



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL – ESTUDO
PILOTO SOBRE CONHECIMENTOS, ESTIGMA E
NECESSIDADES RELATIVAS A QUESTÕES DE
SAÚDE MENTAL, JUNTO DE ALUNOS DO 9º ANO
DE ESCOLARIDADE**

Dissertação apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para a obtenção
do grau de Mestre em Psicologia

Especialização em: Psicologia Clínica e da Saúde

por

Miriam Estrela Martins Aflalo Medina

Faculdade de Educação e Psicologia

Janeiro, 2013



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL – ESTUDO
PILOTO SOBRE CONHECIMENTOS, ESTIGMA E
NECESSIDADES RELATIVAS A QUESTÕES DE
SAÚDE MENTAL, JUNTO DE ALUNOS DO 9º ANO
DE ESCOLARIDADE**

Dissertação apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para a obtenção
do grau de Mestre em Psicologia

Especialização em: Psicologia Clínica e da Saúde

por

Miriam Estrela Martins Aflalo Medina

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Luísa Campos

Faculdade de Educação e Psicologia

Janeiro, 2013

AGRADECIMENTOS

À professora Luísa Campos que ao longo deste percurso me inspirou pelo seu profissionalismo e dedicação constante à promoção de saúde mental e me permitiu somar sucessivas aprendizagens. Pela sua disponibilidade, pela confiança demonstrada aliada aos desafios que me proporcionou.

A toda a equipa do projeto “Abrir Espaço à Saúde Mental”. À professora Elisa Veiga pelo seu apoio. Ao Júlio e à Inês pelos momentos de partilha e troca de ideias. À Ana Isabel pela sua disponibilidade constante.

A todos os professores que durante estes cinco anos contribuíram para a minha formação e, por isso, permitiram a concretização deste trabalho.

À minha família, pelo pilar determinante que representa na minha vida. Aos meus pais, irmão e avós pelos momentos em que me apoiaram e me fizeram enfrentar os desafios que surgiam, pelos ensinamentos que me dão todos os dias e pelo orgulho que sentem em mim.

Aos meus amigos, pela forma como me inspiram e pela compreensão que têm manifestado. Pelo apoio que me conferem e pelos momentos que vivemos que deram maior significado a todo este percurso.

RESUMO

Nos últimos anos, tem sido verificado o aumento da prevalência das perturbações mentais, em particular nos mais jovens, estimando-se que 1 em cada 5 adolescentes poderão desenvolver uma perturbação mental (OMS, 2001; Stuart, 2006; Noryhamptonshire County Council, 2007). A falta de conhecimentos adequados acerca das questões de saúde mental (Stuart, 2006) é uma realidade que engloba o público em geral, porém os jovens são considerados o público-alvo de eleição para as ações de promoção de saúde mental, uma vez que serão a próxima geração de profissionais e prestadores de cuidados.

Nesse sentido, as intervenções sustentadas pelos conceitos de literacia em saúde mental e estigma apresentam maiores níveis de eficácia (Rickwood, Cavanagh, Curtis & Sakrouge, 2004; Campos & Palha, 2010). Importa investir neste tipo de iniciativas, já que a saúde mental assume um papel preponderante na manutenção da prosperidade, estabilidade social e económica dos países europeus (OMS, 2010).

A presente investigação, integrada no projeto “*Abrir Espaço á Saúde Mental*”, apresenta como objetivo geral a exploração dos conhecimentos, do estigma e das necessidades demonstradas por adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade.

Foi realizado um *focus groups*, a partir de um guião previamente construído e uma ficha sociodemográfica, junto de 11 jovens. Os discursos dos jovens foram analisados segundo os princípios da “Análise de Conteúdo”, possibilitando a construção de um sistema de categorias. Os principais resultados obtidos indicaram um nível de literacia em saúde mental satisfatório, o que parece relacionar-se com discursos menos estigmatizantes. Relativamente às ações pró-saúde mental, os participantes demonstraram interesse na aquisição de mais conhecimentos sobre o tema tendo contribuído com sugestões para a configuração das mesmas.

Os resultados da presente dissertação contribuem para a construção do questionário de avaliação da literacia em saúde mental e para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde mental integradas no projeto “*Abrir espaço à saúde mental*”.

ABSTRACT

In view of the increasing prevalence of mental disorders, especially in the Youngers, it is estimated that 1 in 5 teenagers will develop a mental disorder (WHO, 2001; Stuart, 2006; Noryhamptonshire County Council, 2007). For this reason and due to lack of adequate knowledge of mental health issues (Stuart, 2006), young people are considered the main target audience for actions to promote mental health, since they represent the next generation of professionals and care providers

Thus, interventions, sustained by the concepts of mental health literacy and stigma have higher levels of efficacy Rickwood, Cavanagh, Curtis & Sakrouge, 2004; Fields & Straw, 2010); contributing to the maintenance of prosperity, social and economic stability of countries in the coming decades (WHO, 2010).

This research is integrated into the project "*Finding Space to Mental Health*" and the general objective is the exploration of knowledge, stigma and needs demonstrated by adolescents attending the 9th grade.

The method for collecting data in this work was done through a focus group, based in a previously constructed script and a socio-demographic data sheet filled in by 11 youngsters. The speeches were analyzed according to the principles of "*Content Analysis*" which led to the construction of a system of categories.

The main outcomes measured, showed that these young people have a level of satisfactory mental health literacy, which seems to be reflected in the lower incidence of stigma in their speeches. Regarding the actions pro-mental health, participants show up interested in obtaining more knowledge on the topic and contribute suggestions for setting them.

Índice

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	iv
Abstract.....	v
Introdução.....	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	2
1. Da saúde à perturbação mental nos jovens	2
2 Importância da promoção de saúde mental	5
3. Conceitos fundamentais para a promoção de saúde mental.....	6
3.1 Estigma.....	6
4. Intervenção em contexto escolar: estado da arte	11
4.1 Estado da arte Internacional.....	12
4.2 Estado de Arte em Portugal.....	15
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO.....	19
5. Metodologia	19
5.1 Objetivos Específicos.....	20
5.2 Questões de investigação.....	20
5.3 Participantes.....	21
5.4 Instrumentos.....	22
5.5 Procedimentos.....	24
6 Resultados.....	26
PARTE III - ANÁLISE, DISCUSSÃO E CONCLUSÃO DE RESULTADOS	33
7 Análise e Discussão dos Resultados	33
8 Conclusão.....	47
9. Referências bibliográficas	50

Índice de Anexos

Anexo 1: Consentimento Informado dos Encarregados de Educação

Anexo 2: Questionário Sóciodemográfico

Anexo 3: Consentimento Informado - Alunos

Anexo 4: Grelha de Monitorização

Anexo 5: Guião *Focus Group*

Anexo 6: Pedido de Autorização MIME

Anexo 7: Sistema de Categorias

Anexo 8: Árvore de Categorias

Siglas

CNPD – Comissão Nacional de Proteção de Dados

DGIEC – Direção Geral de Inovação e Enriquecimento Curricular

DREC - Direção Regional de Educação do Centro

OMS – Organização Mundial de Saúde

UPA – Unidos Para Ajudar

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2010), a saúde mental pode ser definida como um “estado de bem-estar em que o indivíduo percebe a sua própria capacidade, pode lidar com o *stress* normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz de trazer uma contribuição para a sua comunidade”.

Contudo, ao longo da vida, todas as pessoas experienciam mudanças no seu estado de saúde mental, designadamente problemas de saúde mental, que quando organizados em grau, intensidade e impacto significativo se revertem no diagnóstico de uma perturbação específica (Rethink,2008).Por conseguinte, as questões em torno da saúde mental têm recebido cada vez mais enfoque devido à crescente prevalência das perturbações mentais (Rethink, 2008), em particular, nos jovens (OMS, 2001). Nesse sentido, a promoção de saúde mental em adolescentes é um investimento que garante benefícios abrangentes à sociedade em geral (OMS, 2010).

A presente dissertação integra um projecto mais alargado denominado por “Abrir Espaço à Saúde Mental” que enuncia como objectivo geral a promoção de saúde mental junto de jovens. Ambas as investigações são centradas em dois conceitos principais: (1) literacia em saúde mental (Jorm, 1997) e (2) estigma (Corrigan, 2002).O objetivo geral do presente trabalho estudo centra-se na exploração dos conhecimentos, do estigma e das necessidades relativas às questões de saúde mental apresentadas por alunos do 9º ano de escolaridade. O presente estudo encontra-se dividido em três grandes partes: (I) Enquadramento Teórico, onde será realizada a revisão da literatura, abordando os conceitos de saúde e perturbação mental, promoção de saúde mental, estigma e literacia em saúde mental, bem como a intervenção em contexto escolar e a caracterização do estado de arte nacional e internacional; (II) Estudo Empírico onde constará a descrição da metodologia utilizada neste estudo, o respetivo objetivo geral e objetivos específicos, questões de investigação, participantes, instrumentos, procedimentos de recolha e análise de dados e os principais resultados; e por fim a (III) Análise, Discussão e Conclusão dos resultados do estudo, onde serão discutidas as questões de investigação e, posteriormente, serão apresentadas as conclusões do estudo, as suas limitações e propostas para futuras investigações.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O projeto “Abrir Espaço à Saúde Mental – Estudo piloto sobre conhecimentos, estigma e necessidades relativas a questões de saúde mental, junto de alunos do 9º ano de escolaridade” centra-se nos conhecimentos e no estigma face a questões de saúde mental. Dessa forma, a contextualização teórica deste trabalho é baseada na revisão bibliográfica em torno dos aspectos ligados à saúde mental e à promoção da mesma, incluindo a abordagem ao conceito de literacia em saúde mental, estigma e à referência a alguns programas desenvolvidos em contexto escolar junto de jovens.

1. Da saúde à perturbação mental nos jovens

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2001), a saúde mental define-se como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao *stress* normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere”. Esta condição assenta num estado dinâmico que envolve a componente física, mental, espiritual e social do indivíduo, não sendo apenas a ausência de doença tal como o conceito era definido inicialmente (Moreira, Melo, Crusellas & Melo, 2005). Efetivamente, os avanços nas áreas das neurociências e da medicina demonstram a relação entre a saúde mental e a saúde física proveniente de uma interação complexa entre factores biológicos, psicológicos e sociais (OMS, 2001).

A saúde mental permite perceber, compreender e interpretar o mundo que nos rodeia, bem como preservar a capacidade de nos adaptarmos às transformações que ocorrem no mundo em que vivemos. Facilita a comunicação com os outros e a manutenção de relações interpessoais, apresentando um papel preponderante na vivência do quotidiano de cada pessoa (Commers, 2002).

Tendo em conta a complexidade do conceito de saúde mental, este não pode ser definido somente pela ausência de perturbações mentais, sendo visto, atualmente, num *continuum* compreendido entre a saúde e a perturbação mental (OMS, 2004). Este *continuum* é marcado por mudanças provenientes de factores de várias ordens (financeiros, sociais, entre outros) (Lahtinen, Lehtinen, Riihonen, 1999). A influência negativa dessas alterações nas diferentes áreas de vida do indivíduo e a conseqüente provocação de mal-estar podem designar-se, segundo a literatura, por problemas de saúde mental que se diferenciam das perturbações mentais segundo o grau, severidade e impacto do mal-estar, mais evidente na perturbação mental (Rethink, 2008). Por sua vez, o conceito de perturbação mental é definido como uma condição que afeta o domínio cognitivo, emocional e comportamental da pessoa (Manderscheid, Ryff, Freeman, McKnight-Eily, Dhingra & Strine, 2010; APA, 2006).

A Organização Mundial de Saúde estima que, dos 870 milhões de indivíduos europeus, 130 milhões serão afetados por algum tipo de perturbação mental (WHO European, 2005). O valor anteriormente referido significa que aproximadamente uma em cada cinco pessoas irá desenvolver uma perturbação mental tratando-se, portanto, de um problema comum a todos os países capaz de afetar sujeitos de diferentes idades, níveis socioeconómicos e culturais (Hinshaw & Stier, 2008). Atendendo aos números que têm traduzido a prevalência de perturbações em crianças e jovens, entre os 5 e 15 anos de idade, estes sugerem que cerca de 10% são afetadas, o que significa que 1 em cada 5 jovens poderão vir a desenvolver uma perturbação mental (Stuart, 2006; Noryhamptonshire County Council, 2007).

Quanto ao contexto nacional, a constatação é similar aos restantes países da Europa, na medida em que se estima que cerca de 16,07% da população portuguesa seja afetada por uma perturbação mental (OMS, 2010), o que significa que uma grande percentagem de sujeitos estará em contacto com pessoas com doença mental. De acordo com os resultados preliminares do Estudo Epidemiológico de Morbilidade Psiquiátrica, realizado em 2010, sob a coordenação do Prof. Caldas de Almeida, Portugal constitui o país da Europa com maior prevalência de perturbações mentais, sendo que, em 2009, cerca de 23% dos portugueses tinha sido afetado por uma perturbação mental e, ao longo da vida, quase metade da população portuguesa (43%) já tinha passado pela experiência de uma perturbação mental. Não obstante, o referido estudo revela, ainda, que apenas 1,7% da população portuguesa com problemas de saúde mental tem acesso aos serviços públicos especializados (Público, 2010). Por outro lado, este estudo constatou que o baixo número de pessoas que procuram ajuda nestes serviços pode estar associado ao estigma e à vergonha de assumir uma perturbação mental. Porém, é importante realizar uma leitura destes dados com alguma precaução, na medida em que não é conhecida a metodologia seguida por esta investigação ainda por publicar.

Segundo o Plano Nacional de Saúde (2007-2016), a prevalência das perturbações mentais nos jovens tem aumentado, indicando que entre 15 e 20% de crianças e adolescentes sofrem de alguma perturbação mental (Direção Geral de Saúde, 2011). Durante o período da adolescência podem ocorrer diversos problemas de saúde mental, sendo que cerca de metade das perturbações mentais parecem iniciar antes dos 14 anos de idade (Quartilho, 2010). Entre elas são referidas aquelas que apresentam maior prevalência no Plano Nacional de Saúde (2007-2016), tais como a depressão, a ansiedade e as perturbações de comportamento alimentar. A depressão tem sido destacada como o problema mais preocupante, tal é comprovado segundo dados de estudos que concluíram que cerca de 28% dos adolescentes terão vivenciado um episódio da Perturbação Depressiva Major até aos 19 anos de idade (Lewinsohn, Rohde & Seeley, 1998).

As razões para este assunto se revelar um foco de atenção assentam em vários fatores, entre eles, aquele que tem vindo a ser evidenciado por diversas investigações que suportam a afirmação de que a depressão, tal como outras perturbações mentais, quando vivenciada por adolescentes apresenta maior risco de saúde mental na idade adulta (Harrington, 1992).

A par da depressão, as perturbações de ansiedade assumem, também elas, uma elevada prevalência durante o período da adolescência, apresentando valores entre os 4 e 20% (Krain, Ghaffari & Freeman, 2007). Todavia, é ainda de salientar que as perturbações do comportamento alimentar se integram, igualmente, naquelas que apresentam os maiores números de prevalência no período da adolescência; sendo elas, designadamente, a anorexia e bulimia nervosa, onde as jovens do sexo feminino são a maioria da população afetada. Atualmente, estas perturbações, têm alcançado proporções preocupantes nos países ocidentais, na medida em que correspondem à terceira doença crónica mais prevalente nos adolescentes, seguidamente à obesidade e à asma (Chamay-Weber et al., 2005).

Acrescenta-se ao número preocupante da prevalência de perturbações mentais durante o período de adolescência a escassez de procura de ajuda especializada por parte dos jovens (Rickywood, Deane & Wilson, 2007), o que se constitui num importante desafio à implementação de intervenções no início dos problemas.

A procura de ajuda tem sido objeto de estudo de alguns investigadores sendo entendida enquanto mecanismo de *coping* evidenciando uma vertente macrossocial ou microssocial (Rickwood, Deane, Wilson & Ciarrochi, 2005). As explicações de nível macrossocial focam-se, sobretudo, nos fatores socioeconómicos (Pescosolido & Boyer, 1999), por sua vez, a ótica microssocial valoriza os fatores psicossociais individuais que podem facilitar ou inibir o processo de procura de ajuda dos jovens (Rickwood et al., 2005) e enfatiza variáveis como a «familiaridade» e o «contacto» com as perturbações mentais (Vogel, Wade e Hackler, 2007). A literatura revela que os jovens devem ser encorajados a procurar ajuda profissional e adequada (Rickwood et al., 2005), uma vez que os problemas relacionados com a saúde mental na adolescência variam consideravelmente desde ligeiros problemas comportamentais a perturbações mentais graves e incapacitantes. Quando os problemas que aparentam menor grau de gravidade não se extinguem durante a maturação e não recebem qualquer tipo de tratamento podem ter efeitos de longa duração na vida adulta do indivíduo (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

Assim, o diagnóstico precoce e a intervenção atempada e eficaz nas perturbações mentais tornam-se essenciais, assim como a deteção de eventuais fatores de risco, na medida em que estes podem ser precursores de psicopatologia na idade adulta. Assim, os jovens são considerados um grupo de alto risco relativamente à vivência de uma perturbação mental,

sendo estes a futura geração de prestadores de cuidados e serviços (Stuart, 2006; Sawyer, Pfeiffer, Spence, Bond, Graetz, Kay, Patton & Sheffield, 2000) estas razões estão na base das necessidades de intervenção e promoção de saúde mental nesta população.

2. Importância da promoção de saúde mental

A promoção de saúde mental na sociedade teve como marco de referência a Carta de Ottawa, estabelecida em Novembro de 1986, no Canadá. Este documento veio salientar a importância da promoção de saúde mental associada ao aumento da qualidade de vida, proclamando a integração de todos os indivíduos nesse processo (Heidmann, Almeida, Boehs, Wosny & Monticelli, 2006).

Mais recentemente, a OMS (2004), em concordância com a Carta de Ottawa, entende a promoção de saúde mental como uma estratégia que pretende melhorar não só a qualidade de vida, mas também o bem-estar dos indivíduos e da sociedade em geral, tratando-se de objetivos que se enquadram no âmbito da saúde pública. Desta forma, a promoção de saúde mental reflete uma importância inquestionável, utilizando como estratégia fulcral a transmissão de conhecimento, como forma de reduzir os fatores de risco e melhorar os fatores de proteção de saúde (Jané-Llopis, Barry, Hosman & Patel, 2005; Pollet, 2007).

