* de sintomas, etc.

Relativamente às redes sociais, mostra-se necessária uma reestruturação do conteúdo postado, através da criação de publicações que impulsionem a consciencialização da população (Figura 8). Também se propõe a criação de um perfil para o CHCF no Instagram e no Tiktok. Todas estas estratégias permitem que o CHCF ganhe presença nas redes sociais mais utilizadas por jovens e que os perfis da organização se tornem mais apelativos para este público-alvo.



FIGURA 8
Exemplos de publicações nas redes sociais
Fonte: Elaboração Própria

Complementarmente, sugere-se a utilização de publicidade *outdoor*, que passaria pela colocação de cartazes ou *displays* no exterior, em paragens e/ou mesmo no interior de transportes públicos (Figura 9). Isto contribuiria para aumentar a consciencialização para a problemática da saúde mental, enquanto os serviços do CHCF eram publicitados.



FIGURA 9

Exemplo de publicidade *outdoor*

Fonte: Elaboração Própria

Uma das sugestões está ligada com a criação de parcerias com outras organizações, para disponibilizar consultas de psicologia, psiquiatria e/ou sessões de tratamento contra a depressão a um preço mais acessível. Isto aumentaria o número de pacientes a serem seguidos pela organização na CE e no CTD, bem como serviria de oportunidade para aumentar o conhecimento da população acerca dos serviços oferecidos.

Como estratégias de melhoria do *website* do CHCF, propõe-se a criação de um anúncio sobre a organização no Google aquando da pesquisa por “consultas de psiquiatria no porto” e “consultas de psicologia no porto”, a alteração da hiperligação do *website* da SCMP para o do CHCF para uma cor diferente do texto ou a introdução de alguma referência como “Clique aqui para aceder ao Portal da Saúde”, devido à hiperligação se mostrar-se pouco visível e intuitiva, e a criação de uma *feature* de “Marcação *online*” na barra principal do *website*, para que fique sempre presente no campo de visão do indivíduo (Figura 10).

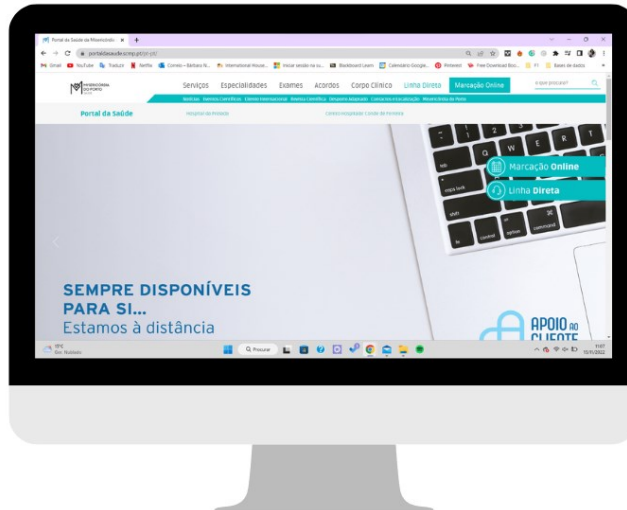


FIGURA 10

Exemplo da *feature* de marcação *online* na barra principal do *website*

Fonte: Elaboração Própria

Sugere-se ainda a atualização dos perfis para cada profissional de saúde, pois esta informação não é disponibilizada do mesmo modo para cada um. A falta de informação sobre a consulta na página da *Marcação Online* obriga a que o funcionário do balcão da CE contacte a pessoa para obter dados necessários, pelo que se propõe a introdução de novas *features* e a introdução do horário disponível para cada médico nesse local (Figura 11).

1 Especialidade, Local, Data e Hora

2 Dados Pessoais

Subsistema ou seguro de saúde

Nome e Apellido

Psiquiatria, Psicologia ou Nutrição → Especialidade

Por exemplo: Stress pós traumático, Perturbações de Humor e Ansiedade, Perturbações Aditivas → Área de especialização

1ª Consulta Consulta subsequente

Consulta Presencial ou Teleconsulta → Tipo de consulta

Email

solicitar Consulta

Médico

Qua.	Qui.	Sex.	Sáb.	Dom.	Seg.	Ter.
16/11	17/11	18/11	19/11	20/11	21/11	22/11
	10:00	15:15			10:00	12:00
	11:00	16:15			11:00	14:00
	14:15	17:15			16:00	14:45
	15:15				17:00	16:00
	16:00				17:15	17:15

O horário que pretende não está disponível? Qual a hora/dia mais adequada para si? _____

FIGURA 11

Página da marcação *online* após alterações sugeridas

Fonte: Elaboração Própria

Mesmo após ter visitado a página específica do CHCF, a marcação permite ao utente escolher entre o Hospital da Prelada e o CHCF, pelo que se sugere a desagregação dos *websites* das duas instituições. Todas estas estratégias foram pensadas para aumentar a visibilidade do *website*, atualizá-lo, melhorar a experiência *online* dos indivíduos e eliminar a possível perda de pacientes para o Hospital da Prelada nas áreas de prestação comuns.

Conclusão

Este TFM resultou da realização de um estágio curricular numa organização pertencente à SCMP, o CHCF, no qual foi solicitada a formulação de estratégias de comunicação que melhorassem a imagem da unidade perante a população e que aumentassem o número de serviços prestados nas suas áreas de CE e CTD. Estes desafios foram transformados em questões de investigação e temas como o OSFL, a saúde mental, o TTM e o marketing e comunicação foram explorados.

Apesar da preocupante prevalência de doenças mentais em Portugal, a relevância do problema é subestimada a avaliar pelas insuficiências na resposta do SNS, pela escassez de informação sobre a saúde mental e pelo estigma e discriminação social a ela associados. A falta de priorização da área resulta em inúmeros indivíduos não diagnosticados e, conseqüentemente, no não recebimento de cuidados pela maioria da população. Posto isto, levanta-se uma das principais necessidades relativas ao tema, entre outras pertinentes: a consciencialização da população portuguesa para a saúde mental.

Adicionalmente, constatou-se que o segmento dos jovens era um dos mais afetados por problemas de saúde mental entre a população geral, o que justificou, juntamente com a análise sociodemográfica realizada à CE, o facto das estratégias propostas serem focadas neste grupo.

O TTM permitiu entender a importância da adaptação da comunicação à fase de mudança em que os indivíduos se encontram para a eficácia da mesma e a ligação entre a necessidade de consciencialização identificada e as etapas iniciais do modelo (pré-contemplação e contemplação).

Percebeu-se, então, que a questão de investigação **“Como é que o CHCF pode comunicar de forma a melhorar a sua imagem perante a população?”** (QI1) estava relacionada com as primeiras fases do TTM, ou seja, com a pré-

contemplanção e a contemplanção, enquanto a questão **“Como é que o CHCF pode comunicar de forma a aumentar as consultas externas e tratamentos contra a depressão por si realizados?”** (QI2) estava associada às etapas de preparação e ação. Deste modo, a comunicação de resposta à QI1 mostra-se prioritária em termos de implementação.

A melhoria das perceções quanto ao CHCF está diretamente interligada com a promoção da saúde mental, que ao aumentar a informação e ao combater o estigma associado, consciencializará a população para esta problemática. De facto, a promoção de serviços realizada atualmente pelo CHCF e pela maioria dos prestadores de serviços não se mostra adequada, abrindo oportunidade para a implementação de estratégias de marketing social. Complementarmente ao benefício para a população, ao mostrar a sua preocupação para com o assunto, a instituição ganhará reconhecimento, o que ajudará na construção de uma reputação positiva. Como unidade enquadrada numa OSFL que pretende cumprir as Obras de Misericórdia e apresentando vantagem sobre outras organizações no setor, o CHCF mostra uma responsabilidade notória em promover este tipo de comunicação.

Somente após o esforço de comunicação nas primeiras fases do modelo, é que a organização se deve dedicar ao aumento do número de serviços por si prestados em que se foca a QI2. Como referido, uma melhoria da imagem funcionará como impulsionadora deste aumento, mas continua a mostrar-se essencial que a organização oriente a sua comunicação para atingir indivíduos presentes nas fases de preparação e ação, por meio de estratégias de marketing organizacional.

São exatamente estas respostas às questões de investigação que estão refletidas nas estratégias propostas.

Como limitações apresenta-se o facto de os critérios utilizados para a avaliação segundo as fases do TTM se mostrarem algo subjetivos, visto que as organizações

podem satisfazer os parâmetros de diferentes formas e a diferentes níveis. Adicionalmente, as análises realizadas a instituições externas ao CHCF foram elaboradas tendo em conta dados secundários apenas disponíveis nos seus meios de comunicação *online*, não foi realizada a avaliação plena das campanhas de sensibilização, pela insuficiência de informação quanto aos temas nelas apresentados e não se verificou o *feedback* necessário à realização das etapas seguintes à formulação das estratégias.

Como futura investigação propõe-se estudar de forma mais exaustiva e através de critérios mais objetivos a comunicação realizada por outras organizações, incluindo aquelas não enquadradas neste trabalho, averiguar os resultados das estratégias propostas ao CHCF e elaborar outras direcionadas a diferentes segmentos da população.

Bibliografia

- Almeida, T. C., Heitor, M. J., Santos, O., Costa, A., Virgolino, A., Rasga, C., Martiniano, H., Vicente, A., Lima, B., Carreiras, J., Fialho, M., & Mourão, S. (2020). *Relatório final: SM-COVID19 – Saúde mental em tempos de pandemia*.
- Banco de Portugal. (2022). *Boletim Económico - dezembro 2022*. www.bportugal.pt
- Cismaru, M., & Wuth, A. (2019). Identifying and analyzing social marketing initiatives using a theory-based approach. *Journal of Social Marketing*, 9(4), 357–397. <https://doi.org/10.1108/JSOCM-06-2018-0063>
- CNS. (2019). *Sem Mais Tempo a Perder - Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*.
- Eurostat. (2022). *Mental health and related issues statistics*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mental_health_and_related_issues_statistics
- Expresso. (2023). *Governo anuncia criação de plano nacional de saúde mental no ensino superior*. <https://expresso.pt/webstories/governo-anuncia-criao-de-plano-nacional-de-saude-mental-no-ensino-superior>
- Fallon, E. A., Hausenblas, H. A., & Nigg, C. R. (2005). The transtheoretical model and exercise adherence: Examining construct associations in later stages of change. *Psychology of Sport and Exercise*, 6(6), 629–641. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2005.01.003>
- Han, C. H., Tyagi, S., Kim, N., & Choi, B. (2016). Understanding Internet service switching behaviour based on the stage model. *Information Systems and E-Business Management*, 14(3), 665–689. <https://doi.org/10.1007/s10257-015-0299-y>
- INE. (2019). *Conta Satélite da Economia Social 2016*.

- INE. (2022). *PRODUTO INTERNO BRUTO EM VOLUME AUMENTOU 4,9% EM TERMOS HOMÓLOGOS E 0,4% EM CADEIA*.
- Leavy, P. (2014). Introduction. In *The Oxford Handbook of Qualitative Research*. Oxford University Press.
- Levit, T., Cismaru, M., & Zederayko, A. (2016). Application of the transtheoretical model and social marketing to antidepressant campaign websites. *Social Marketing Quarterly*, 22(1), 54–77. <https://doi.org/10.1177/1524500415620138>
- Manika, D., & Gregory-Smith, D. (2017). Health marketing communications: An integrated conceptual framework of key determinants of health behaviour across the stages of change. *Journal of Marketing Communications*, 23(1), 22–72. <https://doi.org/10.1080/13527266.2014.946436>
- Morell, A., Sagnier, L., Mesa, M., Garcia, I., Morcillo, R., Arenas, E., Yanguas, G., Ramos, A., & Álvarez, E. M. (2021). *Os jovens em Portugal hoje completo*.
- Oxford College of Marketing. (n.d.). *Understanding The 7Ps of The Marketing Mix*. Retrieved March 5, 2023, from <https://blog.oxfordcollegeofmarketing.com/2020/10/08/understanding-the-7ps-of-the-marketing-mix/>
- Powell, W. W. (2020). What Is the Nonprofit Sector? In W. W. Powell & P. Bromley (Eds.), *The Nonprofit Sector: A Research Handbook* (Third edition, pp. 3–18). Stanford University Press.
- Prochaska, J. O., & Di Clemente, C. C. (1982). TRANSTHEORETICAL THERAPY: TOWARD A MORE INTEGRATIVE MODEL OF CHANGE. *PSYCHOTHERAPY: THEORY, RESEARCH AND PRACTICE*, 19.
- Prochaska, J. O., Diclemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). *In Search of How People Change Applications to Addictive Behaviors*.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., & Velic, W. F. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *J Health Promot*, 12(1), 38–48.

- Ramalho, T. (2022, October 25). *Público - Portugal - A partir de agora já há um Observatório de Saúde Mental em Portugal*.
<https://www.publico.pt/2022/10/25/ciencia/noticia/partir-ja-ha-observatorio-saude-mental-portugal-2025217>
- Ramos, F., & Rodrigues, T. (2022). *DECO PROTESTE - Saúde mental: doente muito prioritário espera até três meses por consulta de psiquiatria*.
<https://www.deco.proteste.pt/saude/doencas/noticias/saude-mental-doente-muito-prioritario-espera-tres-meses-consulta-psiquiatria>
- Salamon, L. M., & Anheier, H. K. (1997). Defining the nonprofit sector: A cross-national analysis. In *Defining the nonprofit sector: A cross-national analysis* (pp. 1–40). Manchester University Press.
- SCMP. (n.d.-a). *Portal da Saúde da Misericórdia do Porto*. Retrieved November 8, 2022, from <https://portaldasaude.scmp.pt/pt-pt/>
- SCMP. (n.d.-b). *Santa Casa da Misericórdia do Porto*. Retrieved November 8, 2022, from <https://www.scmp.pt/pt-pt/>
- SCMP. (2022). *RELATÓRIO DE GESTÃO E CONTAS 2021 MISERICÓRDIA DO PORTO*.
- Slater, M. D. (1999). Integrating application of media effects, persuasion, and behavior change theories to communication campaigns: A stages-of-change framework. *Health Communication*, 11(4), 335–354.
https://doi.org/10.1207/S15327027HC1104_2
- STADA. (2022). *Stada Health Report 2022*.
- Thomas, R. K. (2020). *Marketing Health Services* (Fourth edition).
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: design and methods* (Sixth). SAGE.

Websites utilizados para os benchmarkings comunicacionais:

Associação ENCONTRAR+SE: <https://www.encontrarse.pt/>

BetterHelp: <https://www.betterhelp.com/>

Beyond Blue: <https://www.beyondblue.org.au/>

Calm: <https://www.calm.com/pt>

Centro Hospitalar Conde de Ferreira: <https://portaldasaude.scmp.pt/>

Centro Hospitalar Universitário de São João: <https://portal-chsj.min-saude.pt/>

Centro Hospitalar Universitário do Porto: <https://www.chporto.pt/>

Cerebral: <https://cerebral.com/>

Clínica de Gondomar: <https://www.clinicagondomar.pt/>

Clínica Médica do Porto: <https://www.clinicamedicadoporto.pt/>

DepressionHurts.ca: <https://depressionhurts.ca/en/>

Fundação José Neves: <https://joseneves.org/pt>

Headspace: <https://www.headspace.com/pt>

Hospital CUF Porto: <https://www.cuf.pt/>

Hospital Luz Arrábida: <https://www.hospitaldaluz.pt/arrabida/pt>

Hospital da Prelada: <https://portaldasaude.scmp.pt/>

Hospital de Santa Maria Porto: <https://www.hsmporto.pt/>

Hospital Escola da Universidade Fernando Pessoa: <https://he.ufp.pt/>

Hospital Lusíadas Porto: <https://www.lusiadas.pt/hospitais-clinicas/hospital-lusiadas-porto>

Hospital Magalhães Lemos: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/hospital-de-magalhaes-lemos-epe/>

Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus: <https://irmashospitaleiras.pt/>

ManifestaMente: <https://www.manifestamente.org/>

Mental Health America: <https://mhanational.org/>

Mental Health Foundation of New Zealand: <https://mentalhealth.org.nz/>

Mental Health UK: <https://mentalhealth-uk.org/>

Mind: <https://www.mind.org.uk/>

Mind the Mind Portugal: <https://www.instagram.com/mindthemindportugal/>

ReachOut Australia: <https://au.reachout.com/>

Time to Change: <https://www.time-to-change.org.uk/mental-health-stigma>

The Pineapple Mind: <https://www.instagram.com/thepineapplemind/>

Trofa Saúde Hospital da Trofa: <https://www.trofasaude.pt/>

Apêndices

Apêndice 1 - Contextualização da saúde mental

Nos últimos anos, a saúde mental tem vindo a ganhar uma visibilidade notória em termos internacionais, principalmente em países do mundo ocidental, como Austrália, EUA e Reino Unido. Esta situação deve-se ao aumento de publicações informativas e partilhas de experiências nas redes sociais, ao desenvolvimento de plataformas e linhas telefónicas de apoio criadas com o intuito de auxiliar indivíduos que manifestem algum desafio mental e à criação de planos de ação direcionados a esta área, que revelam um impacto positivo, ao definirem diretrizes e aloquem recursos para melhorar o acesso aos cuidados de saúde, enquanto estabelecem orientações para a promoção do tema. São exemplo os planos de ação realizados pela World Health Organization [WHO], que se demonstram fundamentais para desenvolver serviços e assistência social abrangentes, integrados e responsivos, fortalecer uma liderança e governação eficaz no setor, implementar estratégias de promoção e prevenção de saúde mental e reforçar os sistemas de informação e investigação, bem como garantir padrões saudáveis e bem-estar para todos os indivíduos ao longo da vida¹. Com efeito, têm-se verificado uma evolução positiva na consciencialização e redução do estigma associado às doenças mentais, que, conseqüentemente, fazem com que a procura de ajuda aumente.

Contudo, apesar dos esforços mencionados, ainda há muito a melhorar no âmbito da saúde mental, em termos de recursos de diagnóstico, tratamento e suporte e da priorização da área². De facto, a WHO estima que, em 2022, quase um bilião de pessoas sofria de Transtornos Mentais, Neurológicos ou por Uso de Substâncias [TMNUS], o que representava 10% da carga global de doenças de 2019². Apesar do acesso a serviços preventivos, de emergência ou de fornecimento de medicamentos relacionados com TMNUS ter sofrido um aumento gradual comparativamente com as fases anteriores da pandemia COVID-19, até ao quarto trimestre de 2021, 44% dos países reportava disrupções nos mesmos². Por outro lado, embora 86% dos países presentes num estudo da WHO de 2020 reportar a existência de planos ou políticas de saúde mental independentes,

¹ WHO - Regional Office for Europe. (2021). WHO European Framework for Action on Mental Health 2021-2025. <http://apps.who.int/bookorders> e WHO. (2021). Mental Health Atlas 2020.

² WHO. (2022). World Health Statistics 2022: Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. <http://apps.who.int/bookorders>

apenas 56% dos mesmos os tinham publicado ou revisto desde 2017³. Tal como referido no ponto 1.2 do TFM, esta falta de priorização pode resultar numa reduzida consciencialização da população, que pode não só levar a que indivíduos que sofram de distúrbios mentais não estejam cientes de tal, mas também a que não procurem assistência profissional, devido ao estigma social que estas patologias recebem e à falta de informação sobre os procedimentos a seguir de modo a obter os cuidados apropriados. Tudo isto contribui para que grande parte da população não receba ajuda profissional. Por exemplo, dependendo do país, menos de 10 a 50% das pessoas com depressão recebem cuidados⁴.

No que concerne à União Europeia [UE], segundo o European Health Interview Survey, em 2019, 7,2% da população sofria de uma depressão crónica, sendo que, nos 12 meses posteriores ao questionário, 6,5% destes habitantes relatou ter consultado um psicólogo, psicoterapeuta ou psiquiatra⁵.

Em contrapartida, entre 2010 e 2020, assistiu-se a um aumento do número de psiquiatras expresso em termos da população na grande maioria dos estados-membros da EU⁵. Em 2020, estavam registados 86.000 profissionais nos 26 países membros, sendo que, nesse mesmo ano e por cada 100.000 habitantes, a UE apresentava valores entre 9,2 (para a Polónia, em 2017) e 28,2 (Alemanha) especialistas.

³ WHO. (2021). Mental Health Atlas 2020.

⁴ Levit, T., Cismaru, M., & Zederayko, A. (2016). Application of the transtheoretical model and social marketing to antidepressant campaign websites. *Social Marketing Quarterly*, 22(1), 54-77. <https://doi.org/10.1177/1524500415620138>

⁵ Eurostat. (2022). Mental health and related issues statistics. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mental_health_and_related_issues_statistics

Apêndice 2 – Os restantes Ps do marketing na saúde

Como apresentado no ponto 1.4, o **marketing mix** é o conjunto de variáveis controláveis que uma organização usa para influenciar o mercado alvo¹. É constituído pelo Produto, Preço, Distribuição (ou *Placement*) e Comunicação (ou *Promotion*) e, ainda, quando se trata de serviços, pelas Pessoas, Processo e Evidencia Física (ou *Physical Evidence*)².

O produto engloba ideias, bens e serviços que uma organização promove¹. Na área da saúde, é especialmente difícil definir esta variável, já que muitas organizações oferecem uma grande variedade de bens e serviços aos seus clientes¹. Neste sentido, é comum uma instituição afirmar que disponibiliza “cuidados de qualidade”, “melhoria da saúde” ou “tratamentos e curas”, por exemplo, o que não é suficientemente específico para o marketing¹. Além disso, os bens e serviços deste setor apresentam características distintas, como o facto de nem todos poderem ser comercializados normalmente, sendo necessário que um profissional de saúde os prescreva¹. Diferenciam-se, ainda, pela incapacidade de serem substituídos, dado que frequentemente existe apenas uma solução para um determinado problema¹. Finalmente, pelo risco associado e pelo pouco conhecimento e experiência dos consumidores relativamente a algumas operações, envolvem uma componente emocional única¹.

O preço refere-se ao montante cobrado por um produto, incluindo as taxas, encargos, contribuições, deduções, e outros custos para os consumidores, abrangendo também custos emocionais¹. Um objetivo do Marketing é convencer os consumidores de que receberão benefícios superiores ao preço que pagam¹. Como referido no ponto “O marketing e a comunicação na saúde”, o preço não tem sido uma base para a concorrência nesta indústria, tornando-se um desafio compreender o que um cliente está disposto a trocar por algum bem ou serviço de saúde¹.

O *placement* representa a forma como os bens ou serviços são distribuídos para uso do consumidor¹. Desta forma, compreende não só a localização e layout, mas também horários, acesso, obstáculos, esperas por marcações, pagamento de reclamações, etc.¹. Por vezes, estes fatores podem melhorar a perceção da qualidade do produto, como é exemplo a aceleração do processo de agendamento, através da marcação de consultas *online*¹.

¹ Thomas, R. K. (2020). Marketing Health Services (Fourth edition).

² Allen, A. (n.d.). Oxford College of Marketing - Understanding The 7Ps of The Marketing Mix. Retrieved February 28, 2023, from <https://blog.oxfordcollegeofmarketing.com/2020/10/08/understanding-the-7ps-of-the-marketing-mix/> e Thomas, R. K. (2020). Marketing Health Services (Fourth edition).