Embora a promoção de saúde mental seja um conceito abrangente a todas as faixas etárias e dirigido a toda a sociedade, existe um especial interesse relativamente ao bem-estar dos jovens, na medida em que se reconhece que as transições biológicas, psicológicas e sociais habituais na adolescência são vividas com algumas dificuldades emocionais (Sawyer et al., 2000). Efetivamente é de extrema importância que se criem as condições necessárias para oferecer aos jovens a oportunidade de desenvolverem as suas capacidades intelectuais, emocionais e sociais, uma vez que as consequências de uma perturbação mental são suscetíveis de afetar as suas capacidades de concentração, de participação nas discussões que surgem em contexto académico e de aquisição de novas informações (Noryhamptonshire County Council, 2007). Para tal, a promoção de saúde mental detém um papel preponderante, já que envolve diferentes estratégias com o objetivo de alcançar um efeito positivo na saúde mental das pessoas (OMS, 2001).

Vários estudos realizados demonstraram a eficácia da promoção de saúde mental na redução dos problemas de saúde mental e dos sintomas das perturbações mentais (Jane-Llopis et al., 2005; Durlak & Wells, 1997 e 1998) e no aumento das estratégias de *coping* dos adolescentes (Kraag et al., 2006). Estes efeitos confirmam-se ao longo do tempo (Jane-Llopis, 2002). Além disso, existem dados que comprovam que a implementação adequada de certos programas de intervenção precoce junto dos jovens pode traduzir-se em

benefícios significativamente superiores aos seus custos (Zechmeister et al., 2008; Foster et al., 2007). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2010), a promoção de saúde mental em adolescentes é um investimento no presente e no futuro, já que os problemas de saúde mental podem afetar a prosperidade e estabilidade social e económica dos países europeus nas próximas décadas.

Assim, torna-se premente abordar dois conceitos fundamentais para a promoção de saúde mental, o estigma associado à perturbação mental e a *literacia em saúde mental*.

3. Conceitos fundamentais para a promoção de saúde mental

3.1 Estigma

A sociedade apresenta, habitualmente, propensão para rejeitar e temer diferenças nos outros, atribuindo-lhes conotações negativas relacionadas com o conceito de estigma (Guimond, 2008). Este conceito denomina a tentativa de classificar, geralmente, de forma negativa e infundada, um grupo específico de pessoas como diferentes. Por essa razão, vários autores referem o estigma enquanto obstáculo à promoção de saúde mental (Corrigan & Watson, 2002; Jorm, 2011; Health Scotland, 2008).

Existem diversos fatores que explicam a persistência do estigma da perturbação mental, entre eles, destaca-se o facto de os sujeitos considerarem difícil a aceitação de certos comportamentos que não correspondem à norma vigente na sociedade (Fink & Tasman, 1992).

Assim, as pessoas com perturbação mental são, muitas vezes, desafiadas a ultrapassar dois desafios: por um lado têm de lidar com os sintomas e incapacidades resultantes da sua perturbação; e, por outro, são obrigadas a enfrentar os estereótipos e os preconceitos que surgem de crenças incorretas associadas às perturbações mentais, suportadas pela falta de conhecimento nessa área. Estes aspetos relacionados com o conceito de estigma integram-se, sobretudo, no domínio da Psicologia Social que procura compreender e explicar de que forma os pensamentos, sentimentos e comportamentos podem ser influenciados pelos comportamentos ou características de outros indivíduos (Myers, 1988). Corrigan e Watson (2002) definem o estigma a partir da interação de três componentes: estereótipos, preconceitos e discriminação. Os estereótipos integram-se no conhecimento social assentando em noções colectivas dirigidas a um grupo de pessoas, segundo as quais se baseiam impressões e expectativas que rotulam o indivíduo pertencente ao grupo estereotipado (Corrigan & Watson, 2002). Geralmente, os estereótipos associados aos indivíduos com perturbação mental incidem na “imprevisibilidade”, “estranheza”,

“perigosidade” ou “inutilidade” (e.g., “a maioria das pessoas com perturbação mental são perigosas”) (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer & Rowlands, 2000; Corrigan, Edwards, Green, Thwart & Perm, 2001). Quando os estereótipos são reforçados originam reações emocionais negativas centradas na avaliação dos outros e designadas por preconceitos (e.g., “a maioria das pessoas com perturbação mental são perigosas, por isso eu tenho medo delas”) (Corrigan & Watson, 2002; Corrigan, Edwards, Green, Thwart & Perm, 2001). Essa resposta emocional leva à discriminação que corresponde a uma resposta comportamental (e.g., “a maioria das pessoas com perturbação mental são perigosas, por isso recuso-me a oferecer-lhes emprego”) (Corrigan & Watson, 2002; Corrigan et al., 2001).

O estigma apresenta dois tipos de impacto onde também se encontram integradas as suas componentes: o estigma público e o auto-estigma (Corrigan & Watson, 2002). O estigma público refere-se à propensão de rotular, de forma negativa e infundada, as pessoas com perturbação mental constituindo, assim, uma ação discriminatória por parte da sociedade em geral. Deste modo, este tipo de estigma baseia-se na crença negativa relativa a um grupo específico, associando-se ao estereótipo a partir de noções como a perigosidade, fragilidade e falta de competência. Por sua vez, o preconceito é apresentado no estigma público através do medo e a discriminação verifica-se, por exemplo, a partir do evitamento e da negação a um cargo de trabalho. No que diz respeito ao auto-estigma, o seu impacto surge através da internalização do estigma público e observa-se nas ações que são tomadas face à perturbação mental pela própria pessoa. Mais concretamente, o indivíduo internaliza o estereótipo através da aceitação de crenças sobre si mesmo, nomeadamente, a fragilidade e incapacidade, que se interliga com a componente de preconceito, uma vez que esta está relacionada com a baixa auto-estima e o baixo sentimento de auto-eficácia. A discriminação neste tipo de estigma pratica-se através de comportamentos de desistência na procura de emprego ou de casa, o que traduz sentimentos de desvalorização (Corrigan & Watson, 2002; Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan & Kubiak, 2003).

Desta forma, a manutenção das opiniões negativas face às pessoas com perturbações mentais negligencia as oportunidades de alcançar qualidade de vida, sendo que estas incluem aspetos como a obtenção de um bom trabalho, o acesso a cuidados de saúde satisfatórios e a afiliação a grupos (Corrigan & Watson, 2002). Por outro lado, a propagação destes conhecimentos errados acerca da referida temática levam a que cada vez mais pessoas construam ideias não condizentes com a realidade, transformando o estigma num fenómeno “ruinoso” que gera incapacidade e garante consequências terríveis não só para as pessoas afetadas pelas perturbações mentais como para toda a comunidade envolvente (Sartorius & Schulze, 2005).

Embora se assistam a inúmeros avanços da ciência, o estigma persiste e tem vindo a crescer, pelo que, dada a sua dimensão, foram realizados diversos estudos para compreender o impacto do estigma.

Um estudo conduzido por Angermeyer e Matschinger (2004) avaliou as percepções estigmatizantes associadas à perturbação mental, comparando as diferenças de género. Os resultados indicaram que os participantes do género feminino apresentavam menos raiva e apresentavam tendência a reagir com piedade e medo face a pessoas com perturbação mental.

Outro grupo de investigadores desenvolveu um estudo relativo à percepção do estigma face à perturbação mental, cuja amostra contou com 303 participantes adolescentes, com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos (Corrigan, Lurrie, Goldman, Slopen, Medasani & Phelan, 2005). Para esse propósito foram utilizadas quatro vinhetas relativas a quatro situações distintas: consumo de álcool, perturbação mental, perturbação mental cujo fator precipitante seria a doença física - tumor cerebral e leucemia. Os resultados demonstraram que o estigma face à perturbação mental se evidenciava em relação à doença física. Por outro lado, esta investigação ressaltou a perigosidade e a culpa associadas à perturbação mental pela amostra do estudo (Corrigan *et al.*, 2005).

Paralelamente, em Portugal também se desenvolveram estudos centrados nesta temática. Loureiro, Dias e Aragão (2008), analisaram o estigma partindo dos estereótipos focados na perigosidade e na imprevisibilidade das pessoas com perturbação mental e na ausência de cura para a mesma. Esta investigação expôs a forte evolução das políticas de saúde, bem como as suas preocupações com a desinstitucionalização e integração dos doentes na comunidade, evidenciando, todavia, que o esclarecimento dos problemas de saúde mental “caiu em esquecimento”. Este estudo revelou que, embora as pessoas apresentem um maior conhecimento sobre as perturbações mentais, sobretudo provocado pela integração gradual das pessoas com perturbação mental na comunidade, a conceptualização de que *os doentes são perigosos* e que *as perturbações mentais são incuráveis* é ainda persistente para a maioria da população.

Em 2008, os autores Palha, Guimarães, Castro-Henriques, Costa e Campos levaram a cabo um estudo onde sondaram a opinião de 100 estudantes universitários sobre as pessoas com perturbação mental. Concluiu-se que os participantes apresentavam valores elevados de percepções estigmatizantes, sobretudo relativos à perigosidade associada à esquizofrenia e ao alcoolismo.

De forma geral, os estudos desenvolvidos em grupos de jovens revelam a falta de conhecimentos sobre as perturbações mentais, o que sugere a origem de crenças erradas e, por conseguinte, a existência de comportamentos negativos face a esta problemática (Stuart, 2006). As crianças podem manifestar atitudes negativas face a indivíduos com perturbação mental que se podem intensificar ao longo do seu desenvolvimento, existindo a

tendência para essas atitudes serem ampliadas com a idade (Hanson, Johnson, Niec, Pietrantonio, MacMillan & Eva, 2008; Watson, Otey, Westbrook, Qardner, Lam, Corrigan & Fenton, 2004).

Assiste-se, na maioria dos jovens, a uma falta de noção clara do que são, realmente, as perturbações mentais (Schulze, Richter-Werling & Matschinger, 2003). Emerge, assim, a necessidade de se “abrir espaço à saúde mental” e dotar os indivíduos de conhecimentos capazes de diminuir o estigma perante a perturbação mental. Neste sentido, a promoção de saúde mental tem sido uma estratégia definida por vários autores que sublinham a pertinência do conceito de *literacia em saúde mental*, explorado em seguida.

3.2 Literacia em saúde mental

Como foi mencionado anteriormente, a falta de conhecimentos é um dos fatores responsáveis pelo aumento do estigma e da discriminação dos indivíduos com problemas de saúde mental.

Por essa razão, autores como Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers e Pollitt (1997), consideraram pertinente desenvolver o que vieram a designar por literacia em saúde mental¹. O conceito apresenta como alicerces aspetos cruciais para combater lacunas existentes relativas ao domínio da saúde mental sendo que, inicialmente, surge do conceito literacia em saúde. Esse constructo prende-se com os conhecimentos acerca da saúde e a forma como os sujeitos os utilizam, porém esta definição tem sofrido evoluções e têm sido incluídas outras componentes que originaram, então, o termo literacia em saúde mental. Este conceito integra os conhecimentos e crenças sobre perturbações mentais que ajudam no seu reconhecimento, gestão e prevenção (Jorm et al., 1997). Segundo Jorm (2011), estes conhecimentos integram, igualmente, outras dimensões, tais como: “(a) a capacidade de reconhecer perturbações específicas ou diferentes tipos de mal-estar psicológico; (b) o conhecimento e as crenças relativamente a fatores de risco e causas; (c) o conhecimento e as crenças quanto a intervenções de auto-ajuda; (d) o conhecimento e as crenças em relação à ajuda profissional disponível; (e) as atitudes que facilitam o reconhecimento e a procura de ajuda; e, por último (f) o conhecimento relativo à obtenção de informação sobre saúde mental.” (p. 4).

A literatura tem demonstrado que, na população em geral, o nível de conhecimentos sobre a perturbação mental não é ainda satisfatório, uma vez que se verificam dificuldades em identificar corretamente as perturbações mentais, assim como os fatores que as causaram; a escassez de conhecimentos a esse nível interfere nas questões relacionadas com a

¹ Literacia em Saúde Mental - termo original “mental health literacy”.

procura de ajuda, uma vez que não sabem onde se dirigir e revelam crenças inapropriadas quanto à eficácia dos tratamentos.

O reconhecimento das perturbações mentais e do mal-estar psicológico é fundamental, já que quanto maior for o conhecimento, maior será a predisposição para a procura de ajuda (Rickwood et al., 2007). De acordo com Jorm (2011), o adiamento da procura de ajuda acarreta consequências graves para a pessoa com perturbação mental, uma vez que a intervenção tende a ser menos eficaz quanto mais longo for o período de tempo em que não se realiza o tratamento. A ausência de tratamento pode estar associada ao “não reconhecimento” da perturbação mental pelo próprio, pelo facto de a entender enquanto “problemas da vida”, negligenciando dessa forma a procura de ajuda. Esta condição do “não reconhecimento” relaciona-se, frequentemente, com a idade precoce em que se iniciam as perturbações mentais, isto é na adolescência ou início da idade adulta, o que é explicitado através das atitudes negativas face ao tratamento (Jorm, 2011).

Tendo em conta a dimensão abrangente do conceito de literacia em saúde mental é pertinente focar cada um dos pontos que constitui a sua definição segundo os dados de investigação obtidos.

Relativamente aos conhecimentos e estratégias de auto-ajuda utilizadas para o combate ao mal-estar psicológico são nomeados enquanto recursos a leitura de livros, a pesquisa de informação na internet, procura de ajuda junto de familiares e amigos, prática de atividade física e a utilização de vitaminas e analgésicos, entre outras. O recurso a estas estratégias pode, em muitos casos, ser favorável e, quando aliadas a ajuda profissional, podem constituir-se como um benefício potenciador da intervenção. Por outro lado, também o conhecimento acerca da ajuda profissional exerce um papel preponderante nesta temática. Os dados das investigações salientam uma diferenciação relacionada com o comportamento dos adolescentes, já que os resultados indicam que, muitas vezes, os jovens procuram ajuda junto dos seus pares substituindo-a pela dos profissionais. Este comportamento é adequado em determinadas fases da perturbação mental, porém noutras fases poderá não se revelar eficaz (Jorm et al., 1997; Jorm, 2011).

De acordo com estes dados, a falta de conhecimentos evidenciada, aliada, à prevalência de atitudes estigmatizantes face às perturbações mentais e problemas associados, constitui-se num obstáculo à promoção de saúde mental e ao apoio e intervenção nas perturbações mentais (Tanaka, Ogawa, Inadomi, Kikuchi & Ohta, 2003). Deste modo, é fundamental aumentar a literacia em saúde mental para toda a sociedade enfatizando a propagação de um conhecimento mais alargado e fidedigno acerca das questões de saúde mental que possibilite: aumentar a probabilidade da população aceder a ajuda mais adequada,

contribuir para o combate ao estigma e, por último, promover a recuperação da pessoa afetada pela perturbação mental (Burns & Rapee, 2006; Rethink, 2008).

Retomando o primeiro tópico deste enquadramento, onde foram evidenciados os números alarmantes da prevalência de perturbações mentais nos jovens e tendo em conta os seus baixos níveis de literacia em saúde mental, torna-se primordial o desenvolvimento e implementação de intervenções centradas nos jovens. A literatura refere que as intervenções centradas na promoção da literacia em saúde mental, no período da adolescência, deverão ser realizadas através de programas que se apropriem de um modelo de promoção de saúde específico, como acontece nas *school based interventions*² onde o programa é desenvolvido de forma a adequar-se ao registo de aprendizagem (Kelly et al., 2007).

Em suma, é urgente que se concretizem iniciativas de sensibilização para a saúde mental (Pinfold et al., 2005; Tanaka et al., 2003; Stuart, 2006) que permitam dotar a população de conhecimentos de modo a facilitar a identificação de precoce de sinais da perturbação mental e prevenir situações que as possam potenciar (Kelly et al., 2007). Desta forma, torna-se crucial a inserção de programas de informação esclarecedora nas escolas, designadamente ações de sensibilização que abordem os problemas de saúde mental, as perturbações mentais e a forma como estas podem ser prevenidas.

Neste seguimento, no próximo ponto será explorada em mais detalhe a pertinência das *school based interventions* com vista ao aumento da literacia em saúde mental.

4. Intervenção em contexto escolar: estado da arte

A abordagem ecológica do desenvolvimento humano, exposta por Bronfenbrenner (1979), refere que este ocorre em vários ambientes, desde os primeiros momentos de vida. Inicia-se com o “enquadramento íntimo do lar, desloca-se de seguida para fora, para instituições mais alargadas como o sistema escolar” (Mapila, Olds & Feldmam, 2001, p. 14). O autor inclui nesta abordagem diferentes níveis de influência ambiental para o desenvolvimento, nomeadamente o microssistema, relativo a relações face a face cuja influência é interativa, onde se encontra a escola e o seu contributo para o desenvolvimento (Papalia, Olds & Feldmam, 2001). Deste modo, a escola traduz-se numa crucial via de transmissão de conhecimentos, sendo um ambiente apropriado para a promoção de saúde mental.

² *School Based Interventions* são programas de intervenção no meio escolar com o objetivo de promover a saúde mental.

Assim, os benefícios do contexto escolar aliam-se àqueles encontrados no período da adolescência, uma vez que as mudanças cognitivas relativas ao desenvolvimento do raciocínio hipotético-dedutivo ocorrem durante esse período (Papalia et al., 2001), o que permite maior eficácia na modificação dos comportamentos do que na idade adulta (Corrigan, Lurrie, Goldman, Slopen, Medasani e Phelan, 2005).

Efetivamente é na escola que começam a despontar as primeiras manifestações de problemas de saúde mental e é comum os pais dos jovens delegarem, a responsabilidade de ajudar os seus filhos, aos professores (CAMIMH, 2007; Kelly, Jorm & Wright, 2007; Wyn, Cahill, Holdsworth, Rowling & Carson, 2000). Toda a equipa escolar deverá estar apta a reconhecer problemas de saúde mental e de encaminhar os jovens sinalizados para os serviços adequados (Rickwood et al., 2007) pelo que, se considera as escolas um contexto privilegiado de acesso aos mais jovens (Kelly et al., 2007; Wyn et al., 2000; Pinfold et al., 2005). Por outro lado, a sensibilização nas escolas permite a amplificação dos conhecimentos a toda a comunidade em que o jovem está inserido, já que pode existir a partilha de informações entre este e a família.