A variável de pessoas representa todos os colaboradores de uma organização que interagem com os clientes pessoalmente ou por meio *online* ao longo da sua jornada³. Estes indivíduos devem ter o máximo de conhecimento sobre o produto que a instituição disponibiliza e podem representar oportunidades de diferenciação da organização num mercado mais saturado, pelo que o recrutamento, a seleção e a formação desempenham um papel muito importante para esta variável³.

O processo representa todas as etapas da jornada do cliente³. Na área da saúde pode englobar a ação de solicitar uma consulta *online* até ao recebimento do tratamento. De facto, as organizações devem considerar quais os processos a ser implementados para oferecer a melhor experiência possível ao cliente³.

Finalmente, a evidência física são todos os elementos tangíveis que podem fornecer informação sobre a qualidade da experiência que uma organização está a oferecer³. Para uma organização da saúde, pode incluir o ambiente, o estado dos edifícios, o uniforme dos profissionais, etc.

³ Allen, A. (n.d.). Oxford College of Marketing - Understanding The 7Ps of The Marketing Mix. Retrieved February 28, 2023, from <https://blog.oxfordcollegeofmarketing.com/2020/10/08/understanding-the-7ps-of-the-marketing-mix/>

Apêndice 3 – O mix comunicacional

O mix comunicacional é uma série de técnicas usadas para alcançar objetivos promocionais, que inclui relações-públicas, publicidade, vendas pessoais, promoção de vendas e marketing direto¹. Todas estas são apresentadas na tabela que se segue.

Técnica Promocional	Definição	Exemplos
Relações públicas	Combinam publicidade, relações com os meios de comunicação e eventos comunitários para construir sentimentos opiniões ou crenças favoráveis dos consumidores sobre uma organização e o seu produto.	Conferências e comunicados de imprensa, reportagens e anúncios de serviço público.
Publicidade	Qualquer forma paga de apresentação não pessoal ou promoção de ideias, bens ou serviços por um patrocinador identificável e transmitido através de meios de comunicação social. Como chama à atenção sem visar um público específico, a organização não tem controlo sobre a quem chega a informação. Além disso, é a mais flexível das técnicas promocionais, visto que apresenta uma vasta gama de opções e de custos, diferentes graus de exposição aos consumidores e de esforço da organização.	Televisão, rádio, jornais e revistas, brochuras, anúncios na <i>Internet</i> , <i>mailings</i> , catálogos, cartazes, cartões de visita, patrocínios, porta-vozes famosos, painéis publicitários e exposições.
Vendas pessoais	Envolvem apresentações de material promocional a um potencial comprador para efeitos de venda e construção de relações. Com esta técnica, a organização pode obter feedback direto de clientes existentes e potenciais e tem mais controlo sobre quem recebe a mensagem. Por outro lado, podem ser dispendiosas, o número de visitas a clientes é limitado	Apresentações e reuniões de vendas, programas de incentivos, distribuição de amostras e participações em eventos e feiras.

¹ Thomas, R. K. (2020). Marketing Health Services (Fourth edition).

	e a força das ligações interpessoais feitas varia de um vendedor para outro.	
Promoção de vendas	Qualquer atividade ou material que induz revendedores, vendedores ou consumidores a comprar um bem ou usar um serviço num curto prazo.	Eventos e feiras, demonstrações, concursos e jogos, prémios, descontos, condições de financiamento atrativas e subsídios de troca. Também incluem descontos na próxima compra, reembolsos em dinheiro, cupões, promoções, cartões de fidelização, testes gratuitos (ou amostras) e produtos gratuitos.
Marketing direto	Envolve um sistema interativo que utiliza um ou mais meios publicitários para efetuar uma resposta ou transação mensurável dos consumidores. Assim, é o processo de segmentação de grupos ou indivíduos com características específicas e transmissão de promoções diretamente para eles. Podem ser direcionadas a públicos específicos e personalizadas às suas necessidades.	Correio tradicional e eletrónico, publicidade de resposta direta, telemarketing, anúncio diretos na <i>internet</i> e <i>home-shopping television</i> .

TABELA 3.1

Técnicas Promocionais

Fonte: Thomas (2020) | Elaboração Própria

Apêndice 4 – A Santa Casa da Misericórdia do Porto

A SCMP foi constituída em 14 de março de 1499 na Ordem Jurídica Canónica como uma instituição de caridade e assistência social, de fins filantrópicos e de utilidade pública¹. Atualmente, é uma das Misericórdias mais antigas e mais importantes do país graças à sua história, património e número de estabelecimentos e utentes¹. O seu passado sempre foi acompanhado por uma gestão profissionalizada, o que lhe trouxe uma credibilidade distinta na sociedade. Além disso, apresenta-se como uma OSFL e, mais especificamente, uma Misericórdia, possuindo ainda, o estatuto de IPSS¹.

De acordo com o seu Relatório de Gestão e Contas de 2021, tem como missão a promoção da cidadania e da qualidade de vida de indivíduos com deficiência e/ou incapacidade, apoiando o desenvolvimento de uma sociedade mais justa e equitativa². A sua visão, é “ser uma instituição de referência na promoção de serviços especializados e de qualidade, rumo a uma sociedade de todos e para todos”². Neste sentido, nomeia a cooperação, ética, competência, inclusão, inovação, pessoas, privacidade, responsabilidade, transparência e qualidade de vida como os seus valores e princípios orientadores, possuindo uma série de políticas de suporte a estes pontos².

Adicionalmente, a SCMP propõe-se a cumprir as quatorze Obras Corporais e Espirituais de Misericórdia³, sendo elas:

- Obras Corporais:
 - Dar de comer a quem tem fome;
 - Dar de beber a quem tem sede;
 - Vestir os nus;
 - Dar pousada aos peregrinos;
 - Visitar os enfermos;
 - Visitar os presos;
 - Enterrar os mortos.

¹ SCMP. (n.d.-a). Santa Casa da Misericórdia do Porto. Retrieved November 8, 2022, from <https://www.scmp.pt/pt/>

² SCMP. (2022). RELATÓRIO DE GESTÃO E CONTAS 2021 MISERICÓRDIA DO PORTO.

³ CMP. (n.d.-b). MMIPO - Museu da Misericórdia do Porto. Retrieved November 8, 2022, from <https://www.mmipo.pt/scmp/breve-historia>

- Obras Espirituais:
 - Dar bons conselhos;
 - Ensinar os ignorantes;
 - Corrigir com caridade os que erram;
 - Consolar os aflitos;
 - Perdoar as injúrias;
 - Suportar com paciência as fraquezas do nosso próximo;
 - Rezar a Deus por vivos e defuntos.

A atividade da SCMP enquadra-se em diferentes áreas, sendo estas a Saúde, Social, Mulher e Juventude, Educação, Ensino Especial e Apoio à Deficiência, Desenvolvimento Agrícola, Culto e Cultura, Ambiente e Justiça e Reinserção Social⁴. Os serviços de saúde sempre se revelaram uma parte fundamental da SCMP, graças ao elevado número de indivíduos assistidos. Atualmente, esta área engloba o Hospital da Prelada e o Centro Hospitalar Conde de Ferreira.

⁴ SCMP. (2021). PLANO DE ATIVIDADES E ORÇAMENTO 2022 MISERICÓRDIA DO PORTO.

Apêndice 5 – Análise sociodemográfica ao serviço de Consulta Externa

Este apêndice apresenta uma análise mais detalhada às variáveis de género e distrito de residência utilizadas na análise sociodemográfica aos serviços de Consulta Externa do CHCF.

Tal como se verifica na Tabela 5.1, os pacientes da CE apresentam-se, maioritariamente como elementos do sexo feminino para os dois serviços. Contudo, esta dominância não é muito acentuada. Note-se ainda que, na totalidade, 156 indivíduos não apresentavam este tipo de informação nas bases de dados do CHCF.

Serviços	Percentagem de elementos do sexo feminino (%)	Percentagem de elementos do sexo masculino (%)	Nº de elementos que não apresentavam este tipo de informação nas bases de dados
Psicologia	54,39%	45,61%	5
Psiquiatria	59,71%	40,29%	151

TABELA 5.1
Análise dos pacientes da CE, por género
Fonte: Elaboração Própria

Relativamente ao distrito de residência, a maioria dos pacientes é residente no Porto. No caso das consultas de psicologia, verificam-se também indivíduos residentes em Aveiro, Braga e Vila Real (Tabela 5.2). As consultas de psiquiatria revelaram-se mais diversas quanto a esta variável, com pacientes pertencentes a onze distritos diferentes (Tabela 5.3).

Distrito	Percentagem de pacientes pertencentes ao distrito (%)
Porto	93,44%
Braga	3,28%
Aveiro	1,64%
Vila Real	1,64%

TABELA 5.2

Análise dos pacientes da CE, por distrito de residência, para psicologia

Fonte: Elaboração Própria

Distrito	Percentagem de pacientes pertencentes ao distrito (%)
Porto	86,23%
Aveiro	5,01%
Braga	4,47%
Bragança	1,61%
Viseu	0,89%
Viana do Castelo	0,54%
Lisboa	0,36%
Vila Real	0,36%
Faro	0,18%
Guarda	0,18%
Santarém	0,18%

TABELA 5.3

Análise dos pacientes da CE, por distrito de residência, para psiquiatria

Fonte: Elaboração Própria

Apêndice 6 – O questionário “Perceções sobre o Centro Hospitalar Conde de Ferreira [CHCF]”

No âmbito do Trabalho Final do Mestrado em Gestão da Católica Porto Business School, pede-se a colaboração através do preenchimento deste questionário a indivíduos com idade inferior ou igual a 29 anos e, preferencialmente, residentes no distrito do Porto.

O principal objetivo é entender como a população jovem percebe o Centro Hospitalar Conde de Ferreira e quais os critérios usados pelos mesmos indivíduos aquando da marcação de uma consulta médica nas áreas disponibilizadas pelo mesmo.

Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais e serão apenas usados para fins académicos.

* Obrigatória

Caraterização Sociodemográfica

1. Selecione o género com o qual se identifica. *

- Feminino
- Masculino
- Prefiro não responder
- Outro

2. Qual a sua idade? *

- 19 ou menos
- 20-24
- 25-29

3. É residente no distrito do Porto? *

- Sim
- Não

(Se respondeu negativamente à pergunta 3, o inquirido passa para a 4. Caso contrário, segue para a pergunta 5.)

4. Em que distrito reside? *

5. Selecione o seu nível de escolaridade. *

- Ensino primário/4º ano
- Ensino básico/ 9º ano
- Ensino Secundário/ 12º ano

- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Prefiro não responder

6. Selecione a sua área de educação e formação. *

- Educação
- Artes e humanidades
- Ciências sociais, comércio e direito
- Ciências, matemáticas e informática
- Engenharia, indústrias transformadoras e construção
- Agricultura, silvicultura e pescas
- Saúde e proteção social
- Serviços
- Outra
- Prefiro não responder

O Centro Hospitalar Conde de Ferreira [CHCF]

7. Já ouviu falar do Centro Hospitalar Conde de Ferreira? *

- Sim
- Não

(Se respondeu afirmativamente à pergunta 7, o inquirido passa para a 8. Caso contrário, segue para a pergunta 9.)

8. Quais são os serviços que tem conhecimento que o CHCF presta? *

- Centro de Dia para Doentes de Alzheimer e Outras Demências
- Centro de Tratamento da Depressão
- Consulta Externa
- Hospital de dia
- Internamento
- Terapia Ocupacional
- Nenhum

A Consulta Externa

O Centro Hospitalar Conde de Ferreira enquadra-se na área da saúde da Santa Casa da Misericórdia do Porto e foi o primeiro hospital psiquiátrico em Portugal. Atualmente, apresenta dois tipos de regime de cuidados: internamento e ambulatório. Relativamente a este último, oferece consultas externas especializadas no âmbito da Psiquiatria, Psicologia Clínica e Nutrição.