Neste sentido, tal como já foi mencionado, a literatura revela enquanto eficazes veículos de modificação de crenças e comportamentos dos jovens ao nível dos problemas de saúde mental e da procura de ajuda as *school based interventions* (Burns & Rapee, 2005; Stuart, 2006; Pinfold et al., 2005). O sucesso destas iniciativas surge pela partilha de informação num contexto que encoraja a descrição e reflexão dos temas abordados (Pinfold et al., 2005). Os conteúdos que integram estas sessões podem ser variados, tais como, os sinais de aviso prévio e o papel do estigma, os obstáculos a ultrapassar para tratar e cuidar de alguém afetado por problemas de saúde mental e o que fazer para ajudar uma pessoa próxima nestas condições (Joronen, Rankin & Astedt-Kurki, 1999; Stuart, 2006).

É, portanto, premente fomentar ações que incitem a educação e a sensibilização para as questões de saúde mental. Como contributo a essa premissa diversos profissionais têm reunido esforços para colaborar no alcance desses objetivos e desenvolvidas iniciativas. Em seguida serão sistematizadas algumas dessas iniciativas de sensibilização realizadas em contexto escolar.

4.1 Estado da Arte internacional

De modo geral, as iniciativas de promoção de saúde mental apresentam como finalidade resgatar a atenção das populações para os problemas de saúde mental, de modo a contribuir para a redução do estigma a eles associado e a promover a procura precoce de ajuda adequada. Estes programas são destinados a toda a população, embora o enfoque seja, na sua maioria, a população mais jovem através de uma abordagem de cariz mais preventivo que revela resultados mais positivos e efetivos no que diz respeito ao aumento

da *mental health literacy* e à redução do estigma associado às perturbações mentais (Patton, Glover, Bond, Butler, Godfrey, Di Pietro & Bowes, 2000; Campos, Palha, Dias & Costa, 2012). Apesar destas iniciativas se multiplicarem, com notável destaque na última década, e dos seus resultados se mostrarem satisfatórios, os objetivos propostos destes programas não foram ainda atingidos (Lochman et al., 2009; OMS, 2001).

De forma a cativar a atenção dos jovens para os problemas de saúde mental, têm sido elaboradas várias campanhas com recurso à internet, panfletos, propagandas de rádio ou televisão. Na impossibilidade de abordar todos os programas desenvolvidos, serão salientados alguns exemplos do que é dinamizado nos Estados Unidos, Austrália, Alemanha e Reino Unido direcionados a jovens com diferentes idades.

“*The Science of Mental Illness*” (Watson, Otey, Westbrook, Qardner, Lamb, Corrigan & Fenton, 2004) foi uma iniciativa desenvolvida nos Estados Unidos, junto de 1500 jovens, entre o 6º e o 8º ano de escolaridade, com o intuito de avaliar os conhecimentos e atitudes acerca da perturbação mental, assim como o impacto de uma intervenção educativa sobre as atitudes associadas ao estigma. O programa foi realizado em contexto de sala de aula e utilizou diferentes recursos, entre eles, atividades baseadas em animações, vídeos e simulações. Foram aplicados Os questionários pré e pós teste que permitiram aferir que, apesar do limitado conhecimento dos alunos relacionado com as doenças mentais, as atitudes dos mesmos face às pessoas com perturbação mental não são tão negativas como o esperado. Assim, concluiu-se que os programas educacionais limitados no tempo são eficazes na melhoria de conhecimentos e atitudes face à perturbação mental, o que pode provocar o aumento de procura de ajuda (Watson et al., 2004).

Na Austrália desenvolveu-se o projeto “*Mindmatters - Understanding Mental Illness*” (Wyn, Cahill, Holdsworth, Rowling & Carson, 2000), aplicado em 24 escolas secundárias, direcionado a alunos e agentes educativos das instituições de ensino. O programa determinou como objetivos: facilitar a prática da promoção de saúde mental entre os vários agentes do ambiente educativo escolar; desenvolver currículos que permitissem abranger as várias áreas de aprendizagem e a descoberta de recursos na área da saúde mental; fornecer orientações específicas sobre saúde mental e prevenção do suicídio; e estimular a interação entre os pais, as comunidades educativas e as entidades de apoio comunitário direcionadas para a saúde mental. A avaliação da intervenção foi positiva e recorreu a métodos qualitativos e quantitativos, a partir de questionários aplicados em momentos antes, durante e após a implementação da ação. Os resultados satisfatórios enfatizaram os dados da literatura que entendem a escola enquanto agente potenciador de mudança e que, quando criado um ambiente escolar favorável ao bem-estar dos jovens, este contexto poderá ser a solução viável para garantir a saúde mental nos jovens (Wyn et al, 2000).

Pela Europa também se têm desenvolvido programas merecedores de destaque, é o caso do designado “*Crazy? So What!*” (Schulze, Richter-Werling, Matschinger, Angermeyer, 2003), implementado na Alemanha em 2001, com a participação de 90 alunos de cinco escolas secundárias. Este programa apresentou como objetivo analisar os acontecimentos de vida que podem estar na origem das perturbações mentais, assim como entender o que permite aos jovens garantir o bem-estar e a felicidade, a partir de um cariz criativo recorrendo à arte aos jogos. O projeto possibilitou, ainda, o contacto com um jovem com esquizofrenia que partilhava as suas experiências. A intervenção foi avaliada segundo a metodologia de pré e pós teste, realizada através de dois grupos de estudantes: um grupo de controlo e um grupo alvo de intervenção. Os resultados apontaram enquanto estratégia eficaz o contacto com o jovem, tendo-se verificado não só o aumento dos conhecimentos acerca das perturbações mentais, bem como uma maior tolerância/compreensão das pessoas afetadas pela perturbação mental. Ainda de salientar outro resultado associado ao interesse na participação demonstrado pelos alunos que aparenta ser incentivado quando a exposição à temática é realizada de modo contínuo (Schulze et al., 2003).

“*Mental Health Awareness in Action*” (Pinfold, Thornicroft, Huxley, Farmer & Graham, 2003) foi um programa desenvolvido no Reino Unido com as finalidades de melhorar o conhecimento sobre a perturbação mental e reduzir o estigma face à mesma, junto de um grupo de 472 alunos, com idades de 14 e 15 anos. A intervenção contou com a realização de duas sessões informativas, cada uma com duração de uma hora, tendo sido dinamizadas por um profissional de saúde mental. Metade dos participantes teve a oportunidade, na segunda sessão, de interagir com uma pessoa com perturbação mental. A avaliação deste programa serviu-se de duas metodologias, pré e pós teste e estudo *follow-up*. O estudo *follow-up* realizou-se após uma semana e, posteriormente, seis meses depois. Os resultados foram significativos ao nível da redução das atitudes estigmatizantes e melhorias dos conhecimentos acerca a perturbação mental. Porém, os resultados mais significantes foram atingidos no grupo em que a pessoa com perturbação mental esteve presente, esta diferença foi notável uma vez que no segundo momento da avaliação *follow-up*, seis meses depois, os alunos que interagiram com uma pessoa com perturbação mental, mantiveram as melhorias nas atitudes estigmatizantes e o aumento dos conhecimentos (Pinfold et al., 2003).

Embora só tenham sido referenciados estes programas, é de salientar a existência de outras intervenções implementadas em diferentes países, que evidenciam o grande objetivo comum de promover a saúde mental e combater o estigma junto da população mais jovem. Os resultados significativos que apresentam, na sua maioria, são impulsionadores para a multiplicação destes programas que continuam a ser escassos tendo em conta as necessidades detetadas.

4.2 Estado de Arte em Portugal

Em Portugal é escassa a existência de programas de intervenção sistematizados que visam promover a saúde mental e reduzir o estigma associado às perturbações mentais, porém, mais recentemente, tem-se verificado que este tema tem reunido esforços que resultaram em mais iniciativas ao longo do tempo.

Com esse propósito, foi desenvolvido o projeto “Aventura Social na Comunidade” (<http://aventurasocial.com/oprojecto.php>) que se traduziu num contributo relevante para a perceção do perfil dos jovens portugueses relativamente aos sintomas físicos e psicológicos dos adolescentes (Matos & Carvalhosa, 2001).

Em 2006 foi criada uma campanha pela Federação Nacional de Entidades de Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (FNERDM) e em parceria com a *Rethink* foi implementada a campanha de combate ao estigma das perturbações mentais, designada por “Mudar Atitudes”. Apresentava como objetivos a contribuição para a mudança de atitudes face às pessoas com perturbação mental e a promoção do debate de ideias para uma vivência diferente da perturbação mental na comunidade (www.fnerdm.pt/atitude.html). Os dados relativos à eficácia desta campanha junto da população ainda não estão disponíveis, pelo que ainda não é possível retirar conclusões da mesma.

Mais recentemente têm sido desenvolvidas várias iniciativas inseridas no projeto “Educação e Sensibilização para a Saúde Mental: Um Programa de Intervenção com base na Escola para Adolescentes e Jovens” (Barroso, Correia, Ferreira, Figueiredo, Gouveia, Loureiro, Mendes, Rodrigues, Rosa & Santos, 2011). A realização de ações relativas a problemas de saúde mental está integrada no projeto e centra-se nos jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 22 anos. O principal objetivo deste projeto assenta na criação de um *site* de internet com o intuito de aumentar os níveis de literacia em saúde mental dos jovens alunos das escolas pertencentes à DREC³ (<http://felizmente.esenfc.pt/felizmente/>). O *site* apresenta conteúdos de informação acerca da promoção de saúde mental e o bem-estar e ainda estratégias úteis com a finalidade de ajudar um amigo que esteja a desenvolver um problema de saúde mental.

Tendo em conta a escassez de instrumentos de medida e estudos que avaliem a literacia em saúde mental em Portugal, Loureiro e os seus colaboradores (Loureiro, Pedreiro & Correia, 2012, p.47), traduziram, validaram e adaptaram um instrumento denominado por QuALiSMental - Questionário de Literacia em Saúde Mental – a partir do instrumento original *Survey of Mental Health Literacy in Young People – Interview Version*, de Jorm (1997, cit in

Loureiro, Pedreiro & Correia, 2012). Este instrumento foi validado a partir da metodologia de *focus groups*, apresentando como finalidade avaliar a compreensão e a duração da aplicação do instrumento, contando com 8 jovens participantes. Os resultados demonstraram que a duração da aplicação do instrumento era de aproximadamente 38 minutos e demonstraram elevados níveis de compreensão da tarefa. Desta forma, este será um instrumento útil no que diz respeito à caracterização *da literacia em saúde mental* dos jovens portugueses (Loureiro, Pedreiro & Correia, 2012).

No âmbito da promoção em saúde mental o panorama português contou, recentemente, com o projeto “UPA FAZ A DIFERENÇA – Ações de Sensibilização Pró-Saúde Mental” (Campos, Costa & Palha, 2010). A intervenção foi dirigida a jovens entre os 15 e os 18 anos de idade e a sua finalidade centrou-se em contribuir para o aumento do conhecimento sobre problemas de saúde mental, de forma a estimular a procura precoce de ajuda, diminuir as atitudes estigmatizantes e discriminatórias e alertar para a necessidade de promoção de saúde mental (Campos, Costa & Palha, 2010).

Este projeto foi desenvolvido em três fases distintas: (1) Estudo Piloto - Levantamento de conhecimentos, mitos e crenças dos alunos em torno da saúde e perturbação mental; (2) Implementação de 2 sessões pró-saúde mental e (3) Avaliação da eficácia da intervenção.

Tal como foi mencionado, a primeira fase focou-se no estudo piloto que se baseou, inicialmente, na realização de dez *focus groups* com a participação de 24 adolescentes (entre os 16 e os 18 anos) e 13 agentes educativos. A realização dos *focus group* permitiu a construção (a) do “Questionário UPA” com o intuito de avaliar os conhecimentos, as perceções estigmatizantes e as intenções comportamentais relativas à saúde mental, assim como a própria intervenção (ações de sensibilização pró-saúde mental) e (b) a construção da intervenção. Segundo os investigadores a metodologia utilizada revelou-se pertinente tanto para a construção do questionário como das ações de sensibilização (Campos, Costa & Palha, 2010; Campos, Palha, Dias & Costa, 2012).

Posteriormente, durante a segunda fase do estudo piloto, foram testadas as ações-piloto implementadas num grupo de 26 alunos do ensino secundário e o “Questionário UPA” foi administrado na pré e pós intervenção.

Após ter sido finalizado o estudo-piloto, implementou-se o projeto “UPA FAZ A DIFERENÇA - Ações de Sensibilização Pró-Saúde Mental” cujas ações foram dinamizadas em 13 escolas (10 escolas públicas e 3 instituições de ensino privado), tendo como alvo um público jovem

³ DREC – Direção Regional de Educação do Centro

(idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos) com um total de 1177 alunos que frequentavam o 10º, 11º e 12º anos de escolaridade.

Colaboraram neste projeto dois grupos distintos: o grupo experimental que participou em ambas as sessões realizadas com o intervalo de uma semana e preencheu o Questionário UPA no pré e pós intervenção; e o grupo de controlo onde foram apenas administrados os questionários nos mesmos dois momentos.

As duas sessões dinamizadas apresentaram objetivos distintos: “Primeira sessão - (a) Apresentar o projeto UPA faz a diferença; (b) Definir regras de funcionamento das sessões; (c) Explorar a vivência cognitivo-emocional dos participantes, (d) Discutir o que se entende por problemas de saúde mental, (e) Compreender a fronteira entre saúde e perturbação mental, (f) Identificar as causas e riscos das perturbações mentais. Segunda sessão: (a) Explorar o impacto da perturbação mental, (b) Debater aspetos relacionados com o tratamento e o prognóstico da perturbação mental, (c) Abordar as intenções comportamentais relativas aos problemas de saúde mental, (d) Discutir o que se entende por saúde mental, (e) Sensibilizar para a promoção da saúde mental dos participantes, (f) Promover comportamentos não estigmatizantes perante as perturbações mentais” (Campos, Palha, Dias & Costa, 2012; p. 40).

Relativamente à pré-intervenção, os resultados apontaram para um nível razoável de conhecimentos sobre saúde mental e uma adequada atribuição das causas para as perturbações mentais. Foi possível aferir a iniciativa para ajudar ou de procura de ajuda perante um problema de saúde mental e no que concerne às perceções estigmatizantes os alunos revelaram um posicionamento neutro que poderá, eventualmente, estar relacionado com os seus níveis de conhecimentos acerca da presente temática (Campos, Palha, Dias & Costa, 2012).

Os resultados da avaliação pós-intervenção demonstraram algumas diferenças relativas ao grupo experimental e ao grupo de controlo. No grupo experimental foi observado um aumento dos conhecimentos sobre saúde mental e uma diminuição das perceções estigmatizantes, no grupo de controlo foi também verificada a diminuição das perceções estigmatizantes. A explicação sugerida pelos autores para este facto prendeu-se com a possível transmissão de informações por parte do grupo experimental ao grupo de controlo originando, assim, um “(...)efeito irradiativo (...)” (p.73). No que diz respeito às intenções comportamentais, o grupo experimental sobressaiu identificando mais e diferentes recursos para a procura de ajuda adequada, de acordo com os autores, este resultado poderá ter sido devido à adequabilidade das estratégias e conteúdos utilizados durante as sessões dinamizadas. Mais uma vez se verificou o possível efeito irradiativo, uma vez que o grupo de

controlo apresentou um aumento de perceções positivas (Campos, Palha, Dias & Costa, 2012).

Em consonância com o que já foi previamente mencionado acerca da emergência de ações que visem a promoção de saúde mental, a eficácia do projeto “UPA FAZ A DIFERENÇA - Ações de Sensibilização Pró-Saúde Mental” traduz a pertinência de se desenvolverem ações sistematizadas que respondam às necessidades da população-alvo e cuja eficácia seja avaliada no sentido de garantir o contínuo aperfeiçoamento das estratégias e técnicas utilizadas.

Do exposto, surge o projeto “Abrir Espaço à Saúde Mental” centrado na promoção de saúde mental de jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos. Este projeto é implementado pela ENCONTRAR+SE e é apoiado financeiramente pelo Alto Comissariado da Saúde, pela Fundação Calouste Gulbenkian e pela Lilly Portugal. Para além destes apoios, conta com a colaboração científica da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa.

A presente dissertação está integrada na primeira fase desse mesmo projeto, apresentando como objetivo geral explorar os conhecimentos, o estigma e as necessidades relativas às questões de saúde mental apresentadas por adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade.

Nesse sentido, a próxima parte deste trabalho centra-se na descrição do estudo empírico.

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

No presente estudo empírico será descrita a metodologia, (os objetivos específicos, bem como as questões de investigação do estudo; serão caracterizados os participantes e os instrumentos utilizados, assim como explicitados os processos de recolha e análise de dados) e serão apresentados os resultados

5. Metodologia

O trabalho de investigação do estudo “Abrir Espaço à Saúde Mental – *Estudo Piloto sobre conhecimentos, estigma e necessidades relativas a questões de saúde mental, junto de jovens do 9º ano de escolaridade*” pretendeu explorar os conhecimentos, o estigma e as necessidades relativas às questões de saúde mental dos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade e realizou-se segundo a metodologia de cariz qualitativo. Esta metodologia valoriza a análise indutiva, holística e ideográfica dos dados, procurando compreender a globalidade dos fenómenos sem descuidar a contextualização dos sujeitos (Almeida & Freire, 2003). Como tal, apresenta enquanto objetivo o estudo das realidades sem as fragmentar e sem as descontextualizar, para isso serve-se de dados próprios e não de teorias prévias. Desta forma, salienta o conhecimento a partir da experiência subjetiva dos participantes e pretende conhecer o modo como as pessoas experienciam e interpretam o tema em estudo (Almeida & Freire, 2003; Strauss & Corbin, 1997).

O método de *focus groups* é associado a uma discussão estruturada em grupo que permite aceder a vários testemunhos e opiniões acerca de um mesmo assunto que, por sua vez, pode ser capaz de suscitar divergências, bem como gerar novas ideias e conhecimentos (Kitzinguer, 1994). Dessa forma, a informação surge de modo espontâneo e contextualizado num ambiente de interação entre os sujeitos e simultânea partilha de crenças face aos fenómenos (Oldenburg, Williams, McGonigal-Kenney, Maas & Tripp-Reimer, 2007). Este método adquire, geralmente, bastante receptividade estimulando a comunicação entre os participantes, que se encorajam entre eles, permitindo incentivar a abordagem de temas mais constrangedores e facilitar a expressão de ideias e experiências (Kitzinguer, 1994).

De seguida serão apresentados os objetivos específicos e as questões de investigação, posteriormente, serão descritos os participantes, os instrumentos e os procedimentos de recolha e de análise de dados do presente estudo.

5.1 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos desta investigação foram definidos a partir do objetivo geral da mesma:

1. Explorar o tipo de conhecimentos sobre saúde mental (literacia em saúde mental) que alunos do 9º ano de escolaridade apresentam.
2. Explorar o estigma associado às perturbações mentais ou a problemas de saúde mental que alunos do 9º ano de escolaridade demonstram.
3. Entender a possível influência da proximidade a perturbações mentais ou problemas de saúde mental, do género e da existência de pais com profissões ligadas à saúde no tipo de conhecimentos sobre saúde mental e no estigma, explicitados por alunos do 9º ano de escolaridade.
4. Identificar a pertinência e as necessidades ao nível dos conteúdos sobre questões de saúde mental, referidas por alunos do 9º ano de escolaridade. Identificar o tipo de participantes, os seus conteúdos de interesse, dinâmicas e duração, com a finalidade de ser desenvolvida uma intervenção de promoção de saúde mental.

5.2 Questões de investigação

Partindo dos objetivos específicos acima definidos, foram formuladas as seguintes questões de investigação:

- Qual o tipo de informação que alunos do 9º ano de escolaridade possuem sobre saúde mental (*literacia em saúde mental*)?
- Que preconceitos, estereótipos e comportamentos discriminatórios (estigma) associados às perturbações mentais ou problemas de saúde mental são explicitados por alunos do 9º ano de escolaridade?
- Qual a influência da proximidade a perturbações mentais ou problemas de saúde mental, do género e da existência de pais com profissões ligadas à saúde no tipo de conhecimentos sobre saúde mental e no estigma, referidos por alunos do 9º ano de escolaridade?

- Qual a pertinência e as necessidades sobre questões de saúde mental referidas por alunos do 9º ano de escolaridade? Qual o tipo de participantes, os seus conteúdos de interesse, dinâmicas e duração a serem considerados numa intervenção de promoção de saúde mental?

5.3 Participantes

De acordo com a natureza qualitativa desta investigação, os participantes apresentam características determinadas pelas necessidades do próprio estudo (Denzin & Lincoln, 1994). Como tal, o critério de inclusão estabelecido foi a frequência do 9º ano de escolaridade.

Nesse sentido, foi realizada a apresentação do projeto às turmas do 9º ano como forma de constatar o interesse dos alunos na participação no *focus group*. De seguida, foi solicitado o consentimento informado aos encarregados de educação dos jovens que se prontificaram a participar (Anexo 1).

Assim, participaram neste estudo 11 alunos que frequentavam o 9º ano de escolaridade, de uma instituição de ensino privado do grande Porto, sendo que 4 dos quais tinham 13 anos e os 7 participantes restantes 14 anos de idade. O grupo era constituído por 9 participantes do género feminino e 2 do género masculino, todos os elementos eram solteiros e estudantes. A nacionalidade de 9 dos participantes era portuguesa, sendo que os outros 2 elementos referiram possuir dupla nacionalidade.

No que diz respeito à ocupação dos tempos livres 6 dos participantes indicaram a prática de atividades desportivas e 4 referiram a prática de atividades artísticas, sendo que um dos elementos do grupo não mencionou a prática de nenhuma dessas atividades. Apenas um elemento assinalou a prática de atividades desportivas e artísticas em simultâneo. Os participantes referem, ainda, outras ocupações como a leitura, televisão, cinema, internet, jogos da *playstation* e, com maior predominância, a utilização da *internet*.

Relativamente ao concelho de residência 6 dos participantes referiram que a sua habitação se localizava no Porto, enquanto 4 elementos indicaram, respetivamente, as cidades de Vila Nova de Gaia, Maia, Massarelos e Famalicão, existindo 1 elemento que não mencionou o seu concelho de residência.

Tendo por base os indicadores da Classificação de Graffar⁴ obtidos, estes sugerem que o grupo se situa no nível 1, isto é, nível socioeconómico elevado.

Importa salientar que estes dados foram recolhidos no âmbito do protocolo do projeto global “Abrir Espaço à Saúde Mental”, pelo que nem todos serão alvo de análise desta investigação.

5.4 Instrumentos

Para a realização deste estudo empírico foram elaborados e utilizados os seguintes instrumentos:

- Questionário Sociodemográfico

Procedeu-se à construção de um questionário sociodemográfico (Anexo 2), composto por 13 itens, no sentido de se conhecerem determinadas características dos participantes deste estudo. Este instrumento permitiu recolher dados acerca da data de nascimento, género, estado civil, ocupação/profissão, ano de escolaridade, ocupação dos tempos livres, nacionalidade, concelho de residência, local onde reside, conforto da habitação, principal fonte de rendimento familiar e agregado familiar dos jovens. O nível socioeconómico dos participantes foi medido através da Classificação de *Graffar*.

- Guião do *Focus Groups*

A construção do guião foi realizada em equipa, tratando-se de um processo sequenciado por quatro etapas que permitiram a evolução deste instrumento.

Primeiramente foram realizadas duas reuniões de equipa no âmbito da formação para o desenvolvimento dos *focus groups*. Deste modo, foram solidificados os conhecimentos acerca da metodologia qualitativa e do *focus group*, abordando a sua definição, as vantagens e desvantagens desta metodologia, as questões éticas envolvidas, o papel do moderador e os critérios de eficácia deste método. Foram analisados os objetivos gerais e específicos do estudo, bem como os principais conceitos da investigação (*literacia em saúde mental* e estigma). Assim, reuniram-se as condições para a formulação de questões a integrar no guião, seguindo-se a realização de *role-play* em equipa. Posteriormente o guião do *focus group* foi reformulado com vista à sua utilização no *focus group* piloto que apresentou como finalidade testar a adequabilidade do mesmo à população alvo.

⁴ Classificação de Graffar trata-se de uma classificação social internacional que caracteriza a família a partir de 5 critérios: profissão e instrução dos pais, aspecto do bairro onde habita, conforto do alojamento e principal fonte de rendimento familiar (Graffar, 1956 cit in Almeida, 2003).

O guião do *focus group* piloto abrangeu 5 domínios distintos: (I) Questão de quebra-gelo; (II) Doença Mental; (III) Saúde Mental; (IV) Ações de Sensibilização e (V) Interesses Globais. Estes domínios são compostos por 14 categorias: (1) Definição de Doença Mental; (2) Prevalência das Doenças Mentais; (3) Causas das Doenças Mentais; (4) Consequências das Doenças Mentais; (5) Prognóstico das Doenças Mentais; (6) Intenções Comportamentais face à Doença Mental; (7) Definição de Saúde Mental; (8) Fatores Protetores/Promotores de Saúde Mental; (9) Implicações da Saúde Mental; (10) Contacto Prévio com Questões de Saúde/Doença Mental; (11) Interesse na Participação em Ações de Sensibilização; (12) Formatos das Sessões da Ação de Sensibilização; (13) Interesses Globais (Música; Literatura; Filmes/Séries; Jogos; Redes Sociais; Personalidades); (14) Ocupações dos Tempos Livres. Cada uma destas categorias apresentava “pistas” que se tratavam de questões formuladas com mais detalhe para explicitar melhor as questões.

A realização do *focus group* piloto teve como objetivo de verificar a adequabilidade do instrumento em três grupos de jovens. Nos três *focus group* piloto realizados compareceram: 10 alunos do 7º ano de escolaridade, 10 alunos do 8º ano de escolaridade e 6 alunos do 9º de escolaridade, selecionados aleatoriamente numa instituição do ensino privado. Esta concretização foi possível devido ao preenchimento do consentimento informado dos encarregados de educação e dos participantes (Anexo 3), foi ainda explicitado que a dinamização seria filmada apenas por uma questão de aprendizagem dos próprios dinamizadores. A dinamização destes *focus groups* ficava a cargo de dois moderadores integrantes da equipa do projeto, por sua vez, o guião representava apenas um instrumento estruturador com algumas linhas orientadoras para a discussão em grupo permitindo a exploração espontânea dos vários assuntos. Terminado o momento de discussão, os dinamizadores preencheram as grelhas de registo (Anexo 4) onde abordavam os seguintes aspetos: descrição e apreciação da dinâmica de grupo, caracterização da postura dos participantes, enumeração dos temas explorados e avaliação do próprio desempenho. Tal como foi anteriormente mencionado, os momentos de dinamização foram gravados em formato audiovisual, no intuito de analisar e discutir em equipa os aspetos que podiam ser melhorados relativos ao desempenho dos dinamizadores, contribuindo também para o esclarecimento de dúvidas.

No momento de análise dos registos audiovisuais referentes aos *focus groups* piloto foi debatida a adequabilidade das questões realizadas aos participantes, bem como das dinâmicas utilizadas. Por sua vez, a apresentação do projeto e dos objetivos do *focus group* foi analisada em mais detalhe, no que diz respeito à linguagem verbal e não-verbal utilizada, apresentação do consentimento informado e do método de seleção dos participantes, definição das regras de gestão do grupo e a história utilizada para o quebra-gelo e a gestão do tempo da sessão. Por outro lado, no que diz respeito aos aspetos inerentes à

dinamização foram salientadas as questões de circulação da informação, a forma como os temas surgem no diálogo, os conteúdos abordados, a gestão do tempo de discussão, o desempenho do dinamizador e do co dinamizador. Desta forma, esta reflexão traduziu-se não só em algumas modificações do guião do *focus group* (Anexo 5), mas também na postura dos dinamizadores ao longo da tarefa.

5.5 Procedimentos

5.5.1 Procedimentos de Recolha de dados

A recolha de dados para o presente estudo contou com várias etapas, nomeadamente relacionadas com os processos éticos e deontológicos que requereram a elaboração de pedidos de autorização à Comissão Nacional de Proteção de Dados e à Direção Geral de Inovação e Enriquecimento Curricular (Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar) (Anexo 6).

Posteriormente estabeleceu-se contacto com a instituição de ensino privado para a realização do *focus group*. Após a decisão da escola em colaborar no projeto, foram enviados documentos de apresentação do projeto, pedido de autorização e, mais tarde, os consentimentos informados dos encarregados de educação dos participantes (ver Anexos).

De seguida, foram apresentados os objetivos do projeto aos alunos do 9º ano dessa instituição de ensino, a partir daqui, e conforme o interesse manifestado pelos jovens, os alunos inscreveram-se para colaborar no projeto e receberam o consentimento informado a ser preenchido pelos encarregados de educação. Concluída esta etapa, os participantes foram selecionados aleatoriamente.

A dinamização do *focus group* foi realizada no final do mês de Outubro de 2011 e contou com três momentos distintos. No primeiro momento de dinamização foram apresentados os dois dinamizadores⁵, esclarecidos os objetivos do projeto e do *focus group* e preenchidos os questionários sociodemográficos pelos participantes. Como forma de garantir os procedimentos éticos inerentes à investigação, foram explicados as questões referentes à confidencialidade e à gravação áudio do *focus group*, explicitando que tal apenas ocorria no sentido de facilitar a tarefa de análise de dados. Salientou-se, ainda, a possibilidade dos jovens se recusarem a participar na sessão a qualquer momento. Após a explicação destes

⁵ No momento de dinamização do *focus group* estiveram presentes dois elementos da equipa de investigação, sendo que um assumia o papel de dinamizador principal, isto é, desempenhava um papel mais ativo, e o outro como co-dinamizador que desempenhava um papel mais passivo e intervindo sempre que a sua participação fosse pertinente.

procedimentos, foi pedido que os participantes lessem e assinassem os consentimentos informados.

Posteriormente incentivou-se a discussão orientada pelo guião do *focus group*, previamente elaborado pela equipa de investigação. Ao longo de 1h35 foram abordados os temas propostos no guião, tendo sido exploradas todas as suas categorias.

Para finalizar este processo, as dinamizadoras preencheram as grelhas de monitorização que abordaram vários aspetos inerentes ao desempenho não só das dinamizadoras como dos participantes.

5.5.2 Procedimentos de Análise de Dados

A análise dos dados foi realizada segundo a “Análise de Conteúdo”, uma vez que foi sustentada pelos dados que o guião de *focus group* se propunha obter. Porém, foi igualmente assumida uma atitude de exploração de todas as informações que foram recolhidas através do *focus group* até ao final da concretização do sistema de categorias. A construção do conhecimento é assim realizada, culminando com a atribuição de significado da informação recolhida (Fernandes & Maia, 2001).

Nesse sentido, procedeu-se à análise dos dados relativos ao discurso dos participantes a partir da transcrição integral da gravação do ficheiro áudio do *focus group*. Seguidamente refletiu-se sobre as informações obtidas a partir da leitura flutuante que permitiu a interpretação dos conteúdos partilhados pelos jovens e possibilitou a construção de um sistema de categorias global. A unidade de análise utilizada focou-se nas expressões proferidas pelos participantes, ao nível das frases, palavras ou períodos, uma vez que a extensão da narração era selecionada de modo a garantir a compreensão da unidade de registo.

O passo seguinte correspondeu à construção, em equipa, de um tronco comum de categorização para o 7º, 8º e 9º ano de escolaridade, que abrangem categorias de 1ª, 2ª e 3ª geração. Existem, portanto, 4 categorias de 1ª geração, 26 categorias de 2ª geração e 143 categorias de 3ª geração. De referir que as categorias de 1ª geração foram construídas em conformidade com o guião utilizado para o *focus group*. A categorização global, abrangente aos 3 grupos de participantes, possibilita que o projeto “Abrir Espaço à Saúde Mental” integre totalmente os diferentes discursos referentes aos três níveis de escolaridade.

Como forma de facilitar e organizar o processo de categorização da informação obtida, recorreu-se ao programa *Nvivo 8* no computador.

6. Resultados

Neste ponto será apresentado o sistema de categorias realizado de acordo com a organização das referências discursivas dos participantes. De modo a facilitar a leitura, serão descritas apenas as categorias de 1ª, 2ª e 3ª geração, uma vez que o sistema de categorias e a árvore de categorias poderão ser consultadas em anexo (Anexo 7 e 8).

A organização dos dados obtidos seguirá as quatro principais dimensões do guião do *focus group*: (1) Definição de Doença Mental, (2) Definição de Saúde Mental, (3) Ações de Sensibilização e (4) Interesses Globais.

De acordo com o que é referido no enquadramento teórico desta dissertação, os conceitos de literacia em saúde mental e estigma apresentam sobreposições no que diz respeito à dissociação entre crenças e estereótipos. Dessa forma, a designação das categorias seguidamente apresentadas não contemplam a designação de estigma ou das suas componentes, na medida em que estas estão inerentes aos relatos dos jovens posteriormente analisados no capítulo da discussão dos resultados.

1. <u>Definição de doença mental</u>		Codificam-se nesta categoria todas as referências dos participantes acerca de conhecimentos sobre a doença mental que incluam: (1.1) Características e sintomas, (1.2) Causas, (1.3) Consequências, (1.4) Doenças mentais enunciadas, (1.5) Fatores de risco (1.6) Fatores precipitantes (1.7) Fontes de informação (1.8) Impacto da doença mental do outro (desconhecido); (1.9) Impacto da doença mental do outro (próximo); (1.10) Impacto da doença mental na comunidade; (1.11) Prognóstico; (1.12) Tratamento e (1.13) Terminologia.
Código	Designação	Descrição
1.1	<i>Características e sintomas</i>	Incluem-se nesta categoria todas as informações relativas ao conhecimento dos participantes acerca das características e sintomas das perturbações mentais, tais como: (1.1.1) Alterações; (1.1.2) Anormalidade; (1.1.3) Atitudes extremistas; (1.1.4) Boa pessoa; (1.1.5) Ciúmes (doentios); (1.1.6) Dizer palavrões; (1.1.7) Dúvidas quanto às características

		ou sintomas da doença mental; (1.1.8) Estranheza; (1.1.9) Falar com árvores e flores; (1.1.10) Falar sozinho; (1.1.11) Falta de noção da doença; (1.1.12) Ideias estranhas; (1.1.13) Início de consumos; (1.1.14) Insultar as pessoas; (1.1.15) Invulgaridade; (1.1.16) Isolamento; (1.1.17) Monotonia; (1.1.18) Morder pessoas; (1.1.19) Doença não muito importante; (1.1.20) Não estar em si; (1.1.21) Impercetível; (1.1.22) Nervosismo; (1.1.23) Obsessão; (1.1.24) Pensamentos diferentes ou estranhos; (1.1.25) Perigo; (1.1.26) Prisão à rotina; (1.1.27) Recusa da doença mental; (1.1.28) Sem noção da realidade; (1.1.29) Solidão; (1.1.30) Ter a noção de enlouquecer; (1.1.31) Ter sentimentos; (1.1.32) Tristeza; (1.1.33) Vida miserável.
1.2	Causas	Incluem-se nesta categoria todas as informações relativas às causas das perturbações mentais referidas pelos participantes, nomeadamente (1.2.1) Adquiridas; (1.2.2) Congénitas; (1.2.3) Dúvidas quanto à hereditariedade da doença mental; (1.2.4) Hereditárias.
1.3	Consequências	Incluem-se nesta categoria todas as informações relativas às consequências da perturbação mental, mencionados pelos participantes, tais como: (1.3.1) Dificuldades de vida; (1.3.2) Ficar mais maluco; (1.3.3) Perturbar a vida dos outros; (1.3.4) Prejudicar relação com amigos; (1.3.5) Prejudicar relações familiares; (1.3.6) Problemas familiares; (1.3.7) Problemas profissionais; (1.3.8) Solidão e isolamento; (1.3.9) Suicídio.
1.4	Doenças mentais enunciadas	Incluem-se nesta categoria todas as informações relativas aos exemplos que os participantes consideram perturbações mentais, tais como (1.4.1) Alzheimer; (1.4.2) Depressão; (1.4.3) Doença bipolar; (1.4.4) Parkinson; (1.4.5) Pedofilia; (1.4.6) Trissomia 21; (1.4.7) Dúvida quanto à consideração de doença mental; (1.4.8) Dúvidas quanto aos nomes de

		doenças mentais; (1.4.9) Outras alterações que não são enunciadas como doenças mentais; (1.4.10) Definição de doença mental.
1.5	Fatores de risco	Incluem-se nesta categoria todas as informações relativas aos fatores que, segundo os participantes, poderão levar ao desenvolvimento de uma perturbação mental, nomeadamente: (1.5.1) Forma como se tratam os problemas; (1.5.2) Proximidade com a doença mental.
1.6	Fatores precipitantes	Incluem-se nesta categoria as referências dos jovens relativas a fatores numa relação de causa-efeito que originam a doença mental. (1.6.1) Falta de convívio e (1.6.2) Solidão.
1.7	Fontes de informação	Incluem-se nesta categoria todas as informações relativas às fontes de informação, acerca das perturbações mentais, utilizadas pelos participantes, tais como: (1.7.1) Notícias.
1.8	Impacto da doença mental do outro (desconhecido)	Incluem-se nesta categoria todas as informações, referidas pelos participantes, relativas ao impacto das perturbações mentais do outro, enquanto elemento desconhecido, tais como: (1.8.1) Comportamental e (1.8.2) Emocional.
1.9	Impacto da doença mental do outro (próximo)	Incluem-se nesta categoria todas as informações, referidas pelos participantes, relativas ao impacto da doença mental do outro, enquanto elemento próximo de si, tais como: (1.9.1) Comportamental e (1.9.2) Emocional.
1.10	Impacto da doença mental na comunidade	Incluem-se nesta categoria todas as informações, referidas pelos participantes, relativas ao impacto das doenças mentais na comunidade, tais como: (1.10.1) Tolerância.
1.11	Prognóstico	Incluem-se nesta categoria todas as informações relativas ao conhecimento dos participantes acerca do prognóstico das perturbações mentais, nomeadamente: (1.11.1) Cura; (1.11.2) Dúvidas quanto ao prognóstico; (1.11.3) Fatores de bom prognóstico; (1.11.4) Fatores de mau prognóstico e (1.11.5) Tratamento.