9. Imagine que necessita de marcar uma consulta de Psiquiatria, Psicologia ou Nutrição para si ou para um familiar. Ordene as seguintes opções consoante a probabilidade com

que escolheria cada estabelecimento, sendo que quanto mais acima a opção se encontrar, mais provável seria de a selecionar. *

- Centro Hospitalar Conde de Ferreira
- Clínica Médica do Porto
- Hospital CUF Porto
- Hospital da Luz
- Hospital da Prelada
- Hospital de Santa Maria
- Hospital Fernando Pessoa
- Hospital Lusíadas
- Hospital Público (Centro Hospitalar Universitário de São João, Centro Hospitalar Universitário do Porto, etc.)
- Trofa Saúde

10. Se consideraria outro(s) estabelecimento(s), refira-o(s) aqui.

11. Quando pretende marcar uma consulta médica, quais são as fontes que utiliza para recolher informações? *

	Nunca	Raramente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre
Contato direto com as instituições prestadoras (telefone, email, deslocação ao local)					
Pesquisa livre na Internet					
Recomendações de pessoas próximas (família, amigos, etc.)					
Redes Sociais					

12. Se utiliza outra(s) fonte(s), refira-a(s) aqui.

13. Ainda quanto à marcação de consultas, que tipo de informação procura? *

	Nunca	Raramente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre
Acordos com seguradoras					
Áreas de especialização (ex.: perturbações depressivas e ansiedade, perturbações aditivas, perturbações alimentares, terapia de casal, etc.)					
Contactos (telefone, email, morada, etc.)					
Datas disponíveis para marcação					
Horários					
Informações sobre os médicos					
Preços					

14. Se considera outro(s) tipo(s) de informação importante, refira-o(s) aqui.

Apêndice 7 – Análise das restantes respostas do questionário

Este apêndice apresenta os resultados das questões acerca do género, idade, residência, nível de escolaridade e área de educação e formação presentes na secção de “Caraterização Sociodemográfica” do inquérito realizado para este TFM.

A distribuição por género e por idades pode ser analisada nas figuras 7.1 e 7.2, respetivamente. Destaca-se a predominância de elementos do sexo feminino (74%) e da faixa etária dos 20 aos 24 anos (64,6%).

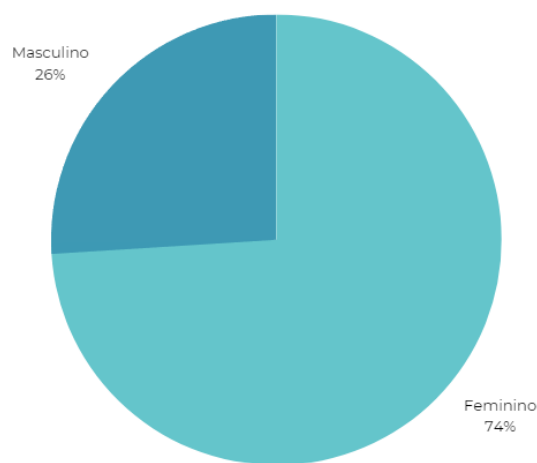


FIGURA 7.1
Distribuição dos inquiridos por género
Fonte: Elaboração Própria

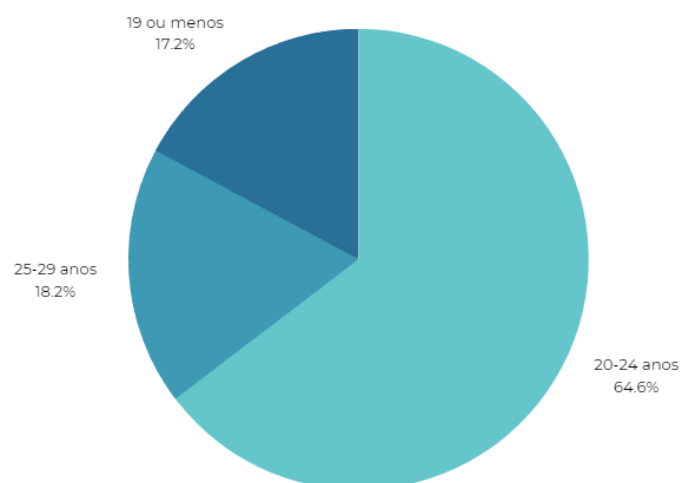


FIGURA 7.2
Distribuição dos inquiridos por faixa etária
Fonte: Elaboração Própria

No que toca à residência, predominam os indivíduos residentes no distrito do Porto. No entanto, outras zonas também foram identificadas, sendo que os valores relativos a cada uma podem ser verificados na Tabela 7.1.

Zona de residência	Percentagem de inquiridos pertencentes à zona de residência (%)
Porto	75,7%
Braga	7,8%
Lisboa	3,5%
Brasil	2,6%
Coimbra	1,7%
Vila Real	1,7%
Viseu	1,7%
Aveiro	0,9%
Guimarães	0,9%
Leiria	0,9%
Madeira	0,9%
Santarém	0,9%
Setúbal	0,9%

TABELA 7.1

Distribuição dos inquiridos por distrito/região autónoma de residência

Fonte: Elaboração Própria

O nível de escolaridade mais comum foi a licenciatura, seguido do ensino secundário, de mestrado e do ensino básico (Figura 7.3).

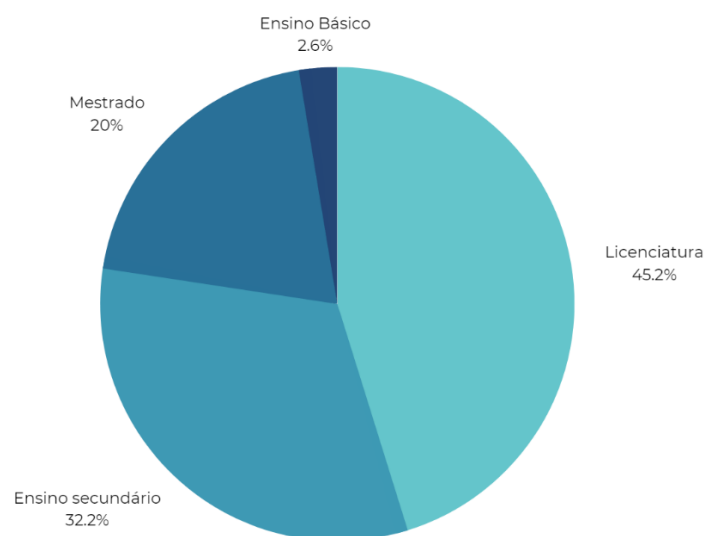


FIGURA 7.3
 Distribuição dos inquiridos por nível de escolaridade
 Fonte: Elaboração Própria

Adicionalmente, assistiu-se a uma dispersão de respostas em termos de áreas de educação e formação, apenas se verificando uma predominância da área de ciências sociais, comércio e direito (Figura 7.4).

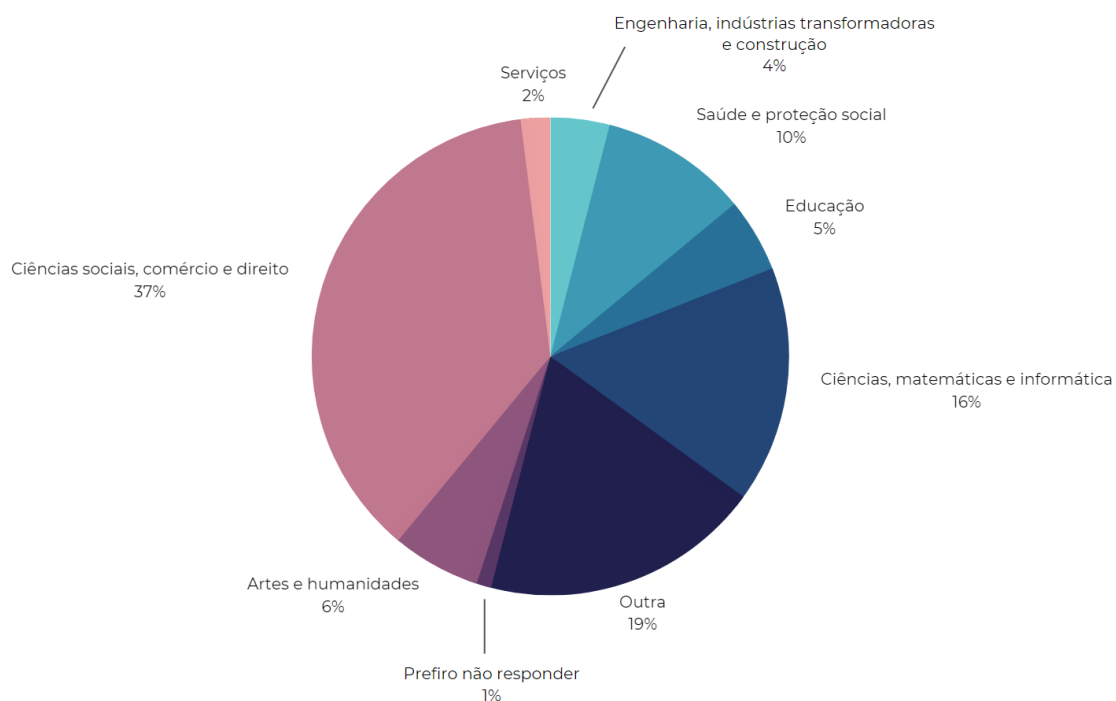


FIGURA 7.4
 Distribuição dos inquiridos por área de educação e formação
 Fonte: Elaboração Própria

Seguidamente, apresenta-se a tabela que serviu de base à Figura 4 presente no ponto 3.1.2.

Organização / nº da opção	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a
1. Hospital CUF Porto	21 (18%)	33 (29%)	27 (23%)	12 (10%)	14 (12%)	3 (3%)	5 (4%)	0	0	0
2. Hospital Público (Centro Hospitalar Universitário de São João, Centro Hospitalar Universitário do Porto, etc.)	41 (36%)	6 (5%)	13 (11%)	7 (6%)	5 (4%)	3 (3%)	8 (7%)	7 (6%)	10 (9%)	15 (13%)
3. Hospital da Luz	10 (9%)	17 (15%)	12 (10%)	15 (13%)	14 (12%)	14 (12%)	16 (14%)	7 (6%)	6 (5%)	4 (3%)
4. Clínica Médica do Porto	3 (3%)	8 (7%)	15 (13%)	16 (14%)	23 (20%)	22 (19%)	7 (6%)	11 (10%)	5 (4%)	5 (4%)
5. Centro Hospitalar Conde de Ferreira	12 (10%)	11 (10%)	8 (7%)	11 (10%)	14 (12%)	10 (9%)	10 (9%)	10 (9%)	10 (9%)	19 (17%)
6. Hospital da Prelada	9 (8%)	9 (8%)	9 (9%)	10 (9%)	13 (11%)	25 (22%)	20 (17%)	16 (14%)	9 (14%)	4 (3%)
7. Trofa Saúde	15 (13%)	7 (6%)	9 (8%)	12 (10%)	6 (5%)	7 (6%)	5 (4%)	4 (3%)	12 (12%)	38 (33%)
8. Hospital Lusíadas	3 (3%)	11 (10%)	9 (8%)	14 (12%)	8 (7%)	10 (9%)	7 (6%)	15 (13%)	25 (22%)	13 (13%)
9. Hospital Fernando Pessoa	8 (7%)	7 (6%)	7 (6%)	8 (7%)	9 (8%)	7 (6%)	17 (15%)	22 (19%)	21 (18%)	9 (8%)
10. Hospital de Santa Maria	2 (2%)	6 (5%)	6 (5%)	10 (9%)	9 (8%)	14 (12%)	20 (17%)	23 (20%)	17 (15%)	8 (7%)

TABELA 7.2

Tabela de base à Figura 4

Fonte: Elaboração Própria

Quanto à questão sobre a consideração de outra(s) fontes de informação, dois inquiridos referiram a recomendação de outros médicos de confiança e a televisão e relativamente à

referente a outro(s) tipo(s) de informação importante apenas foi referida a acessibilidade por um indivíduo.