1.12	Proximidade	Incluem-se nesta categoria todas as informações relativas à proximidade dos participantes com uma perturbação mental, tais como: (1.12.1) Amigos com perturbação mental e (1.12.2) Familiar com perturbação mental.
1.13	Terminologia	Incluem-se nesta categoria todas as informações relativas à terminologia utilizada pelos jovens para designar alguém com uma perturbação mental, nomeadamente: (1.13.1) Deficiência; (1.13.2) Maluco; (1.13.3) Não estar em si; (1.13.4) Obsessão; (1.13.5) Panca; (1.13.6) Perseguição.

2. <u>Definição de Saúde Mental</u>		Incluem-se nesta categoria todas as informações relativas ao conhecimento dos participantes sobre: (2.1) Características/sinais e (2.2) Fatores protetores/promotores da saúde mental.
Código	Designação	Descrição
2.1	Características/sinais	Incluem-se nesta categoria todas as informações relativas aos conhecimentos dos jovens sobre as características e sinais de saúde mental, tais como: (2.1.1) Ausência de atitudes estranhas, (2.1.2) Equilíbrio, (2.1.3) Níveis de serotonina, (2.1.4) Normalidade e (2.1.5) Vida saudável.
2.2	Fatores protetores e promotores de saúde mental	Incluem-se nesta categoria todas as informações relativas aos conhecimentos dos participantes sobre os fatores protetores e promotores da saúde mental: (2.2.1) Abrir-se com alguém, (2.2.2) Alimentação saudável, (2.2.3) Ambiente circundante, (2.2.4) Apoio dos amigos, (2.2.5) Apoio familiar, (2.2.6) Bem-estar mental, (2.2.7) Bem-estar social, (2.2.8) Comer chocolate, (2.2.9) Companhia, (2.2.10) Depende da pessoa, (2.2.11) Estabilidade das relações, (2.2.12) Local de residência, (2.2.13) Não pensar demasiado, (2.2.14) Não ter muito stress, (2.2.15) Praticar exercício físico, (2.2.16) Qualidade de vida,

		(2.2.17) Realização de atividades agradáveis, (2.2.18) Ter algum tempo para si e (2.2.19) Vida equilibrada.
--	--	--

3. <u>Ações de Sensibilização</u>		Incluem-se nesta categoria todas as informações enunciadas pelos participantes relativas à existência de (3.1) Contacto prévio com o tema da saúde/doença mental, (3.2) Formato das sessões, (3.3) Interesse na participação, (3.4) Pertinência da implementação de um projeto de promoção da saúde mental.
Código	Designação	Descrição
3.1	Contacto prévio	Incluem-se nesta categoria todas as informações relativas à existência de contacto prévio dos jovens com o tema da saúde/doença mental, tais como: (3.1.1) Através dos meios de comunicação; (3.1.2) Com os professores; (3.1.3) Com outras pessoas; (3.1.4) Em família e (3.1.5) Entre amigos.
3.2	Formato das sessões	Incluem-se nesta categoria todas as informações relativas aos aspectos a incluir no formato das sessões, nomeadamente: (3.2.1) Actividades; (3.2.2) Conteúdo das acções; (3.2.3) Duração; (3.2.4) Frequência; (3.2.5) Número de participantes; (3.2.6) População-alvo e (3.2.7) Tipo de sessão.
3.3	Interesse na participação	Incluem-se nesta categoria todas as informações relativas ao interesse manifestado, pelos participantes, na participação das acções de sensibilização, nomeadamente: (3.3.1) Interesse do próprio e (3.3.2) Recomendação a amigos.
3.4	Pertinência	Incluem-se nesta categoria todas as informações relativas à pertinência atribuída, pelos jovens, à implementação de um projeto de promoção da saúde mental, nomeadamente: (3.4.1) Saber o máximo sobre saúde mental.

4. <u>Interesses Globais</u>		Incluem-se nesta categoria todas as informações relativas aos interesses globais dos participantes, tais como: (4.1) Desporto, (4.2) Filmes, (4.3) Literatura, (4.4) Música, (4.5) Personalidades, (4.6) Redes sociais e (4.7) Séries enunciadas pelos jovens como referência.
Código	Designação	Descrição
4.1	Desporto	Incluem-se nesta categoria todas as informações relativas às modalidades desportivas praticadas pelos jovens, tais como: (4.1.1) Andebol; (4.1.2) Basquetebol; (4.1.3) Futebol; (4.1.4) Natação; (4.1.5) Surf; (4.1.6) Ténis e (4.1.7) Vólei.
4.2	Filmes	Incluem-se nesta categoria todas as informações relativas aos filmes de referência para os jovens, nomeadamente: (4.2.1) A Ressaca; (4.2.2) Comédia; (4.2.3) Comer, Orar e Amar; (4.2.4) Entrelaçados; (4.2.5) Marley e Eu e (4.2.6) Romance.
4.3	Literatura	Incluem-se nesta categoria todas as informações relativas ao interesse pela literatura manifestado pelos jovens, nomeadamente: (4.3.1) Gosto pela leitura; (4.3.2) Ausência de gosto pela leitura e (4.3.3) Nicholas Sparks.
4.4	Música	Incluem-se nesta categoria todas as informações relativas ao tipo de música ou intérpretes de referência dos jovens, tais como: (4.4.1) Adele; (4.4.2) Artic Monkeys; (4.4.3) Black Eyed Peas; (4.4.4) Bonjovi; (4.4.5) Bruno Mars; (4.4.6) Coldplay; (4.4.7) Guns N'Roses; (4.4.8) Katy Perry; (4.4.9) Lady Gaga; (4.4.10) Nirvana; (4.4.11) Rihanna; (4.4.12) Tony Bennett e (4.4.13) U2.
4.5	Personalidades	Incluem-se nesta categoria todas as informações relativas às personalidades de referência para os jovens, tais como: (4.5.1) Mãe.
4.6	Redes Sociais	Incluem-se nesta categoria todas as informações relativas às redes sociais utilizadas pelos participantes, nomeadamente: (4.6.1) Facebook.
4.7	Séries	Incluem-se nesta categoria todas as informações

		relativas às séries de referência para os jovens, tais como: (4.7.1) 90212; (4.7.2) A vida secreta de uma teenager; (4.7.3) American Dad; (4.7.4) Anatomia de Grey; (4.7.5) Bones; (4.7.6) Clínica Privada; (4.7.7) CSI Los Angeles; (4.7.8) CSI Nova Iorque; (4.7.9) Dr. House; (4.7.10) Family Guy; (4.7.11) Hawai Força Especial; (4.7.12) Lie to me; (4.7.13) No meio do nada; (4.7.14) Pequenas mentirosas e (4.7.15) Simpsons.
--	--	--

Após a descrição do estudo empírico, segue-se a etapa de análise dos respectivos resultados, bem como a discussão desses dados tendo por base a revisão da literatura sobre as temáticas que suportam este trabalho. Por fim, serão apresentadas as principais conclusões desta investigação, as suas limitações e implicações futuras.

7. Análise e Discussão dos Resultados

Neste capítulo da presente dissertação pretende-se efetuar uma análise dos resultados obtidos, bem como refletir sobre os mesmos mediante o recurso à literatura. Para tal é fundamental ter em conta o objetivo deste estudo que se foca, essencialmente, em explorar os conhecimentos, o estigma e as necessidades relativas às questões de saúde mental apresentadas por adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade.

Importa salientar, mais uma vez, que esta dissertação se encontra integrada no projeto “Abrir Espaço à Saúde Mental” que conta com a realização de dois outros estudos que possuem os mesmos objetivos, apesar de apresentarem populações-alvo diferentes, o 7º e 8º ano de escolaridade.

Torna-se pertinente ressaltar que a recolha de dados da presente investigação foi realizada numa instituição de ensino privado na qual os seus alunos beneficiam da eficácia de respostas às suas necessidades, não só ao nível curricular como também no que diz respeito ao departamento de psicologia. Para além deste fator favorável, os participantes desta pesquisa, segundo a escala de *Graffar* (Cf. Metodologia) parecem possuir um nível socioeconómico elevado, o que deverá ser tido em conta aquando da leitura dos resultados.

De seguida, serão apresentadas as questões de investigação deste estudo e a respetiva análise e discussão.

Tendo por base o conceito de literacia em saúde mental que se relaciona com os conhecimentos e crenças acerca das perturbações mentais, o seu reconhecimento, gestão e prevenção (Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers & Politt, 1997) serão utilizadas as seguintes categorias para responder à presente questão de investigação: (1) Definição de perturbação mental e (2) Definição de saúde mental, bem como as respetivas subcategorias. De salientar que, embora seja difícil dissociar os conhecimentos dos estereótipos associados à perturbação mental, os estereótipos serão analisados de forma mais sistemática na segunda questão de investigação deste estudo.

- **Definição de perturbação mental**

O conceito de perturbação mental foi definido apenas por um participante do sexo masculino que a descreve como *“uma doença que afeta tanto a parte física como a parte mental e social”*. Tendo em conta a conceptualização de saúde mental como um estado dinâmico que envolve a componente física, mental, espiritual e física (Moreira & Melo, 2005) e, uma vez que existe um *continuum* entre a condição de saúde e perturbação mental, o discurso do jovem sugere ter alguns conhecimentos a este nível.

No momento em que foram discutidas as perturbações mentais reconhecidas pelos jovens, estes recorrem a exemplos de familiares ou conhecidos, referindo a (1.4.1) *demência de Alzheimer*, (1.4.3) *perturbação bipolar* e a (1.4.2) *depressão*. Contrariamente ao que a literatura indica, o participante identificou a depressão enquanto perturbação mental e não como estado de humor (Olsson & Kennedy, 2010), ou estado psicológico comum vulgarmente denominado por crises de vida (Lauber, Nordt, Falcato & Rössler, 2001). É pertinente constatar que esse mesmo participante apresenta proximidade com o exemplo que partilha na discussão (*“tenho uma tia (...) que está a sofrer de uma depressão”*), ao analisar este resultado importa atender ao aumento da prevalência da depressão que em Portugal apresenta valores de 20% (DGS, 2006). Este facto sugere que o crescente contacto com pessoas afetadas pela depressão parece indicar o aumentar do reconhecimento dessa perturbação (Lauber, Nordt, Falcato & Rössler, 2003).

Por outro lado, também foram nomeadas enquanto perturbações mentais o (1.4.4) *Parkinson*, a (1.4.5) *pedofilia* e a (1.4.6) *trissomia 21*. A consideração de trissomia 21 como perturbação mental não foi aceite por todos os elementos, sendo que um participante do sexo feminino contesta afirmando que *“isso não é uma doença mental”*. Importam ainda referir as dúvidas relativas à designação de perturbações mentais, nomeadamente a descrição realizada por uma participante *“aquelas pessoas que se cortam e fazem sofrer a elas mesmas e têm ataques suicidas e esse tipo de coisas...”*.

Relativamente às características associadas pelos participantes às pessoas com perturbação mental verifica-se a atribuição de uma conotação maioritariamente negativa, demonstrando, por vezes, a internalização de estereótipos face a este tema. Destacam-se nos discursos dos jovens noções de (1.1.2) *Anormalidade*, (1.1.8) *Estranheza* e (1.1.26) *Perigo*. No entanto, tal como foi previamente mencionado, a presença destes estereótipos será discutida mais detalhadamente na questão de investigação que se segue.

No que concerne à etiologia das perturbações mentais, uma participante afirma que *“pode haver doenças que nascem com as pessoas”*, esta ideia é também sustentada no discurso de outros jovens do grupo. Porém, são também indicadas causas (1.2.4) *hereditárias*,

sugerindo concordância com a literatura, uma vez que, atualmente, a herança genética pode assumir um papel preponderante (OMS, 2001). Os participantes enunciam, ainda, como causas das perturbações mentais os (1.2.1.4) *consumos* de droga, (1.2.1.6) *falta de apoio* e (1.2.1.8) *problemas familiares*, curiosamente identificados pela literatura como fatores de risco, sendo o consumo de cannabis associado ao risco de se desenvolver uma psicose (Moore, Zammit, Barnes, Jones & Burke, 2007). Por outro lado, o tipo de práticas parentais pode estar na base do desenvolvimento de uma depressão ou perturbação de ansiedade nas crianças (McLeod, Weisz, & Wood, 2007) e o conflito entre os pais pode aumentar o risco de mau estar psicológico (Kelly, 2000).

No caso dos participantes desta investigação, os (1.5) *fatores de risco* são associados ao (1.5.2.1) *contacto próximo* com pessoas afetadas por uma perturbação mental que sugere eventual concordância com os resultados do estudo de McLeod e colaboradores (2007), e por outro lado, à (1.5.1) *forma como se tratam os problemas*. A ênfase neste último aspeto poderá ser justificada a partir dos exemplos partilhados pelos participantes, uma vez que, na sua maioria, os problemas por estes enunciados não apresentam qualquer forma de tratamento. Quanto aos (1.6) *fatores precipitantes* da perturbação mental, os participantes atribuem grande destaque às relações sociais, particularmente, à (1.6.1) *falta de convívio* (“ (...) *o facto de ele não conviver com ninguém deve ter ajudado e muito* (...) ”) e (1.6.2) *solidão*.

O tema relativo às (1.3) *consequências* provenientes da perturbação mental suscitou vários discursos entre os participantes, tendo sido por estes evidenciadas, de forma mais abrangente, as (1.3.1) *dificuldades de vida* (“ (...) *ao longo da vida faz com que a pessoa tenha uma vida complicada*”), por outro lado, são enunciadas (a) consequências no âmbito social: (1.3.3) *perturbar a vida dos outros*, (1.3.4) *prejudicar a relação com amigos*, (1.3.5) *prejudicar relações familiares*, (1.3.6) *problemas familiares* e (1.3.7) *problemas profissionais* e (b) consequências no âmbito pessoal: (1.3.2) *ficar mais maluco*, (1.3.8) *solidão e isolamento* e (1.3.9) *suicídio*. Efetivamente, de acordo com o Relatório Mundial de Saúde da OMS (2001), os indivíduos revelam algumas inquietações relativas ao seu problema, na medida em que se sentem um fardo para a sua rede social e familiar por não poderem arcar com todas as suas responsabilidades e se sentirem incapazes de participar em atividades profissionais e de lazer, sendo essa incapacidade, geralmente, motivada pela discriminação.

Neste sentido, a perceção dos participantes acerca das consequências da perturbação mental parece estar em concordância com o que referem relativamente ao (1.9) *impacto da perturbação mental do outro (próximo)*. Durante este tópico de discussão, os jovens debruçam-se sobre o impacto (1.9.1) *comportamental* e (1.9.2) *emocional*, manifestando, desde logo, (1.9.2.1) *preocupação* (“ (...) *se um amigo meu tivesse uma perturbação (...) podia estar um bocadinho preocupada de mais*”) e sentimento de pena pela pessoa afetada.

As reações comportamentais refletem esses sentimentos: “ (...) *estaria mais a apoiar a pessoa e gostaria que a pessoa soubesse que eu estava lá*”, complementam referindo ainda o (1.9.1.6) *recurso a pessoas próximas* da pessoa afetada pela perturbação mental, nomeadamente a (1.9.1.6.1) a *família*. Estes dados vêm contrapor os resultados da investigação de Kelly, Jorm e Rodgers (2006) que afirma a relutância dos jovens em recorrer a um adulto para partilhar ou resolver um problema de um colega. É apresentada uma atitude de compreensão na tentativa de perceber (1.9.1.5.1) o *motivo* da condição de saúde e (1.9.1.5.2) o *que se passa* e, por outro lado, uma atitude mais pragmática “ (...) *teria de ser arranjada uma solução para internar ou dar medicamento a essa pessoa* (...) “. Estes resultados parecem estar de acordo com a maioria dos elementos chave, nomeados por Kitchener (2010), de boas práticas para ajudar alguém com uma perturbação mental. Torna-se pertinente constatar que apesar dos participantes terem referido, anteriormente, que a perturbação mental poderia prejudicar as relações familiares e sociais, os jovens sugerem reações positivas relativamente à forma de atuação face a alguém próximo com esse problema. Por outro lado, é interessante refletir acerca da associação entre esta atitude positiva e o bom nível de conhecimentos que os mesmos parecem demonstrar, bem como a possível desejabilidade social inerente nas respostas dos participantes a este tópico.

No que diz respeito ao (1.8) *impacto da perturbação mental do outro desconhecido*, os participantes não manifestam as mesmas reações positivas abordadas no ponto anterior. São referidos, pelos jovens, comportamentos que evitam o contacto com a pessoa afetada, tais como, (1.8.1.1) *atravessar para o outro lado da rua* e (1.8.1.2) *não olhar*. Ao nível emocional é denunciada alguma sensibilização “ (...) *há uma doença mental que até custou ver* (...) ” e (1.8.2.3) *sentimento de pena*, embora também seja revelado (1.8.2.2) *medo*. Numa abordagem mais abrangente, foi discutido o (1.10) *impacto da perturbação mental na comunidade* onde se verificou uma postura de (1.10.1) *tolerância* pela sociedade em geral.

Atendendo aos resultados provenientes da pesquisa de Jorm (2011) que identificam a rede de suporte enquanto bom preditor do desenvolvimento de uma perturbação, estes parecem estar em conformidade com os dados desta investigação, onde os participantes afirmam como potenciadores de (1.11.3) *bom prognóstico* fatores como o (1.11.3.2) *acompanhamento familiar*. A literatura confirma este dado indicando a preponderância das relações familiares são no bem-estar dos sujeitos, uma vez que proporcionam segurança e conforto (Armstrong, Hill & Secker, 2000). Além disso, os jovens destacam a importância do (1.11.3.3) *acompanhamento psicológico* e nomeiam: (a) fatores materiais, como (1.11.3.4) *condições monetárias* e (1.11.3.6) *ter uma casa* e (b) fatores individuais ligados à aceitação da doença; à vontade e pensamento otimista de que a pessoa afetada consegue melhorar. Tendo em conta a variedade de fatores de bom prognóstico discutidos pelos participantes, estes não acreditam na (1.11.1) *cura* da perturbação mental, porém um participante refere

que “ (...) *podem ser feitos tratamentos e podem tomar medicamentos que melhorem a qualidade de vida da pessoa*”. O facto da mãe deste jovem ter uma profissão ligada à saúde (farmacêutica) poderá justificar a evidência de conhecimentos na afirmação do participante. Enquanto (1.11.4) *fator de mau prognóstico* os participantes voltam a nomear a (1.11.4.1) *solidão* como sendo prejudicial ao desenvolvimento de uma perturbação mental.

À semelhança de outros estudos (Jorm et al., 2005; Kovess et al., 2007; Lauber et al., 2001) os participantes consideram o recurso a (1.12.1.1.4) *psicólogos* como um tratamento eficaz. É pertinente refletir, neste contexto em particular, acerca da “facilidade de acesso e familiaridade” com a psicóloga desta instituição educativa que poderá estar na origem deste resultado, contrariamente ao que é referido na investigação de Burns e Rapee (2006), esta proximidade entre os alunos e a psicóloga não é recorrente nas escolas portuguesas. Outro tratamento eficaz identificado durante a discussão foca-se na (1.12.1.1.3) *medicação*. Uma participante do sexo feminino refere que “*a medicação (...) pode adormecer a doença...*” sugerindo uma ideia diferente dos estudos que indicam a visão negativa que a sociedade detém acerca da medicação (Jorm et al., 2007; Lauber et al., 2001). Os participantes referem, ainda, o (1.12.1.1.2) *internamento* e (1.12.1.1.1) *abrir-se com pessoa próxima* como tratamentos eficazes para a perturbação mental. Deste modo, as informações referentes aos à existência e eficácia dos tratamentos expostas pelos jovens são adequadas, segundo as investigações de Jorm (2011) e Cotton e colaboradores (2006), estes conhecimentos associados à faixa etária dos jovens podem ser bons indicadores para a procura de ajuda precoce para o tratamento da perturbação mental.

- **Definição de saúde mental**

Comparativamente às características e sintomas da perturbação mental relatadas pelos jovens foi notória a maior dificuldade que os mesmos revelaram em definir e caracterizar a saúde mental. Este facto pode justificar-se pela complexidade da definição de saúde mental que, não se tratando somente da ausência de doença, se traduz no equilíbrio emocional entre as capacidades internas e as exigências do meio ambiente ou vivências externas (OMS, 2001). A opinião dos participantes reflete parte desta definição, já que neste tópico expõem o (2.1.2) *equilíbrio* e a necessidade de uma (2.1.5) *vida saudável* para garantir a saúde mental de um indivíduo. Indicam ainda a (2.1.1) *ausência de atitudes estranhas* e o conceito de (2.1.4) *normalidade*, embora a participante não o consiga definir “*uma pessoa que perante os outros e perante a sociedade age, mais ou menos, como o normal e o geral das pessoas*”. Torna-se pertinente referir a associação realizada por uma participante do sexo feminino entre os níveis de serotonina no cérebro e a saúde mental, apesar de não

demonstrar exatidão na informação que extraiu de um documentário revela um conhecimento mais específico acerca desta temática.

Por sua vez, a discussão dos fatores protetores e promotores de saúde mental traduziu-se num maior envolvimento dos jovens e, conseqüentemente, numa maior variedade de opiniões. Predomina a importância do (2.2.3) *ambiente circundante* (“o ambiente que nos rodeia, as pessoas que estão connosco...”), da (2.2.11) *estabilidade das relações* existentes e de uma (2.2.19) *vida equilibrada*, explicitada como “*estar bem a nível social e mental com vida equilibrada*”. Os participantes nomeiam ainda como fatores favoráveis para a saúde mental o (2.2.4) *apoio dos amigos*, (2.2.25) *apoio familiar*, a (2.2.15) *prática de exercício físico* e a (2.2.17) *realização de atividades agradáveis*. Estes conhecimentos entram em concordância com a opinião de profissionais e de jovens participantes de um estudo realizado na Austrália relativo às estratégias de prevenção da saúde mental (Jorm, Morgan & Wright, 2010).

Ao longo da discussão, os participantes revelam, na sua maioria, conhecimentos adequados acerca das questões relacionadas com a saúde mental. No entanto, são de salientar algumas respostas que indicam a necessidade de transmissão de mais informações sobre esta temática, nomeadamente, o que diz respeito às características/sintomas, conseqüências e exemplos de perturbação mental. É pertinente refletir sobre este resultado de conhecimentos, maioritariamente, satisfatórios e o nível socioeconómico elevado dos participantes já que a literatura indica que níveis socioeconómicos elevados correspondem a bons níveis de literacia em saúde mental (CAMIMH, 2007). Por sua vez importa ter em conta a maior proximidade com pessoas afetadas por uma perturbação mental (amigos e/ou familiares) como fator que parece interferir no tipo de conhecimentos revelados pelos jovens. Os participantes que apresentam conhecimentos mais limitados relativos a esta temática parecem ser aqueles que não têm um contacto tão próximo com pessoas com perturbação mental (Angermeyer et al., 2004; Arviniti et al., 2008; Penn & Couture, 2002).

2. Que preconceitos, estereótipos e comportamentos discriminatórios (estigma) associados a perturbações mentais ou problemas de saúde mental são explicitados por alunos do 9º ano de escolaridade?

Tal como é explicitado no enquadramento teórico, esta investigação é realizada tendo por base o conceito de estigma, desenvolvido por Corrigan (2002), constituído por três componentes: (a) estereótipos ou crenças coletivas relativas à perturbação mental, (b) preconceitos como resposta emocional ou cognitiva à perturbação mental e (c)

discriminação como resposta ou reação comportamental. A resposta à presente questão de investigação será realizada de acordo com este conceito e com, recurso à análise dos dados referentes às seguintes categorias: (1.1) *características e sintomas*, (1.2) *causas*, (1.3) *consequências*, (1.8) *impacto da perturbação mental do outro (desconhecido)*, (1.9) *impacto da perturbação do outro (próximo)*, (1.10) *impacto da perturbação mental na comunidade* e (1.14) *terminologia*. Porém, importa sublinhar que na questão anterior alguns deste aspetos já foram abordados,

- **Estereótipos**

Ao longo do discurso os jovens partilham crenças coletivas referentes à perturbação mental ou a problemas de saúde mental, nomeadamente, na terminologia que utilizam para se referir a alguém com essa condição e nas características que lhe associam. Os participantes designam, frequentemente, a perturbação mental por (1.13.1) *deficiência* (“ (...) *um senhor que acho que tinha uma deficiência qualquer (...)* ”) ou (1.13.5) *panca* e referem-se às pessoas afetadas pela perturbação mental como (1.13.2) *maluco*. Nestas designações parecem estar implícitas crenças negativas relacionadas com a perturbação mental que remetem para a estigmatização das pessoas com perturbação mental.

De acordo com vários estudos, os estereótipos da perturbação mental incidem em crenças de “estranheza”, “anormalidade” e “perigosidade” (Crisp et al., 2000; Corrigan et al., 2005; Loureiro et al., 2008). Essas características também estão patentes nesta pesquisa com relevante predominância ao longo dos discursos, contudo importa salientar que a internalização destes estereótipos nos discursos dos jovens ocorre apenas quando estes se referem a pessoas com perturbação mental com quem não têm proximidade. Este resultado parece indicar concordância com estudos que referem a diminuição do estigma quando existe proximidade com pessoas afetadas por uma perturbação mental (Angermeyer, Matschinger & Corrigan, 2004; Arvaniti, Samakouri, Kalamara, Bochtsou, Bikos, & Livaditis, 2008; Penn & Couture, 2002), esta relação será explorada com mais detalhe na questão de investigação que se segue.

- **Preconceito**

As respostas emocionais negativas partilhadas pelos participantes durante a discussão parecem estar em consonância com a noção de perigosidade mencionada nos estereótipos, já que os participantes revelam (1.8.2.2) *medo* perante as pessoas desconhecidas com perturbação mental (“*Eu acho que às vezes podem ser violentos, acho que é disso que temos mais medo*”). Esta demonstração de receio sugere concordância com outros estudos debruçados nesta temática (Corrigan & Watson, 2002; Corrigan et al., 2001). Embora seja notória a existência de algumas crenças coletivas relacionadas com as questões de saúde

mental (como foi mencionado no tópico anterior), as reações emocionais expressas pelos jovens não revelaram especial destaque ao longo dos discursos.

- **Discriminação**

Resultados de diversos estudos têm demonstrado que o impacto da perturbação mental pode desencadear, primeiramente uma resposta emocional e, de seguida, uma reação comportamental, muitas vezes, negativa envolvida no afastamento social (Angermeyer, et al., 2004; Corrigan et al., 2005; Loureiro et al., 2008; Palha et al., 2008). Esse comportamento é também revelado nesta investigação, mas apenas um dos participantes refere (1.8.1.1) *atravessar para o outro lado da rua* quando se depara com alguém desconhecido afetado por uma perturbação mental, justificando que “*pensamos que essas pessoas podem ser violentas, podem fazer coisas que nós não gostaríamos que elas fizessem*”. Contudo, será importante refletir, mais uma vez, sobre a ausência de proximidade a problemas de saúde mental que parece indicar níveis de estigma mais elevados (Angermeyer, Matschinger & Corrigan, 2004; Arvaniti, Samakouri, Kalamara, Bochtsou, Bikos, & Livaditis, 2008; Penn & Couture, 2002).

Apesar deste caso isolado, os jovens enumeram em maior número comportamentos positivos face à perturbação mental, como por exemplo, “*apoiando (...) estando com ela e ajudando, como alguém disse não fazer troça...*”, mencionado por uma participante do sexo feminino. Ao nível das atitudes positivas são também referenciadas pelos adolescentes várias estratégias que utilizariam para ajudar uma pessoa com perturbação mental, nomeadamente: (1.9.1.1) *arranjar solução para internar ou dar medicação*, ter (1.9.1.2) *atitudes equilibradas*, (1.9.1.5.1) *perceber o motivo* e (1.9.1.5.2) *o que se passa* e, ainda, (1.9.1.6.1) *recorrer à família*.

Do exposto, verifica-se que o estigma não está marcadamente presente no discurso dos jovens, no entanto, importa refletir sobre este dado atendendo à possível desejabilidade social inerente a estas questões. Por sua vez, a desejabilidade social poderá entrar em confronto com o meio em que estes jovens se inserem, pelo que o nível socioeconómico mais elevado parece estar relacionado com maiores níveis de conhecimentos sobre este assunto (CAMIMH, 2007). Isto sugere o possível contacto com informação do discurso de outras pessoas, nomeadamente, as figuras parentais.

3. Qual a influência da proximidade a perturbações mentais ou problemas de saúde mental, do género e da existência de pais com profissões ligadas à saúde no tipo de conhecimentos sobre saúde mental e no estigma explicitada por alunos do 9º ano de escolaridade?

- **Proximidade**

Ao longo do discurso os jovens fazem várias referências a exemplos de situações relacionadas com pessoas que conhecem com perturbação mental. Estes exemplos manifestam a proximidade existente entre os participantes e outras pessoas afetadas por uma perturbação mental ou problemas de saúde mental, designadamente (1.12.1) *familiares* ((1.12.1.1) *tia*) e (1.12.2) *outros com perturbação mental*.

Estes resultados parecem ir ao encontro de outros estudos onde se concluiu que os jovens apresentam perceções menos estigmatizantes quando associam comportamentos relacionados com os problemas de saúde mental com amigos ou familiares (Corrigan & Watson, 2002; Schulze, 2003; Stuart, 2006).

A proximidade familiar é referida por um jovem do sexo masculino (“*eu tenho uma tia (...) que neste momento está a sofrer de uma depressão*”) que ao longo de toda a discussão se destaca pelo envolvimento demonstrado na maioria dos tópicos de debate. É curioso averiguar que, neste caso em particular, é demonstrada maior segurança nas respostas dadas em relação aos restantes participantes. Efetivamente, os participantes deste estudo fazem sucessivas referências a pessoas afetadas por uma perturbação mental ou problemas de saúde mental com quem não estabelecem propriamente uma relação familiar ou de amizade, nomeadamente o exemplo de uma participante do sexo feminino: “*a mãe de uma amiga minha, que eu conhecia tinha doença bipolar...*”. Desta forma, a operacionalização da proximidade utilizada nos enunciados dos adolescentes demonstra que todos os participantes desta investigação têm ou tiveram contacto (mais ou menos próximo) com, pelo menos, uma pessoa afetada por uma perturbação mental ou com problemas de saúde mental. Uma vez que a maioria dos conhecimentos revelados pelos jovens em torno das questões de saúde mental se revelou satisfatório, verifica-se que o fator de proximidade pode exercer alguma influência positiva relativa ao tipo de informação existente. Por outro lado, atendendo ao resultado discutido anteriormente, o estigma não está marcadamente presente nos discursos destes jovens, podendo este dado sugerir a relação entre a proximidade e a diminuição do estigma das pessoas com perturbação mental.

Estes resultados são corroborados por estudos onde a proximidade parece ser, simultaneamente, um indicador de maior conhecimento sobre questões de saúde mental (Cotton et al., 2006; Jorm, 2011) e de baixos níveis de estigmatização das pessoas com perturbação mental (Corrigan & Watson, 2002; Schulze, 2003; Stuart, 2006). A influência da proximidade sobre o estigma é explicitada por alguns autores pelo facto do contacto com uma pessoa afetada por uma perturbação mental ou problemas de saúde mental gerar uma partilha de experiências que pode permitir aos indivíduos sem perturbação mental obter uma perspetiva mais real sobre as pessoas com aquela problemática, nomeadamente, verificar que as diferenças entre as duas condições podem ser diminutas (Corrigan, Edwards, Green, Thwart & Perm, 2001; Guimond, 2008).

- **Género**

Atendendo à informação previamente referida na caracterização dos 11 participantes desta investigação, o número de jovens do género masculino é apenas 2 significando que a grande maioria deste grupo é constituído por adolescentes do sexo feminino. Perante esta desigualdade não é possível alcançar uma ampla e fundamentada confrontação entre os dois géneros.

De acordo com o estudo de Burns e Rapee (2006), as raparigas demonstram maiores conhecimentos acerca de questões em torno da saúde mental. Na presente investigação os dois rapazes, sobretudo um deles (PM2), parecem revelar níveis de conhecimentos semelhantes àqueles apresentados pelas participantes do género feminino.

Segundo a literatura, o estigma parece ser menos prevalente nas raparigas (Cotton et al., 2006; Angermeyer & Matschinger, 2003; Burns & Rapee, 2005), contudo, na presente investigação as participantes do sexo feminino expressam mais sentimentos de medo (*“Podem não ser assim tão violentos como nós pensamos, mas como têm algumas atitudes que nos levam a pensar isso, se calhar nós depois temos medo...”*) e insegurança perante alguém com perturbação mental (que não conhecem) revelando afastamento (*“Às vezes apetece-nos virar para outro sítio porque acho que nós pensamos que essas pessoas podem ser violentas”*).

- **Profissão dos pais ligada à saúde**

Tendo em conta a ficha sociodemográfica preenchida pelos participantes, foi possível constatar que apenas um dos jovens refere que a mãe tem uma profissão ligada à saúde (farmacêutica).

O jovem do sexo masculino (PM2), parece demonstrar alguns conhecimentos sobre saúde mental relacionados com a identificação de (1.5) *fatores de risco* afirmando que os problemas de saúde mental ou as perturbações mentais “*podem surgir através de problemas que se vão tendo ao longo da vida (...) vão deixando o assunto desenrolar-se, mas se calhar se impedissem na altura certa não chegavam a um ponto tão extremo*”. O participante revela igualmente conhecimentos acerca do (1.11) *prognóstico* enunciando que “*uma pessoa não consegue livrar-se da doença, mas pode atrasar os seus efeitos*”, dos (1.11.3) *fatores de bom prognóstico* e do (1.12) *tratamento*. A adequabilidade dos conhecimentos deste participante não se diferencia marcadamente dos restantes jovens do grupo, porém é de sublinhar, como já foi anteriormente referido, o constante contributo na discussão e a segurança relativa aos conhecimentos que demonstra ao longo do seu discurso.

No que diz respeito ao estigma, dados da literatura sugerem que os profissionais de saúde apresentam mais atitudes estigmatizantes que o público em geral, em particular, ao nível da discriminação das pessoas com perturbação mental (Jorm et al., 1999). Não obstante, poderá ser pertinente refletir sobre este resultado tendo em conta os dados de um estudo focado nas atitudes de estudantes do curso de farmácia que expõem a vontade criar maior distância social das pessoas com esquizofrenia, assim como de lhes prestar menos assistência (Nordt, et al, 2006). Na medida em que estes dados da literatura sugerem a possibilidade de estigmatização acentuada por parte dos profissionais ligados à saúde, parece que essa relação não se verifica no presente estudo, já que não são encontradas evidências especialmente relevantes quanto aos níveis de estigmatização deste participante. Por um lado, a mãe do jovem poderá não estar incluída no grupo de profissionais de saúde que estigmatiza as pessoas com perturbação mental ou, por outro, as crenças do participante poderão não ser influenciadas pela possível estigmatização manifestada pela mãe perante as pessoas com essa condição de saúde. Importa ainda refletir acerca de uma terceira possibilidade para este resultado relativa à possível desejabilidade social inerente a estas questões.