Apêndice 8 – Informação adicional ao *benchmarking* comunicacional de outros prestadores

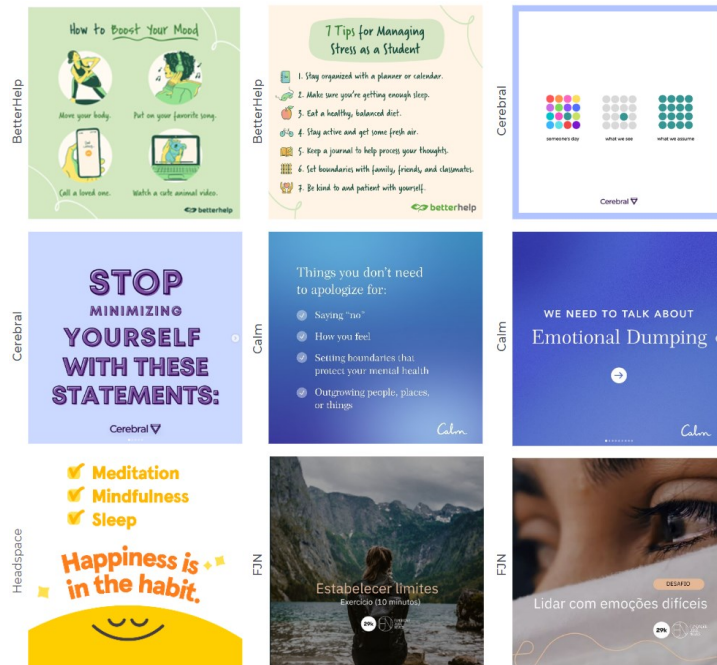


FIGURA 8.1
Exemplos de publicações de alguns dos outros prestadores
Fonte: Facebook e Instagram das organizações

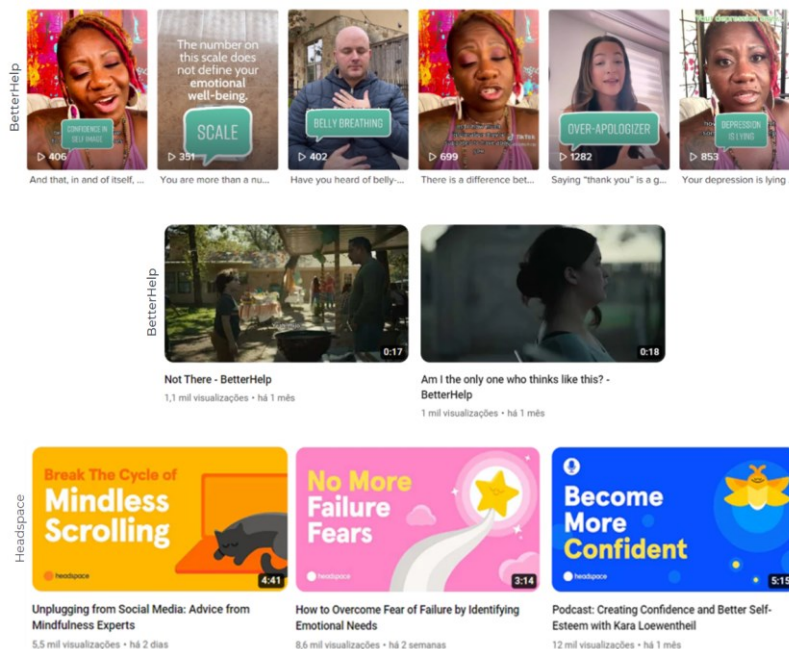


FIGURA 8.2
Exemplos de vídeos da BetterHelp e Headspace
Fonte: Tiktok e Youtube das organizações

SABIA QUE...

- ... 1 em cada 7 jovens entre os 10 e os 19 anos sofre de perturbações mentais? →
- ... o suicídio é a quarta principal causa de morte em adolescentes dos 15 aos 19 anos? →
- ... as perturbações emocionais e as alimentares são as mais prevalentes na adolescência? →
- ... 50% das perturbações diagnosticadas nos adultos surgem na adolescência? →

ADOLESCÊNCIA: UM PERÍODO CHEIO DE DESAFIOS E RISCOS PARA A SAÚDE MENTAL

- A adolescência é um mundo de oportunidades, mas também de desafios →
- A saúde mental dos adolescentes tem impacto para a vida →
- Os adultos próximos têm um papel preponderante →

É PRECISO ESTAR ATENTO AOS SINAIS DE ALERTA

- Perturbações emocionais e alimentares são as mais prevalentes →
- Alguns sinais de alerta no comportamento dos adolescentes →
- Mas alguns destes sinais de alerta não são "normais"? →

ESTRATÉGIAS E RECURSOS QUE O PODEM AJUDAR A AJUDAR

- O que pode fazer para ajudar →
- Ajude os adolescentes a reconhecerem as suas emoções →
- Ensine-lhes estratégias de regulação emocional →
- Recursos adicionais a que pode recorrer →

ALGUNS EXEMPLOS PRÁTICOS

- Se o jovem estiver com sintomas de ansiedade... →
- Se o jovem estiver com sintomas depressivos... →
- Se o jovem estiver com uma perturbação do comportamento alimentar →
- De forma global... →

RECOMENDAÇÕES PARA PAIS E PROFESSORES

- RECOMENDAÇÕES PARA PAIS
- RECOMENDAÇÕES PARA PROFESSORES

FIGURA 8.3
 Recursos disponibilizados pela FJN
 Fonte: *Website da FJN*



FIGURA 8.4
 Aplicação 29k FJN
 Fonte: *Website da FJN*

Apêndice 9 – Informação adicional ao *benchmarking* de campanhas de sensibilização no contexto nacional

Organização (: Campanha)	Tipo de organização	Missão da campanha/organização	Públicos-alvo da campanha/organização	Atividades desenvolvidas	Período de atuação	Links
Encontrar+se: UPA	OSFL (Associação com estatuto de IPSS)	Promover o entendimento e aceitação das doenças mentais na sociedade	Crianças, jovens e comunidade escolar – UPA <i>Kids</i> e UPA Faz a Diferença Sociedade em geral – UPA 08 e UPA Informa	<ul style="list-style-type: none"> • Ações de sensibilização (UPA <i>Kids</i> e UPA Faz a Diferença) • Realização de grupos de discussão (UPA Faz a Diferença) • Criação de um livro de autocolantes com mensagens sobre a saúde mental para serem espalhados pela comunidade (UPA Faz a Diferença) (Figura 9.1) • Produção de filmes, cartazes e músicas (UPA 08) (Figura 9.2 e Figura 9.3) • Disponibilização de recursos como mapas da rede nacional de serviços, fichas informativas sobre doenças mentais, notícias de parceiros nacionais internacionais, etc. (UPA Informa) (Figura 9.4) 	2007 - presente	https://www.encontrarse.pt/movimento-upa/movimento-upa-o-que-e/

<p>Encontrar+se: Mind at Work</p>		<p>Contribuir para o desenvolvimento de locais de trabalho promotores de bem-estar</p>	<p>Trabalhadores Organizações</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de diagnósticos relacionados com riscos psicossociais, <i>burnout</i>, inteligência artificial, literacia em saúde mental e realização de rastreios de saúde mental e mapas de talentos e <i>job crafting</i> individuais • Desenvolvimento de planos de ação adaptados à situação específica de cada organização • Organização de ações de sensibilização e workshops relacionados com a saúde mental e o bem-estar • Disponibilização de intervenção como apoio psicológico, grupos terapêuticos, <i>mindfulness</i> 	<p>Sem informação</p>	<p>https://www.encontrarse.pt/mind-at-work/missao/#</p>
<p>European Federation of Psychology Student's Associations: Mind the Mind Portugal</p>	<p>OSFL (Federação)</p>	<p>Promoção da educação sobre saúde mental e combate ao estigma associado às doenças mentais</p>	<p>Sociedade em geral</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Publicação de conteúdos informativos nas redes sociais (Figura 9.5) • Dinamização de <i>workshops</i> 	<p>2020 - presente</p>	<p>https://www.instagram.com/mindthemindportugal/</p>
<p>ManifestaMente</p>	<p>OSFL (Associação)</p>	<p>Promover a saúde mental, inspirando a sociedade a falar sobre o tema e a encontrar soluções criativas para a sua melhoria</p>	<p>Sociedade em geral</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Publicação de conteúdos informativos nas redes sociais (Figura 9.5) • Criação do “Kit Básico de Saúde Mental” – sessões formação <i>online</i> • Desenvolvimento do programa “Capacitação de Dinamizadores Locais pela Saúde Mental” – ações destinadas a pessoas que querem 	<p>2017 - presente</p>	<p>https://www.manifestamente.org/</p>

				<p>contribuir para melhorar a saúde mental da sua comunidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criação de um <i>podcast</i> • Desenvolvimento de conteúdos pedagógicos de sensibilização para crianças • Realização de uma canção com vídeo • Disponibilização de recursos informativos no seu <i>website</i> • Investigação sobre saúde mental • Organização de conferências 		
The Pineapple Mind	OSFL (Associação)	Sensibilizar a população para a saúde mental	Sociedade em geral	<ul style="list-style-type: none"> • Publicação de conteúdos informativos nas redes sociais (Figura 9.5) • Dinamização de <i>workshops</i> 	2019 - presente	https://www.instagram.com/thepineapplemind/

TABELA 9.1

Tipo, missão, públicos-alvo, atividades desenvolvidas, período de atuação e links das organizações incluídas no *benchmarking* de campanhas de sensibilização no contexto nacional

Fonte: Elaboração Própria

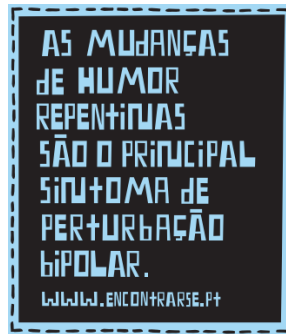
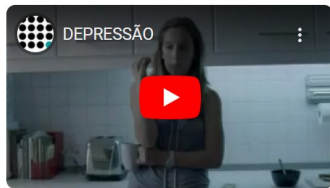
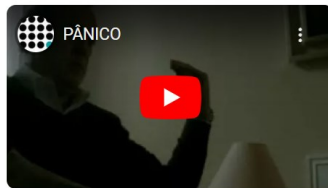


FIGURA 9.1
Exemplo de autocolante disponibilizado pela ENCONTRAR+SE
Fonte: Website da ENCONTRAR+SE



Depressão



Pânico

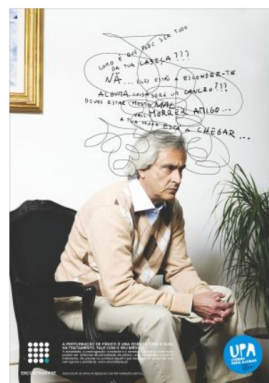


Esquizofrenia

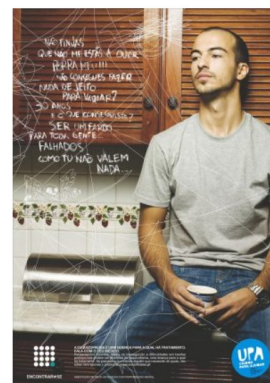
FIGURA 9.2
Exemplos de vídeos disponibilizados pela ENCONTRAR+SE
Fonte: Website da ENCONTRAR+SE



Depressão



Pânico



Esquizofrenia

FIGURA 9.3
Exemplos de cartazes criados pela ENCONTRAR+SE
Fonte: Website da ENCONTRAR+SE

ROTINAS

ESTE PERÍODO DE QUARENTENA EM FAMÍLIA PODE SER ÓTIMO MAS CERTAMENTE QUE TRAZ E IMPLICA DESAFIOS

ROTINAS EM FAMÍLIA
A previsibilidade das rotinas dão nos segurança e estabilidade. As crianças não são exceção também.