4. Qual a pertinência e as necessidades sobre questões de saúde mental referidas por alunos do 9º ano de escolaridade? Qual o tipo de participantes, os seus conteúdos de interesse, dinâmicas e duração a serem consideradas numa intervenção de promoção de saúde mental?

Como forma de responder a esta questão de investigação serão analisados os resultados referentes às categorias (3) *ações de sensibilização* e (4) *interesses globais*.

- **Pertinência**

São nomeadas duas razões que se encontram na base da pertinência de ações pró-saúde mental: a noção de que a saúde mental é um (3.4.1) *assunto delicado* (“*é uma situação muito delicada e as pessoas deviam saber o máximo sobre ela*”) e que alguém próximo pode desenvolver uma perturbação mental (“*nunca se sabe se uma pessoa pode ter um filho que seja maluco*”) e, por isso surge a necessidade de (3.4.2) *saber como tratar* essa pessoa. Estes dados parecem estar em consonância com a perceção positiva do público, em geral, sobre as fontes de ajuda informais, tais como, amigos e familiares (Burns & Rapee, 2006; Cotton et al., 2006; Jorm & Wright, 2007), porém a eficácia destas fontes de ajuda está intimamente ligada ao tipo de conhecimentos que as mesmas apresentam acerca das questões de saúde mental.

De salientar que estes adolescentes referem ter (3.1) *contacto prévio* com questões de saúde mental de variadas formas: (3.1.1) *através dos meios de comunicação*, (3.1.2) *com os professores*, (3.1.3) *com outras pessoas*, (3.1.4) *em família* e (3.1.5) *entre amigos*. Desta forma, é possível verificar que para este grupo de jovens este assunto não é totalmente desconhecido, uma vez que parecem obter informação a partir de diversos contextos.

Relativamente ao (3.3) *interesse na participação* nas ações pró-saúde mental demonstrado pelos participantes deste estudo, estes revelam o seu próprio interesse justificando que “*acho que nós estarmos aqui já é exemplo disso*” e aparenta ser unânime a afirmação de que recomendariam aos amigos que participassem em ações sobre a referida temática.

- **Necessidades**

De acordo com os resultados desta investigação os jovens apresentam conhecimentos maioritariamente satisfatórios em torno das questões de saúde mental, porém são constatadas algumas lacunas no tipo de informação que dispõem. Estas verificam-se, sobretudo no que diz respeito às características/sintomas da perturbação mental, ao reconhecimento de perturbações mentais, à sua etiologia e consequências.

Ao longo dos discursos dos jovens do 9º ano de escolaridade foram surgindo dúvidas específicas que se prenderam, essencialmente, com (1) a designação de determinadas perturbações mentais, (2) a consideração da trissomia 21 enquanto perturbação mental e (3) a própria definição de perturbação mental (“*o que é uma doença mental?*”). A exposição destas necessidades foi acompanhada pelo interesse demonstrado em enriquecer os conhecimentos existentes em torno da saúde mental, assim como pelas sugestões relativas às ações pró-saúde mental.

- **Formato das ações pró-saúde mental – participantes, conteúdos de interesse, dinâmicas e duração**

Segundo uma das participantes do *focus group*, a realização das ações pró-saúde mental devem ser direcionadas “às turmas”, sendo considerado por outra jovem que “*com as turmas todas achava que era interessante (...) assim as pessoas ficavam mais informadas*”. Se por um lado os jovens privilegiam uma ação mais alargada quanto ao número de participantes em prol do enriquecimento de conhecimentos sobre saúde mental de mais pessoas, outros demonstram a sua preferência por um grupo mais restrito (turmas separadas), justificando que poderia “*haver melhor interação e as pessoas sentiam-se mais à vontade para fazerem perguntas*”.

No que concerne ao (3.2.2) *conteúdo das ações*, os adolescentes manifestam interesses variados, nomeadamente, (a) temas relativos à adolescência que exemplificam através da abordagem às perturbações do comportamento alimentar (bulimia e anorexia), sendo esta uma das perturbações mais prevalente entre os jovens (Cf. enquadramento teórico) (Chamay-Weber et al., 2005); (b) sublinham a importância de serem transmitidos conhecimentos atualizados, em particular, no que diz respeito a “*novas doenças, ou novos fatores que identifiquem as doenças*” e (c) revelam pertinente aprofundar os temas discutidos ao longo do *focus group*. Os jovens consideram que a abordagem destes assuntos será melhor concretizada a partir de (3.2.1.1) *histórias e exemplos* de pessoas com perturbação mental e da presença de alguém com uma perturbação mental (3.2.1.2), como forma de dar o seu testemunho. De acordo com os resultados do programa “*Mental Health Awareness in Action*”, desenvolvido no Reino Unido, o grupo de jovens que beneficiou deste tipo de recursos revelou resultados mais significativos ao nível da redução do estigma e melhorias dos conhecimentos acerca da perturbação mental do que o grupo que não teve oportunidade de interagir com uma pessoa nessa condição de saúde (Pinfold et al., 2003).

Relativamente à (3.2.3) *duração* e (3.2.4) *frequência* destas ações de promoção de saúde mental, os jovens sugerem uma associação entre ambas, apresentando duas opções: ações de curta duração (“*15 ou 20 minutos*”) poderiam ocorrer frequentemente e ações mais

prolongadas poderiam ser realizadas uma vez em cada período escolar ou uma vez em cada ano letivo. De referir que uma participante partilha com o grupo que “*se nós tirássemos um tempo, por exemplo, direção de turma, ou qualquer coisa assim não fazia mal*”, indicando que essa fração de tempo seria dedicada à dinamização de ações pró-saúde mental.

No âmbito dos (4) *interesses globais*, os jovens partilham os seus gostos pessoais em diversas áreas. Neste tópico, a maioria dos participantes refere como desporto de eleição o (4.1.3) *futebol*, relativamente ao cinema os géneros de filmes da preferência dos participantes são a (4.2.2) *comédia* e o (4.2.6) *romance*. Ao nível das séries televisivas os jovens nomeiam (4.7.3) *American Dad*, (4.7.6) *Clínica Privada*, (4.7.7) *CSI Los Angeles*, (4.7.8) *CSI Nova Iorque*, (4.7.9) *Dr. House* e (4.7.10) *Family Guy*. O interesse pela leitura não é partilhado por todos os participantes, sendo nomeado apenas um autor da preferência de duas jovens (4.3.3) *Nicholas Sparks*. Os gostos musicais destes adolescentes são bastante diversificados, verificando-se predominância pelos artistas (4.4.1) *Adele* e (4.4.5) *Bruno Mars*. Na discussão relativa à utilização de redes sociais os adolescentes responderam em unanimidade com (4.6.1) *Facebook* e enquanto personalidade de referência apenas uma jovem respondeu com prontidão (4.5.1) “A minha mãe!”, sendo que os restantes participantes afirmam não ter qualquer tipo de ídolo ou referência.

A constatação dos interesses globais destes jovens vai ao encontro dos gostos atuais para a presente faixa etária e demonstra-se pertinente no âmbito da construção de ações de promoção de saúde mental como forma de adequar o seu formato. A importância deste tópico prende-se com a necessidade de tornar o tema relativo às questões de saúde mental atrativo e envolvente para os jovens desta faixa etária.

No próximo ponto serão apresentadas as principais conclusões desta dissertação e respetivas limitações e implicações para a investigação.

8. Conclusão

Os resultados obtidos na presente dissertação permitem parecerem indicar que os participantes revelam um conhecimento global satisfatório. No entanto, de forma a apresentar mais detalhadamente as conclusões referentes a esse resultado, torna-se pertinente ter por base a definição de um dos conceitos-chave desta investigação – literacia em saúde mental. Assim, os jovens revelam alguns conhecimentos e crenças relativos: à capacidade de reconhecer perturbações específicas, aos fatores de risco, às causas, à ajuda profissional disponível e às atitudes que facilitam o reconhecimento e a procura de ajuda. Por sua vez, apresentam maior escassez de conhecimentos no que diz respeito às intervenções de auto-ajuda e ao conhecimento referente à aquisição de informação sobre saúde mental.

Desta forma, o nível de literacia em saúde mental apresentado por estes jovens é positivo e parece estar relacionado com a proximidade de perturbações mentais exposta pelos jovens e com o seu nível socioeconómico elevado (Angermeyer et al., 2004; Arviniti et al., 2008; Penn & Couture, 2002).

Ao longo do debate, o estigma não surge frequentemente nos relatos dos jovens e, embora a diferença não seja muito relevante, está mais presente nos relatos das participantes do sexo feminino, parecendo indicar a possível influência do género relativamente ao estigma associado à perturbação mental. Considerando que a maioria das percepções estigmatizantes tem origem na falta de conhecimentos, poderá estabelecer-se a ligação entre um nível de conhecimentos positivo e um menor número de percepções estigmatizantes. De acordo com os dados existentes o elevado nível socioeconómico dos participantes, associado a conhecimentos mais adequados poderá ter alguma influência sobre o estigma.

Apesar da maioria dos conhecimentos expostos pelos jovens serem satisfatórios, estes consideram a transmissão de conhecimentos sobre este assunto importante, demonstrando-se recetivos e entusiasmados com a possibilidade de se realizarem acções de sensibilização pró-saúde mental. O destaque da necessidade de obter mais conhecimentos surge, segundo os jovens, em prol de ajudar as pessoas próximas que possam desenvolver uma perturbação mental, não mencionando, em nenhum momento da discussão, que poderão ser os próprios afetados por uma perturbação mental e, como tal, a beneficiar desses conhecimentos.

Por fim, relativamente à configuração dessas acções de promoção de saúde mental, foram obtidos alguns dados pertinentes acerca das preferências dos jovens, no sentido de adaptar as estratégias ao público-alvo das acções (Armstrong, Hill & Secker, 2000; Noar, 2006),

nomeadamente ao nível da sistematização de informação e adequabilidade dos conteúdos a abordar sobre as questões de saúde mental.

Limitações

Durante o processo de elaboração da presente investigação ocorreram algumas limitações que condicionaram, de alguma maneira, este estudo.

Uma das limitações prendeu-se com a distribuição dos participantes, já que estava prevista uma distribuição equilibrada em género e a mesma não se verificou, sendo que entre os 11 participantes apenas se encontravam 2 jovens do sexo masculino. No caso de se ter preenchido este requisito, tal como era inicialmente previsto, a análise dos resultados poderia ter beneficiado de uma maior exploração nesse âmbito.

Por outro lado, o contexto da instituição de ensino privado, onde foi realizada a recolha de dados para a investigação, revela-se desfasado das condições oferecidas pela maioria das escolas nacionais, o que poderá influenciar os resultados deste trabalho. Este facto poderá representar uma limitação na medida em que as respostas às necessidades dos alunos se revelam mais eficazes nesta escola do que na realidade actual das instituições educativas do nosso país, não só ao nível curricular como ao nível do departamento de psicologia. Outra limitação que poderá contribuir para esse distanciamento dos resultados à realidade portuguesa é referente ao nível socioeconómico elevado de todos os participantes, tendo em conta as implicações anteriormente associadas a este fator, os resultados deste estudo poderão ser mais restritos e menos generalizáveis à população em geral.

Implicações futuras

Considerando uma das questões de investigação deste trabalho, seria pertinente realizar um estudo no âmbito da influência das profissões dos pais ligadas à saúde nos conhecimentos e estigma evidenciados por jovens adolescentes, onde as informações de pais e filhos fossem cruzadas de modo a se obterem dados mais concretos acerca desta possível relação.

Os resultados da presente dissertação contribuem para a construção do questionário de avaliação da literacia em saúde mental e para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde mental que se pretende que sejam adequadas ao público-alvo constituído por jovens.

9. Referências Bibliográficas

Almeida, L. & Freire, T. (2003). Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação. Braga: Psiquilíbrios.

Angermeyer, M., Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 304-309. Disponível em: <http://www.brown.uk.com/stigma/angermeyer.pdf>.

Angermeyer, M., Matschinger, H. & Corrigan, P. (2004) Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophrenia Research*, 69, 175–182. doi: 10.1016/S0920-9964(03)00186-5.

APA (2006). DSM IV – TR – Manual de diagnóstico e Estatísticas das Perturbações Mentais, 4ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.

Armstrong, C., Hill, M., Secker, J. (2000). Young people's perceptions of mental health. *Children & Society*, 14 (1), 60-72. doi: 10.1111/j.1099-0860.2000.tb00151.

Arvaniti, A., Samakouri, M., Kalamara, E., Bochtsou, V., Bikos, C. & Livaditis, M. (2008). Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 8, 658-65. doi: 10.1007/s00127-008-0481-3.

Burns, J.R., Rapee, R.M. (2006). Adolescent mental health literacy: young people's knowledge of depression and help seeking. *Journal of Adolescence*, 29, 225–239. Doi: 10.1016/j.adolescence.2005.05.004.~

CAMIMH - Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health [em linha]. Disponível em: http://www.camimh.ca/files/literacy/LIT_REVIEW_MAY_6_07.pdf.

Campos, L., Costa, N., & Palha, F. (2010). O Upa faz a diferença – acções de sensibilização pró-saúde mental. Parte 1 | Construção de guião de Focus Group. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(S1), 355-358.

Campos, L., Palha, F., Dias, P. & Costa, N. (2012). UPA FAZ A DIFERENÇA: Acções de sensibilização pró-saúde mental – Relatório Final. Porto, Portugal: ENCONTRAR+SE. Disponível em: <http://www.encontrarse.pt/Default.aspx?Tag=CONTENT&ContentId=2249>.

Carr, A. (1999). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. A Contextual Approach*. London, England: Brunner-Routledge.

Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2008) [Em linha]. Relatório – Proposta de plano de acção para a reestruturação dos serviços de saúde mental em Portugal 2007-2016. Disponível em <http://www.acs.minsaude.pt/2008/01/18/plano-accao-servicos-de-saude-mental/>.

Corrigan, P., Edwards, A., Green, A. Thwart, S. & Perm, D. (2001). Prejudice, Social Distance, and Familiarity with Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 219-225.

Corrigan, P. & Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1 (1), 16-20. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>.

Corrigan, P., Markowitz, F., Watson, A., Rowan, D. & Kubiak, M. (2003). An attribution model of public discrimination towards people with mental illness. *Journal of Health and Social Behaviour*, 44, 162–179. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12866388>.

- Corrigan, P. W., Lurrie, B. D., Goldman, H. H., Slopen, N., Medasani, K. & Phelan, S. (2005). How Adolescents Perceive The Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse. *Psychiatric Services*, 56, 544-550. Doi: 10.1176/appi.ps.56.5.544.
- Corrigan, P. & Watson, A. (2007). How children stigmatize people with mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 526-546. Doi: 10.1177/0020764007078359.
- Cotton, S. M., Wright, A., Harris, M. G., Jorm, A. F. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian And New Zealand Journal of Psychiatry*, 40 (9), 790-796. Doi: 10.1111/j.1440-1614.2006.01885.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (Eds.) (1994). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Dixe, M. (2007). Prevalência das doenças do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4, 559-569. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v25n4/v25n4a02.pdf>.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2006). A depressão é uma condição médica definida que afecta 20 por cento da população portuguesa. Aprenda a reconhecê-la [documento online]. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/saude+mental/depressao.htm>.
- Durlak, J. (1998). Common risk and protective factors in successful prevention programs. *American Journal of Orthopsychiatry*, 4, 512–520. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9809111>.
- Durlak, J. A. & Wells, A.M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology* 25, 115–152. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9226860>.

European Commission & Portuguese Ministry of Health (2010) [em linha]. Background document for the thematic conference - Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for better Mental Health and Well-being. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/ev_20101108_bgdocs_en.pdf.

Fink, P. J. & Tasman, A. (1992). *Stigma and mental illness*. American Psychiatric Press. Disponível em: http://books.google.pt/books?id=gmCxeAw7-Z4C&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.

Foster, E., Olchowski, A. & Webster-Stratton, C. (2007). Is stacking intervention components cost-effective? An analysis of the Incredible Years Program. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, 1414–1424. Disponível em: http://www.incredibleyears.com/Library/items/is-stacking-intervention-components-cost-effective_10.pdf.

Graffar (1956) cit in J. Almeida (2003). Impacto dos factores psicológicos associados à adesão terapêutica, ao controlo metabólico e à qualidade de vida em adolescentes com Diabetes Tipo 1. (Tese Doutoramento). Disponível em: http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10577/1/Tese_Doutoramento_Paulo_Almeida.pdf.

Health Scotland Publish (2008). *Stigma: a Guide Book for Action* [em linha]. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/policy_recommendations_declarations/stigma_guidebook.pdf.

Heidmann, I.T.S.B., Almeida, M.C.P., Boehs, A.E., Wosny, A.M. & Monticelli, M. (2006). Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto, Contexto, Enfermagem*, 15, 352-358. Disponível em: <http://www.redalyc.org/redalyc/pdf/714/71415221.pdf>.

- Hinshaw, S. P. & Stier, A. (2008). Stigma as related to mental disorders. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 367-93. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141245.
- Howden-Chapman, P. (2003). Housing and inequalities in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 645–646. doi: 10.1136/jech.56.9.671.
- Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C., & Patel, V. (2005). Mental health promotion works: a review. *Promotion & Education*, 2, 9-25. doi: 10.1177/10253823050120020103.
- Jané-Llopis, E. & Anderson, P. (Eds) (2006). *Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories*. Luxembourg: European Communities.
- Jorm, A. (2011). *Mental Health Literacy: empowering the community to take action for action for better mental health*. Manuscript submitted for publication.
- Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Beliefs of young people and their parents about the effectiveness of interventions for mental disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(8), 656-666. doi: 10.1080/00048670701449179.
- Jorm, A. F., Morgan, A. J., & Wright, A. (2010). Actions that young people can take to prevent depression, anxiety and psychosis: Beliefs of health professionals and young people. *Journal of Affective Disorders*, 126(1-2), 278-281. doi:10.1016/j.jad.2010.03.011
- Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B. & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9066546>.