É SUPOSTO QUE AS ROTINAS NÃO TRAZAM SEGURANÇA, NÃO É SUPOSTO QUE NÃO TRAZAM ANSIEDADE
Por muito que entendamos a importância de manter as rotinas, é importante também não perdermos de vista um ingrediente fundamental da parentalidade e sensibilidade às necessidades da criança e a consequente flexibilidade.

MARKAR OS PRINCIPAIS MOMENTOS DO DIA
É importante manter uma hora para acordar e dormir, para as principais refeições e para os principais tarefas escolares, tarefas domésticas, etc.

HORÁRIO - ROTINA EM TELETRABALHO

8h00

- ACORDAR
- BANHO, HIGIENE E APELIDO PESSOAL (isto varia se como se fosse sair de casa)
- RESUMO-ALMOÇO

8h50

- ORGANIZAR A ÁREA DE TRABALHO

9h00

- INÍCIO DO TRABALHO

11h00

- PAUSA PARA CAFÉ (isto: aprende para aprender para não fazer alongamentos, ir até à cozinha)

12h30

- PREPARAR O ALMOÇO (isto: selecionar o prato no dia anterior pode ajudar a poupar algum tempo)
- AUTOCARE

14h00

- RETOCAR O TRABALHO

16h00 - 16h15

- PAUSA PARA LANCHE

18h00

- FIM DO DIA DE TRABALHO

18h15

- ATIVIDADE FÍSICA (ex. pilates, yoga, ioga de exercícios)

19h00

- PREPARAÇÃO DO JANTAR E JANTAR (isto: se possível, preparar o jantar com antecedência)

21h30

- VIDEOCHAMADA COM UM FAMILIAR OU AMIGO
- VER TV (SÉRIE OU FILME), SER, OUVIR MÚSICA, (isto: escolha algo alegre e positivo)

23h30

- DORMIR

DICAS

Se fizer alguns telefonemas agradáveis para lembrar a si mesmo

Adote uma prática de meditação. O objetivo: equilibrar o sistema nervoso e as técnicas de relaxamento, mindfulness ou yoga ajudam a relaxar, se praticadas com regularidade.

Se possível, selecione uma casa de trabalho independente das zonas de trânsito de trânsito e focar-se melhor durante o trabalho e de "desligar" ao fim do dia

Se possível, faça de setting (ex. sala de escritório e em casa e fora)

ENCONTRAR+SE

CUIDE DE SI

SEJA GENTIL CONSIGO MESMO
Aprender que estar sozinho não é uma emoção desagradável com maior frequência

MANTENHA A ROTINA
Tente manter o seu horário habitual de acordar, alimentar, trabalhar, de refeições e sono. Isto ajuda significativamente a manter uma sensação de normalidade.

REALIZE ATIVIDADES PRAZEROSAS (E PARA AS QUAIS TEM POUCO TEMPO)
Uma vez por semana, vá a um jardim, parque ou ao trabalho, arranje uma divisão da casa ou uma sala nova, leve a roupa para uma passada.

ALIMENTE-SE DE FORMA SAUDÁVEL
Faça uma alimentação completa, variada e equilibrada, obtendo a energia necessária para o dia a dia. Previna-se alimentando-se em fibras e com baixo teor de gordura.

EVITE AUTOMEDICAR-SE
Evite recorrer a medicamentos sem receita para lidar com a ansiedade, preocupação ou tristeza.

MANTENHA-SE FÍSICAMENTE ATIVO
O exercício ajuda a reduzir o stress e a melhorar o humor.

PRATIQUE RELAXAMENTO/MEDITAÇÃO
Praticar ajuda a reduzir o stress, permitindo que se torne zen. Também reforça o sistema imunológico, aumenta a capacidade de concentração, melhora a qualidade de vida.

FIGURA 9.4
Exemplos de materiais disponibilizados no *website* da ENCONTRAR+SE
Fonte: *Website* da ENCONTRAR+SE

O que é o Burnout?

Estado de exaustão física, emocional e mental causado pela exposição prolongada a situações de elevada exigência emocional no local de trabalho.

no site manifestaMente

Como ajudar quem não quer ser ajudado?

O IMPACTO DA UTILIZAÇÃO DA INTERNET NA SAÚDE MENTAL

FIGURA 9.5
Exemplos de publicações nas redes sociais da Mind the Mind Portugal, ManifestaMente e The Pineapple Mind, respetivamente
Fonte: Instagram das organizações

Apêndice 10 - Informação adicional ao *benchmarking* de campanhas de sensibilização no contexto internacional

Organização	País de atuação	Missão da campanha/movimento	Públicos-alvo da organização	Atividades desenvolvidas	Período de atuação	Links	Observações
Beyond Blue	Austrália	Aumentar a consciencialização e reduzir o estigma acerca de temas como a depressão, ansiedade e suicídio e encorajar os indivíduos que necessitam a pedir ajuda	Sociedade em geral	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilização de recursos (textos, vídeos, artigos, etc.) de informação sobre doenças mentais (definição, sintomas, tratamentos, estatísticas, etc.) e outros tópicos que afetam a saúde mental (Figura 10.1) • Apresentação de testes e/ou listas de verificação de sintomas • Apresentação de testemunhos (Figura 10.2) • Apresentação de estratégias para manter o bem-estar/saúde mental (Figura 10.1) • Divulgação de informações sobre como obter ajuda e/ou como ajudar outros (contactos úteis, listas de profissionais, 	2000 - Presente	https://www.beyondblue.org.au/	

				<p>tipo de ajuda a procurar, grupos de suporte, dicas para abordar alguém a experienciar desafios a nível mental, etc.) (Figura 10.1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criação de fóruns/comunidades onde indivíduos partilham experiências relacionadas com a saúde mental • Criação de uma aplicação de prevenção de suicídio (Figura 10.3) • Disponibilização de uma opção para comunicar com um conselheiro • Apresentação de um programa de <i>coaching</i> de saúde mental <i>online</i> (NewAccess) 			
<p>DepressionH urts.ca</p>	<p>Canadá</p>	<p>Oferecer conteúdo educacional, que aumente a consciencialização e que ofereça suporte relacionado com a saúde mental às famílias canadianas</p>	<p>Sociedade em geral</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilização de recursos (textos, vídeos, artigos, estatísticas, etc.) de informação sobre doenças mentais (definição, sintomas, tratamentos, etc.) e outros tópicos que afetam a saúde mental • Apresentação de testes e/ou listas de verificação de sintomas • Apresentação de estratégias para manter o bem-estar/saúde mental • Apresentação de recursos sobre como desenvolver um plano de ação • Divulgação de informações sobre como obter ajuda e/ou como ajudar outros (contactos úteis, listas de profissionais, 	<p>Sem informação</p>	<p>https://depressionhurts.ca/en/ https://mdsc.ca/</p>	<p>Website independente criado pela Mood Disorders Society of Canada</p>

				tipo de ajuda a procurar, grupos de suporte, dicas para abordar alguém a experienciar desafios a nível mental, etc.)			
Mental Health America	EUA	Promover a saúde mental como parte crítica do bem-estar geral, ao incluir serviços de prevenção para todos e identificação precoce e intervenção para pessoas em risco	Sociedade em geral	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilização de recursos (textos, vídeos, artigos, estatísticas, etc.) de informação sobre doenças mentais (definição, sintomas, tratamentos, etc.) e outros tópicos que afetam a saúde mental • Apresentação de estratégias para manter o bem-estar/saúde mental • Divulgação de informações sobre como obter ajuda e/ou como ajudar outros (contactos úteis, listas de profissionais, tipo de ajuda a procurar, grupos de suporte, dicas para abordar alguém a experienciar desafios a nível mental, etc.) • Apresentação de informação relacionada com temas legais • Realização de campanhas de sensibilização (IDONTMIND), conferências e <i>webinars</i> sobre a saúde mental 	1909 - Presente	https://mhanational.org/	
Mental Health Foundation	Nova Zelândia	Construir uma sociedade sem discriminação, onde todas as pessoas experienciem uma saúde mental positiva e bem-estar	Sociedade em geral	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilização de recursos (textos, vídeos, artigos, estatísticas, etc.) de informação sobre doenças mentais (definição, sintomas, tratamentos, etc.) e outros tópicos que afetam a saúde mental 	1974 - Presente	https://mentalhealth.org.nz/about	

of New Zealand		através da melhoria dos indivíduos, famílias, organizações e comunidades		<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação de testemunhos • Apresentação de estratégias para manter o bem-estar saúde mental • Divulgação de informações sobre como obter ajuda e/ou como ajudar outros (contactos úteis, listas de profissionais, tipo de ajuda a procurar, grupos de suporte, dicas para abordar alguém a experienciar desafios a nível mental, etc.) 			
Mental Health UK	Reino Unido	Providenciar suporte e serviços relacionados com a doença mental e com temas que afetam a saúde mental	Sociedade em geral	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilização de recursos (textos, vídeos, artigos, estatísticas, etc.) de informação sobre doenças mentais (definição, sintomas, tratamentos, etc.) e outros tópicos que afetam a saúde mental • Apresentação de testemunhos • Apresentação de estratégias para manter o bem-estar saúde mental • Divulgação de informações sobre como obter ajuda e/ou como ajudar outros (contactos úteis, listas de profissionais, tipo de ajuda a procurar, grupos de suporte, dicas para abordar alguém a experienciar desafios a nível mental, etc.) • Criação de fóruns/comunidades onde indivíduos partilham experiências relacionadas com a saúde mental 	2016 - Presente	https://mentalhealth-uk.org/	É uma organização criada por 4 instituições de caridade (Rethink Mental Illness, Change Mental Health, Adferiad Recovey e Mind Wise)

				<ul style="list-style-type: none"> • Criação de linhas de apoio que oferecem aconselhamento e informação a indivíduos • Oferta de suporte de proteção à saúde mental (relacionado com dinheiro, habitação, etc.) • Disponibilização de programas de treino sobre saúde mental em locais de trabalho • Desenvolvimento de <i>workshops</i> em escolas e universidades 			
Mind	Inglaterra e País de Gales	Disponibilizar aconselhamento e apoio a todos os indivíduos que experienciam problemas de saúde mental	Sociedade em geral	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilização de recursos (textos, vídeos, artigos, estatísticas, etc.) de informação sobre doenças mentais (definição, sintomas, tratamentos, etc.) e outros tópicos que afetam a saúde mental (Figura 10.1) • Apresentação de testemunhos • Apresentação de estratégias para manter o bem-estar saúde mental (Figura 10.1) • Divulgação de informações sobre como obter ajuda e/ou como ajudar outros (contactos úteis, listas de profissionais, tipo de ajuda a procurar, grupos de suporte, dicas para abordar alguém a experienciar desafios a nível mental, etc.) (Figura 10.1) 	1946 - Presente	https://www.mind.org.uk/	

				<ul style="list-style-type: none"> • Criação de fóruns/comunidades onde indivíduos partilham experiências relacionadas com a saúde mental • Apresentação de informação relacionada com temas legais • Oferta de aconselhamento e suporte legal • Disponibilização de recursos para melhorar a saúde mental no trabalho • Desenvolvimento de parcerias para a criação de um <i>website</i> focado na saúde mental no trabalho • Desenvolvimento de iniciativas em parceria com outras organizações (saúde mental em zonas rurais e com pacientes internados, angariações de fundos, campanhas contra o estigma e discriminação, etc.) 			
ReachOut Australia	Australia	Conectar e apoiar jovens, as suas famílias e a comunidade escolar, através de serviços de saúde mental <i>online</i>	Jovens, famílias e comunidades escolares	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilização de recursos (textos, vídeos, artigos, estatísticas, etc.) de informação sobre doenças mentais (definição, sintomas, tratamentos, etc.) e outros tópicos que afetam a saúde mental (Figura 10.1) • Apresentação de testes e/ou listas de verificação de sintomas de forma a obter ajuda mais personalizada 	1998 - Presente	https://au.reachout.com/	

				<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação de estratégias para manter o bem-estar saúde mental (Figura 10.1 e Figura 10.2) • Apresentação de informação sobre como criar um plano de ação de saúde mental • Divulgação de informações sobre como obter ajuda e/ou como ajudar outros (contactos úteis, listas de profissionais, tipo de ajuda a procurar, grupos de suporte, dicas para abordar alguém a experienciar desafios a nível mental, etc.) (Figura 10.1 e Figura 10.2) • Criação de fóruns/comunidades onde indivíduos partilham experiências relacionadas com a saúde mental • Apresentação de listas com ferramentas e aplicações de outras organizações a serem utilizadas para melhorar a saúde mental (Figura 10.4) • Disponibilização de recursos para construção de capacidades importantes para pais comunicarem com jovens a experienciar desafios mentais (Figura 10.5) • Disponibilização de recursos a serem aplicados em sala de aula (Figura 10.6) • Apresentação de programas que ajudam professores a compreender melhor os 			
--	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

				estudantes e como os ajudar e ferramentas para entender e melhorar o bem-estar do próprio professor			
Time to Change	Inglaterra	Ajudar líderes em locais de trabalho, no ensino e em comunidades a alcançar a mudança e desafiar o estigma relacionado com a saúde mental	Jovens do ensino secundário e comunidade escolar Trabalhadores Organizações Países em desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilização de recursos a serem utilizados por escolas e locais de trabalho • Apresentação de testemunhos • Divulgação de informações sobre como obter ajuda e/ou como ajudar outros (contactos úteis, listas de profissionais, tipo de ajuda a procurar, grupos de suporte, dicas para abordar alguém a experienciar desafios a nível mental, etc.) • Criação de parcerias com órgãos públicos, organizações do setor voluntário e pessoas com problemas mentais • Criação de campanhas de saúde mental em países em desenvolvimentos 	2007-2021	https://www.time-to-change.org.uk/	Movimento liderado pela Rethink Mental Illness e Mind

TABELA 10.1

País de atuação, missão, públicos-alvo, atividades desenvolvidas, período de atuação, links e observações das organizações incluídas no *benchmarking* de campanhas de sensibilização no contexto internacional

Fonte: Elaboração Própria



Figura 10.1
Exemplos de publicações no Instagram da Beyond Blue, Mind e ReachOut Australia, respetivamente
Fonte: Instagram das organizações

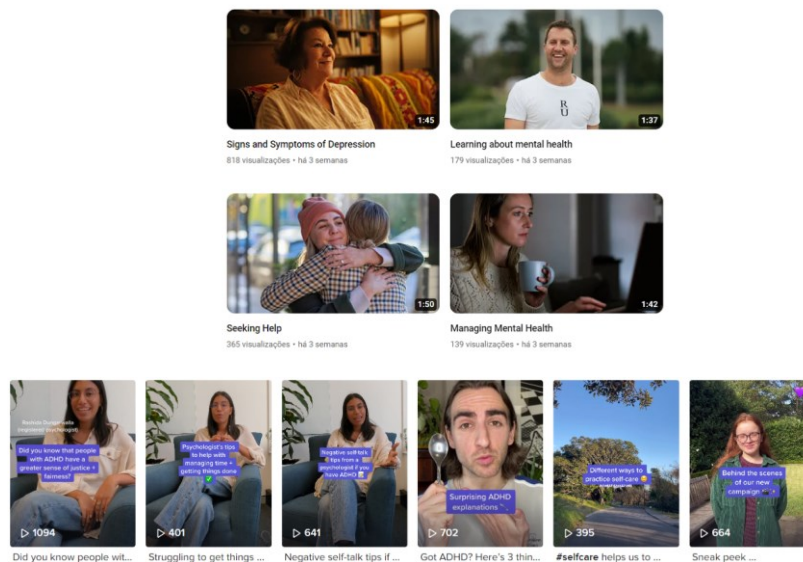


Figura 10.2
Exemplos de publicações no Youtube da Beyond Blue e Tiktok da ReachOut Australia
Fonte: Youtube e Tiktok das organizações

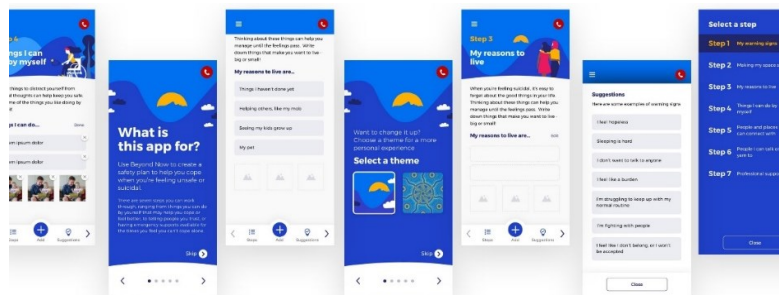


FIGURA 10.3
Aplicação Beyond Now
Fonte: Website da Beyond Blue

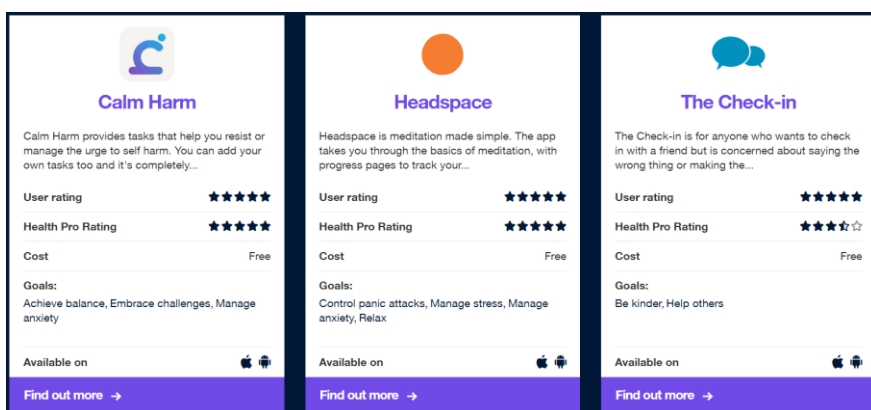


FIGURA 10.4
 Aplicações apresentadas pela ReachOut Australia que ajudam a saúde mental
 Fonte: *Website* da ReachOut Australia

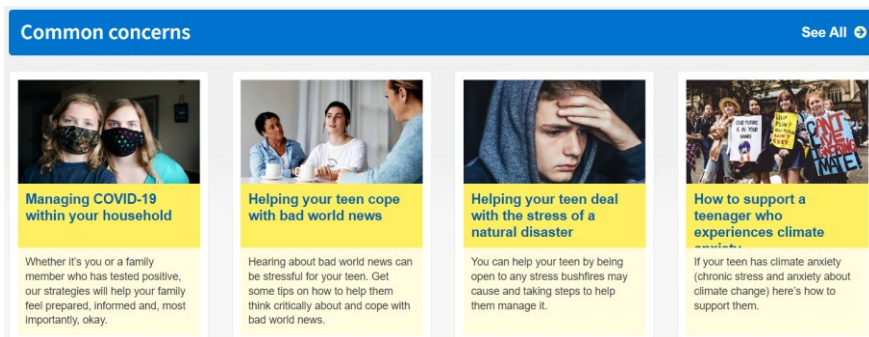


Figura 10.5
 Recursos para pais disponíveis no *website* da ReachOut Australia
 Fonte: *Website* da ReachOut Australia

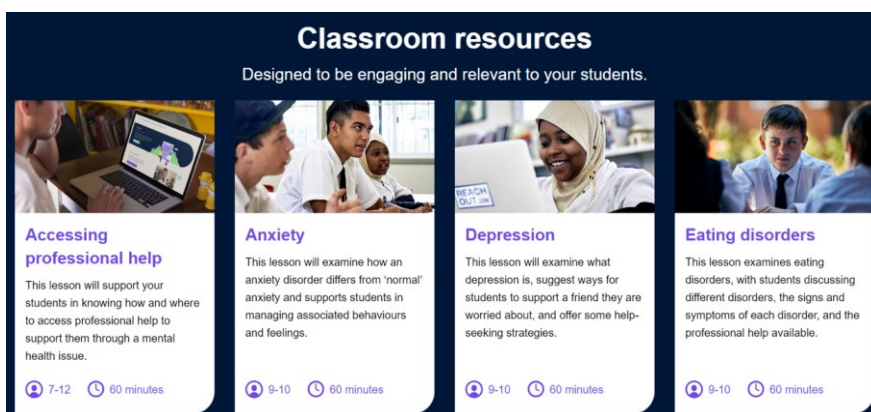


FIGURA 10.6
 Recursos a serem aplicados em sala de aula disponíveis no *website* da ReachOut Australia
 Fonte: *Website* da ReachOut Australia

Apêndice 11 – Informações adicionais às estratégias de comunicação propostas

Neste apêndice apresentam-se o modo de atuação, algumas observações e as fases do *Transtheoretical Model of Change* trabalhadas por cada uma das estratégias de comunicação propostas ao CHCF. Seguidamente, demonstram-se os seus planos de implementação e um cronograma que inclui todas as sugestões, de modo a apresentar a sua organização temporal. Finalmente, encontram-se os critérios para a avaliação das propostas, bem como uma nota final às etapas da orçamentação e das estratégias de mitigação.

Estratégia	Modo de atuação	Observações	Fases do TTM trabalhadas
1. Campanhas de sensibilização em universidades	Inicialmente, as campanhas seriam realizadas em parceria com uma organização com a qual o CHCF tivessem algum tipo de relações, como é o caso da Universidade Católica Portuguesa (estratégia 1) e o Banco Carregosa (estratégia 2), criando uma espécie de projeto-piloto. Posteriormente, seriam realizadas avaliações e levantamentos de propostas de melhorias no processo, que possibilitariam a implementação das campanhas noutras organizações.	As campanhas poderiam ser realizadas presencialmente ou através de <i>webinars</i> .	Pré-contemplação Contemplação
2. Campanhas de sensibilização em locais de trabalho		Os oradores seriam profissionais do CHCF. Os recursos apresentados nas sessões deveriam ser disponibilizados numa plataforma do CHCF, pelo que as estratégias poderiam ser acompanhadas da criação de uma nova página no <i>website</i> do CHCF, que tanto serviria como depósito de recursos como faria publicidade às campanhas. Temas como mitos e verdades sobre a saúde mental, assuntos e doenças mais comuns nos jovens/trabalhadores (ansiedade, <i>burnout</i> , depressão, suicídio, equilíbrio entre vida pessoal e profissional, construção de um ambiente de trabalho saudável, etc.), sinais de doença mental, como procurar ajuda profissional, como identificar problemas de saúde mental nos estudantes/trabalhadores, como abordar e ajudar alguém com um	

		problema mental e a apresentação de recomendações e estratégias para o aumento do bem-estar poderiam ser temas a abordar.	
3. Aliança Portuguesa Para Promoção Da Saúde Mental No Local de Trabalho [ASM]	-	A ASM tem como missão contribuir para a diminuição do estigma que existe em torno da doença mental e para a adoção de práticas e modelos de trabalho promotores da saúde mental.	Pré-contemplação Contemplação
4. Recursos informativos para a comunidade	Numa etapa inicial, a página pode apenas conter mensagens mais direcionadas para as fases iniciais do modelo, por esta ser a maior necessidade atual da população. Ao longo do tempo, deve evoluir com mais recursos, que comuniquem com indivíduos em fases mais avançadas.	Tendo em conta o tipo de informação e de forma a assegurar que a mesma é correta, seria necessário que os conteúdos fossem elaborados por profissionais.	Pré-contemplação Contemplação Preparação Ação Manutenção (dependendo do conteúdo da informação)
5. Redes sociais	A estratégia 4 surge como aliada, já que apenas seria necessário adaptar as informações presentes no <i>website</i> ao tipo de publicações feitas nas redes sociais. Tal como na estratégia anterior, as mensagens podem focar-se nas primeiras fases do TTM. Contudo, posteriormente, a comunicação deve abranger também fases mais avançadas.	<p>A publicações poderiam conter breves explicações de certas doenças, os seus sintomas, os tratamentos disponíveis, etc.</p> <p>No Instagram poderiam ser realizadas as mesmas publicações do Facebook, dada a possibilidade de interligar facilmente as páginas.</p> <p>Poderiam ainda ser publicadas mensagens motivacionais curtas sobre a saúde mental, de modo a existir uma oportunidade de serem partilhadas rapidamente por seguidores da página.</p> <p>Na página do Tiktok poderiam ser publicados vídeos sobre a saúde mental referentes à informação publicada nas outras redes sociais e a entrevistas realizadas pelo GMC a profissionais.</p>	Pré-contemplação Contemplação Preparação Ação Manutenção (dependendo do conteúdo da informação)

6. Publicidade outdoor	Esta estratégia também pode ser adaptada a várias fases do TTM, sendo que as da pré-contemplação e contemplação mostram-se, no momento, as prioritárias.	Cada mensagem poderia estar relacionada com uma doença e a sua prevalência na população. Além disso, poderia ser apresentada a oferta do CHCF em resposta a esse desafio mental.	Pré-contemplação Contemplação Preparação Ação Manutenção (dependendo do conteúdo da informação)
7. Parcerias com organizações para descontos em consultas e/ou tratamentos	Os descontos poderiam ser oferecidos a colaboradores ou estudantes de organizações com quem o CHCF tivesse parcerias, nomeadamente, com aqueles que beneficiaram das estratégias das campanhas universitárias e em locais de trabalho.	Os descontos poderiam incidir apenas nas primeiras consultas e/ou sessões de tratamento ou incluir subsequentes, sendo a escolha depende da sustentabilidade económica do desconto.	Preparação Ação
8. Propostas de melhoria do website	-	-	Preparação Ação

TABELA 11.1

Modo de atuação, observações e fases do TTM trabalhadas das estratégias propostas para o CHCF

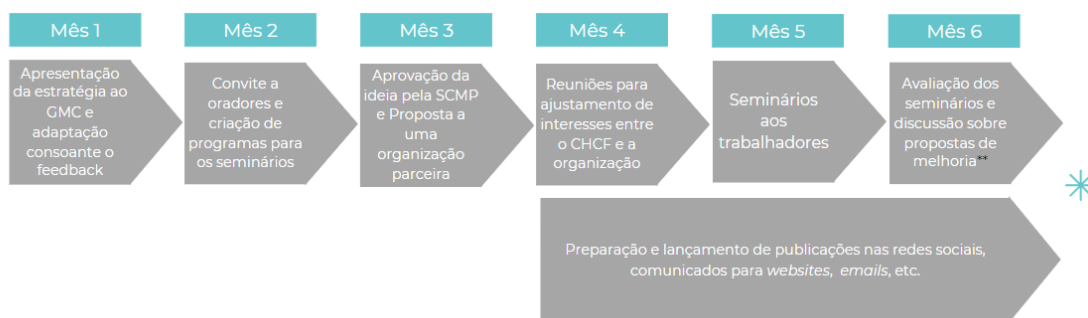
Fonte: Elaboração Própria

Seguidamente, são apresentados os planos de implementação para as estratégias acima propostas.



- * Necessidade de avaliação de todo o processo para implementação noutras universidades/escolas
- ** Implementação de questionários de forma a obter feedback do público alvo

FIGURA 11.1
 Plano de implementação da estratégia 1
 Fonte: Elaboração Própria



- * Necessidade de avaliação de todo o processo para implementação noutras organizações
- ** Implementação de questionários de forma a obter feedback do público alvo

FIGURA 11.2
 Plano de implementação da estratégia 2
 Fonte: Elaboração Própria

Note-se que, tanto na estratégia 1 como na 2, as fases referentes ao mês 1 e 2 já não são necessárias aquando da implementação das campanhas noutras organizações, fazendo com que a duração de implementação seja apenas 5 e 4 meses, respetivamente.

O único passo conhecido sobre a implementação da estratégia de entrada na ASM é o preenchimento de um formulário presente no *website* da aliança. Após esta etapa, a candidatura da organização é submetida a uma avaliação, tornando ou não possível a admissão do CHCF.

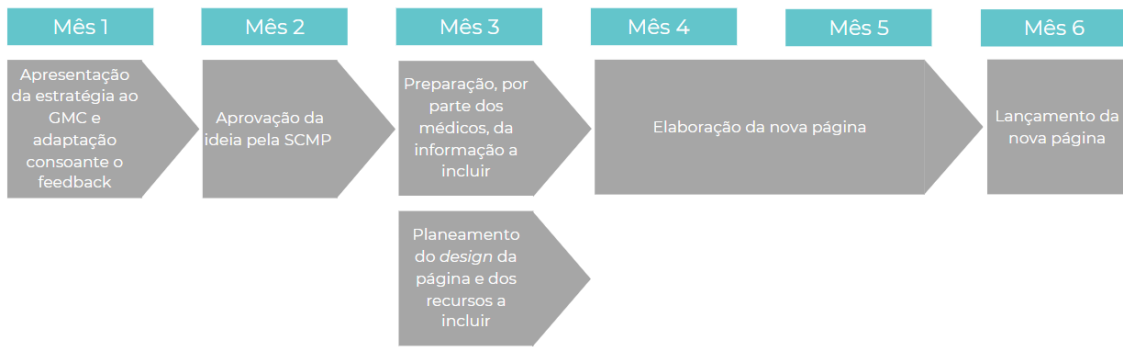


FIGURA 11.3
Plano de implementação da estratégia 4
Fonte: Elaboração Própria

No caso da estratégia sobre as redes sociais, não existe necessariamente um plano de implementação, no sentido em que a sua concretização mostra-se bastante simples. O CHCF deve, no entanto, preocupar-se com a veracidade da informação, com a periodicidade das publicações e com a adaptação das mesmas a cada canal de comunicação.

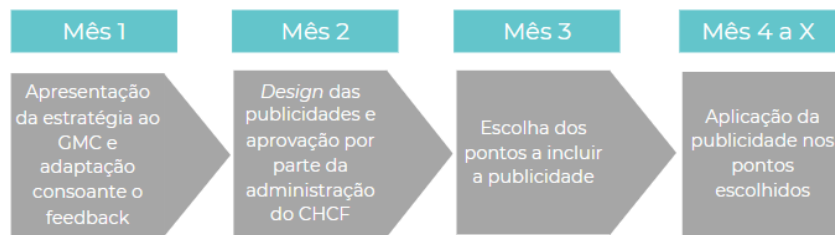


FIGURA 11.4
Plano de implementação da estratégia 6
Fonte: Elaboração Própria

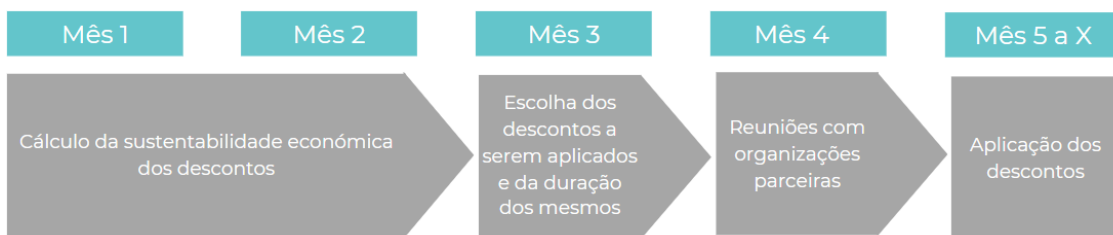


FIGURA 11.5
Plano de implementação da estratégia 7
Fonte: Elaboração Própria

As estratégias propostas para a melhoria do *website* foram, durante o estágio, propostas ao Conselho Executivo do CHCF. Posteriormente, o GMC avaliou-as, realizando pedidos de

alteração conforme algumas estratégias e de orçamentação relativos às restantes aos departamentos responsáveis por essas atividades, daí não ser apresentado um plano de implementação neste TFM.

De seguida, surge um cronograma onde se apresentam todas as estratégias.

Estratégia	1º T	2º T	3º T	4º T	5º T	6º T	7º T	8º T	9º T	10º T	11º T	12º T	13º T
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													

T - Trimestre


 - Implementação da estratégia nesse trimestre

FIGURA 11.6

Cronograma das estratégias de comunicação propostas

Fonte: Elaboração Própria

Tal como se verifica, as estratégias 1 e 2, prolongam-se até ao 12º trimestre, pela possibilidade de se realizarem as campanhas em inúmeras organizações e da consciencialização da população não ser algo alcançado rapidamente. Além disso, os temas nelas presentes podem ser adaptados à evolução das perceções da população portuguesa quanto à saúde mental. As estratégias dos recursos no *website* (4), das redes sociais (5), e de publicidade *outdoor* (6) apresentam-se até ao final do cronograma, dada a oportunidade de criação de conteúdos ajustados a todas as etapas do TTM. Por fim, devido ao seu foco nas fases de preparação e ação, a estratégia 7 só deve ser aplicada após algum esforço de consciencialização, daí o seu início no 13º trimestre. A duração deve depender da sustentabilidade económica dos descontos.

Critério para avaliação das estratégias

Com o intuito de se avaliar a eficácia da comunicação realizada através das estratégias apresentadas, ou seja, os seus resultados e impacto na população, sugerem-se os critérios presentes na tabela abaixo como ferramentas de avaliação e controlo do desempenho.

Estratégia	Crerios de avaliação
1	Número de sessões realizadas Número de pessoas presentes nas sessões
2	Comparação de conhecimentos dos participantes através de breves avaliações iniciais e finais nas sessões
3	-
4	Número de recursos disponibilizados Número de visitantes da página
5	Número de publicações realizadas Número de seguidores/visitantes dos perfis Número de gostos, comentários e partilhas
6	-
7	Número de descontos utilizados
8	Número de visitantes do <i>website</i> Número de marcações <i>online</i>

TABELA 11.2

Crerios para a avaliação das estratégias de comunicação

Fonte: Elaboração Própria

Orçamentação e estratégias de mitigação

Não obstante  importância das etapas de orçamentação e de estratégias de mitigação, pela sua orientação e resposta a situações adversas que podem ocorrer, estas não foram incluídas no presente trabalho. Tal justifica-se por não se ter verificado a oportunidade de apresentar todas as estratégias de comunicação ao CHCF, o que resultou numa falta de *feedback* quanto ao interesse da organização em implementá-las.