- Kelly, C. M., Jorm, A. F. & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Australia*, 187, 26-30. Disponível em: <https://www.mja.com.au/journal/2007/187/7/improving-mental-health-literacy-strategy-facilitate-early-intervention-mental>.
- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2002). Mental health first aid training for the public: Evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry*, 2, 10. doi:10.1186/1471-244X-2-10.
- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2004). Mental health first aid training in a workplace setting: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 4, 23. doi: 10.1186/1471-244X-4-23.
- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2008). Mental Health First Aid: An international programme for early intervention. *Early Intervention in Psychiatry*, 2(1), 55-61. doi: 10.1111/j.1751-7893.2007.00056.x.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness*, 16(1), 103-121. doi: 10.1111/1467-9566.ep11347023.
- Kraag, G., Zeegers, M., Kok, G., Hosman, C. & Abu-Saad, H. H. (2006). School programs targeting stress management in children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of School Psychology*, 44, 449-472. Disponível em: <http://www.realtutoring.com/phd/metaanalysisSchools.pdf>. doi: 10.1016/j.jsp.2006.07.001.
- Krain, A.L., Ghaffari M., Freeman J. et al. (2007) Anxiety disorders. In Martin A, Volkmar FR (eds). *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins. Disponível em: http://books.google.pt/books?id=nYPi5cbUFGwC&pg=PT297&lpg=PT297&dq=Krain+AL,+Ghaffari+M,+Freeman+J+et+al.+Anxiety+disorders&source=bl&ots=5MvkYfmt oL&sig=BMM5rrAJDvmW4CypjcdNYo1_D8&hl=en&sa=X&ei=SFUIUcmRGMOTg eQvIGQBw&sqi=2&ved=0CD8Q6AEwAw.

- Lahtinen, E.; Lehtinen, V. & Riikonen, E. et al. (1999) Framework for promoting mental health in Europe. Hamina: Oy Kotkan Kirjapaino Ab. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1996/promotion/fp_promotion_1996_frep_15_en.pdf.
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L. & Rössler, W. (2003). Do people recognise mental illness? Factors influencing mental health literacy. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253, 248–251. doi: 10.1186/1471-2458-5-44.
- Lewinsohn, P.M., Rohde P., Seeley, J. R.(1998). Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*. 18(7), 765-94.
- Lima, L. (1993). Atitudes: estrutura e mudança. In Vala, J. & Monteiro, M. (Eds.), *Psicologia Social* (pp. 187-225). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Loureiro, L., Dias, C. & Aragão, R. (2008). Crenças e Atitudes acerca das doenças e doentes mentais – Contributos para o estudo das representações sociais da loucura. *Revista Referência*, 8, 33-44. Disponível em: http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2118&id_rev=4&id_edicao=24.
- Loureiro, L. (2011). Educação e Sensibilização para a saúde Mental – um portal da saúde mental para adolescentes e jovens. *Referência III Série – Suplemento 2011*, 836. Disponível em: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CE8QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.esenfc.pt%2Fevent%2Fadmin%2Finclude%2Fsecure_download.php%3Fid_file%3D2573%26hash%3DTZuU7tGGKXVX8Qm&ei=KKL4T6i2H9KEhQeOyZXPCg&usg=AFQjCNGugOQWQEWfI5Pj33ajUPQatKpdzg&sig2=II7A1GgecmSKNyomdnDH3g.

- Loureiro, L., Pedreiro, A., Correia, S. (2012) Tradução, Adaptação e Validação de um Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (QuALiSMental) para Adolescentes e Jovens Portugueses a partir de um Focus Group. Revista Investigação em Enfermagem, 25, 42 – 48. Disponível em: http://www.esenfc.pt/ui/projectos/index.php?target=showContent&tipo=UI&id_projecto=57&id_linha_investigacao=1&dado_pedido=ProdutividadeCientifica&tab=pc.
- Matos, M., & Carvalhosa, S. (2001). Saúde mental e mal-estar físico na idade escolar [em linha]. Disponível em: <http://aventurasocial.com/2005/conteudos/publicacoes/saudemental.pdf>.
- Moreira, P., Melo, A., Pires, C., Crusellas, L. & Lima, A. (2005). Saúde Mental – Do tratamento à prevenção. Porto, Portugal: Porto Editora.
- Noar, S. (2006). A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns: where do we go from here? Journal Health Community, 11, 21-42. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16546917>.
- Northamptonshire Children & Young People's Partnership. Mental Health is Everybody's Business. Children and young people's mental health - A handbook for schools & other agencies in Northamptonshire [em linha]. Disponível em: <http://www.northamptonshire.gov.uk/en/councilservices/cyp/caf/Documents/PDF%20Documents/MentalHealthHandbookPublishedVersionJan2007.pdf>.
- Ogden, J. (2004). Psicologia da saúde (2ªEd.). Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Olsson, D. P. & Kennedy, M. G. (2010). Mental health literacy among young people in a small US town: recognition of disorders and hypothetical helping responses. Early Intervention in Psychiatry, 4, 291–298. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2010.00196.
- OMS (1998). Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization.

OMS (2001a). Relatório Mundial da Saúde [em linha]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf.

OMS (2001b). Mental disorders affect one in four people [em linha]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/index.html.

OMS (2004). Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice: summary report [em linha]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf.

OMS (2008). Stigma: an international briefing paper. Tackling the discrimination, stigma and social exclusion experienced by people with mental health problems and those close to them. World Health Organization. Disponível em: http://www.healthscotland.com/uploads/documents/6422-Stigma_An_International_Briefing_Paper_2704.pdf.

OMS (2010). Mental health: strengthening our response [em linha]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>.

Palha, F., Guimarães, A., Castro-Henriques, M., Costa, N. & Campos, L. (2008). Stigmatization of people with mental illnesses: a preliminary study of university students' opinions. Poster apresentado no V Colóquio Internacional de Esquizofrenia do Porto. Disponível em: http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/3051/1/com-inter_2008_FEP_1581_Campos_Lu%C3%ADsa_03.pdf.

Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2001). O Mundo da Criança. Amadora, Portugal: McGrawhill.

Patrick D. McGorry, Denzin, N. & Lincoln, Y. (Eds.), Handbook of Qualitative Research. California: Sage Publications Inc.

Patton, G., Glover, S., Bond, L., Butler, H., Godfrey, C., Di Pietro, G., Bowes, G. (1999). The Gatehouse Project: a systematic approach to mental health promotion in secondary schools. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 586–593.

Penn, D. L., Couture, S. M. (2002). Strategies for reducing stigma towards persons with mental illness. *World Psychiatry*, 1 (1), 20–21. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489812/>.

Pescosolido, B. A., & Boyer, C. A. (1999). How do people come to use mental health services? Current knowledge and changing perspectives. In A. V. Horwitz & T. L. Scheid (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems*. Disponível em: <http://books.google.pt/books?id=P5d7KC8yemEC&pg=PA392&lpg=PA392&dq=How+do+people+come+to+use+mental+health+services?+Current+knowledge+and+changing+perspectives&source=bl&ots=6wH1Ik1PeE&sig=KYuVjArIT4hShNtnsOhhKcyxapE&hl=en&sa=X&ei=ek0IUa6SCoy3hAf19oGgAQ&ved=0CCgQ6AEwAA#v=onepage&q=How%20do%20people%20come%20to%20use%20mental%20health%20services%3F%20Current%20knowledge%20and%20changing%20perspectives&f=false>.

Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P. & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *British Journal of Psychiatry*, 182, 142–146. doi: 10.1192/bjp.02.375.

Pollett, H. (2007). *Mental Health Promotion : A Literature Review*. Prepared for the Mental Health Promotion Working Group of the Provincial Wellness Advisory Council. Canada: Canadian Mental Health Association. Disponível em: <http://www.cmhanl.ca/pdf/Mental%20Health%20Promotion%20Lit.%20Review%20June%2018.pdf>.

Quartilho, M. J. (2010). *Saúde Mental*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

- Rethink (2008). Time to change: Mental Health Resource Pack. University of London: institute of Psychiatry.
- Rickwood, D., Cavanagh, S., Curtis, L., & Sakrouge, R. (2004). Educating young people about mental health and mental illness: Evaluating a school-based programme. *International Journal of Mental Health Promotion*, 6(4), 4-13. doi: 10.1186/1753-2000-2-18.
- Rickwood, D., Deane, F. & Wilson, C. (2007). When and how young people seek professional help for mental health problems. *Getting There: Proto-Psychiatry*, 187(7), 35-39. Disponível em: <https://www.mja.com.au/journal/2007/187/7/when-and-how-do-young-people-seek-professional-help-mental-health-problems>.
- Spence, S., Burns, J., Boucher, S., Glover, S., Craetz, B., Kay, D., Patton, G. & Sawyer, M. (2005). The beyondblue schools research initiative: conceptual framework and intervention. *Child and Adolescent Psychiatry*, 13(2), 159-164. doi: 10.1080/j.1440-1665.2005.02180.
- Sawyer, M. G., Pfeiffer, T. F., Spence, S. H., Bond, L., Graetz, B., Kay, D., Patton, G. & Sheffield, J. (2010). School-Based Prevention of Depression: A 2-Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial of the beyondblue Schools Research Initiative. *Journal of Adolescents Health*, 47 (3), 297-304. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.02.007.
- Schulze, B., Richter-Werling, M., Matschinger, H. & Angermeyer, M. C. (2003). Crazy? So what? Effects of a school project on student's attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 142-50.
- Strauss, A & Corbin, J. (1994). Grounded Theory Methodology: An Overview. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 273-285).

- Stuart, H. (2006). Reaching out to highschool youth: the effectiveness of a video-based anti-stigma program. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(10), 647-654. Disponível em: <http://ww1.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2006/september/cjp-sept-06-stuart-OR.pdf>.
- Tanaka, G., Ogawa, T., Inadomi, H., Kikuchi, Y. & Ohta, Y. (2003). Effects of an educational program on public attitudes towards mental illness. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 595-602.
- Vogel, D., Wade, N. & Hackler, A. (2007). Perceived Public Stigma and the Willingness to Seek Counseling: The Mediating Roles of Self-Stigma and Attitudes Toward Counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 40–50. Disponível em: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ved=0CC8QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fpublication%2F228369561_Perceived_public_stigma_and_the_willingness_to_seek_counseling_The_mediating_roles_of_selfstigma_and_attitudes_toward_counseling%2Ffile%2F79e41509929d700280.pdf&ei=j0gIUeCmBYiYhQfLjoCgAw&usg=AFQjCNHjMZhn95jkHOKxOoyjXVqtRTJM8Q. doi: 10.1037/0022-0167.54.1.40.
- Watson, A., Otey, E., Westbrook, A., Qardner, A., Lamb, T., Corrigan, P. & Fenton, W. (2004). Changing Middle Schoolers' Attitudes About Mental Illness Through Education. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 563-572. Disponível em: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/30/3/563.abstract>.
- Wyn, J., Cahill, H., Holdsworth, R., Rowling, L. & Carson, S. (2000). MindMatters, a whole-school approach promotion mental health and wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 594-601. doi: 10.1046/j.1440-1614.2000.00748.
- Zechmeister, I., Kilian, R., McDaid, D., & MHEEN group (2008). Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. *BMC Public Health*, 8(20). Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-8-20.pdf>. doi: 10.1186/1471-2458-8-20.

ANEXOS

**ANEXO 1: Consentimento informado aos
encarregados de educação**



CONSENTIMENTO INFORMADO

Encarregados de Educação

Projeto: *Abrir Espaço à Saúde Mental - Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14 anos).*

Eu, abaixo-assinado, compreendi a explicação que me foi dada sobre este projeto, bem como em que consiste a participação do meu educando no mesmo:

1. Responder a um breve questionário sociodemográfico,
2. Participar num grupo de discussão, juntamente com outros colegas, em que falarão sobre os conhecimentos que têm e os conhecimentos que não têm sobre saúde e doença mental.

Fui informado que a discussão em grupo será gravada (apenas o som).

Foi-me assegurado que os dados recolhidos são totalmente anónimos e confidenciais.

Foi-me dada oportunidade de esclarecer possíveis dúvidas sobre o projeto em questão.

Além disso, foi-me afirmado que o meu educando tem o direito de recusar a todo o tempo a sua participação no projeto, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo.

Por isso, consinto que o meu educando participe neste projeto.

Data: ___ / ___ / ___

ANEXO 2: Questionário Sociodemográfico



ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL - Questionário Sociodemográfico

Data: ___ / ___ / ____

- 1 – Data de Nascimento ___/___/____; 2 – Género: Masculino Feminino
- 3 – Estado civil: Solteiro(a) Outro _____;
- 4 – Ocupação/ Profissão: Estudante Trabalhador-estudante: _____;
- 5 – Ano de escolaridade: 7º 8º 9º
- 6 – Ocupação dos tempos livres:
- Desportivas Regularidade: 1x semana 2x semana +2x semana
- Artísticas Regularidade: 1x semana 2x semana +2x semana
- Outras ocupações: Leitura Televisão Cinema Internet Outra: _____

- 7 – Nacionalidade: Portuguesa Outra
- 8 – Concelho de Residência: _____
- 9 – Local:
- Bairro residencial luxuoso Bom bairro residencial Rua Comercial
- Bairro operário Bairro Social
- 10 – Conforto da habitação:
- Casa ou andar luxuoso, espaçoso e com máximo de conforto
- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável
- Casa ou andar modesto em bom estado de conservação
- Casa, andar ou barraca impróprio. Coabitação de várias famílias

- 11 – Principal fonte de rendimento familiar:
- Herança
- Lucro de empresas
- Salário Tipo ? Mensal Semanal Diário Tarefa
- Subsídio Tipo ? Estatal Privado

12 - Agregado Familiar. Em relação às **pessoas com quem vives** indica:

Grau de parentesco	Idade	Habilitações Literárias (4º-12º ano; curso profissional, bacharelato, licenciatura, mestrado...)	Profissão	Situação profissional (empregado, desempregado, reformado, subsídio...)

ANEXO 3: Consentimento Informado - alunos



CONSENTIMENTO INFORMADO

Participantes

Projeto: *Abrir Espaço à Saúde Mental - Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14 anos).*

Eu, abaixo-assinado, compreendi a explicação que me foi dada sobre este projeto, bem como em que consiste a minha participação no mesmo:

1. Preencher um breve questionário sociodemográfico;
2. Participar num grupo de discussão, juntamente com outros colegas, em que vamos falar sobre os conhecimentos que temos sobre questões de saúde.

Fui informado que a discussão em grupo será gravada (apenas som).

Foi-me assegurado que estes dados são totalmente anónimos e confidenciais.

Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e para todas obtive resposta satisfatória.

Além disso, foi-me afirmado que tenho direito de recusar a todo o tempo a minha participação no projeto, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo.

Por isso, consinto participar neste projeto.

Data: ___ / ___ / ___

**ANEXO 4: Grelha de Monitorização do
*Focus Group***

ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL
Monitorização da realização dos Focus Groups-Piloto

1. Dados formais do grupo

Local: [REDACTED] Moderadores: Miriam Medina e Inês Silva
Data de realização 28/ 10 / 2011
Hora de início: 16:50 Hora de fim: 18:25 Tempo total de realização do grupo: 1h:35 min
Ano lectivo: 9º ano Número de participantes: 11
Outras observações: Grupo participativo

2. Aspectos formais da realização do grupo

Espaço físico no qual decorreu o grupo: adequado
Cumprimento de regras: Grupo cumpridor das regras estabelecidas
Outras observações gerais: _____

ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL
Monitorização da realização dos Focus Groups-Piloto

3. Análise dos temas abordados

TEMAS	COMPREENSÃO DA(S) PERGUNTA(S)	ADEQUAÇÃO DAS PISTAS PARA COMPREENSÃO DAS QUESTÕES	DÚVIDAS/ DIFICULDADES
Definição de doença mental Sinais/comportamentos/outras designações	<i>Boa</i>		<i>Dificuldade em gerir todos os exemplos partilhados pelo receio de condicionamento de tempo da discussão. Estendeu-se ao longo de toda a temática sobre doença mental.</i>
Causas e Riscos na doença mental	<i>Boa</i>		
Impacto da doença mental/consequências da doença mental	<i>Boa</i>		
Tratamento e Prognóstico	<i>Boa</i>		
Intenções comportamentais	<i>Boa</i>		
Definição de saúde mental e questões relacionadas com a sua promoção	<i>Boa</i>		
Levantamento de necessidades e balanço do grupo de discussão	<i>Boa</i>		

ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL
Monitorização da realização dos Focus Groups-Piloto

3. Análise dos temas abordados (continuação)

TEMAS	COMPREENSÃO DA(S) PERGUNTA(S)	ADEQUAÇÃO DAS PISTAS PARA COMPREENSÃO DAS QUESTÕES	DÚVIDAS/ DIFICULDADES
Levantamento de informações sobre interesses gerais (música, literatura, filmes/séries, jogos, redes sociais, personalidades).	<i>Boa</i>		
Levantamento de informações sobre formas de ocupação dos tempos livres	<i>Boa</i>		

ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL
Monitorização da realização dos Focus Groups-Piloto

4. Características gerais do grupo

CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO	OBSERVAÇÕES
<p>Tipo de grupo e.g.</p> <ul style="list-style-type: none">• Activo/ passivo;• Interessado/desinteressado;• Dominância/passividade de algum(ns) elemento(s);• Questões de desejabilidade social;• Outras.	<p>Grupo activo e participativo Interessado Todos participaram de forma fluída</p> <p>Neste grupo a desejabilidade social no que diz respeito ao tema das intenções comportamentais não me pareceu tão significativa como noutros</p>
<p>Aspectos contextuais (salientar, se necessário, algum aspecto específico de algum elemento)</p>	
<p>Outros aspectos a salientar</p>	

ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL
Monitorização da realização dos Focus Groups-Piloto

5. Objectivos e balanço geral do grupo

CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO	OBSERVAÇÕES
<p>Os objectivos foram atingidos?</p> <p>Foi possível perceber quais as ideias/conhecimentos que o grupo tinha sobre os diferentes temas trabalhados?</p> <p>Foi possível realizar o levantamento de crenças e mitos negativos associados aos temas trabalhados?</p> <p>Foi possível identificar quais as possíveis barreiras existentes neste grupo específico?</p>	<p><i>Sim. O grupo revelou-se bastante disponível e participativo, sem excepção de algum tema em particular.</i></p> <p><i>Sim. Aliás em determinados momentos foram-me colocadas questões acerca do que eram ou não doenças mentais.</i></p>
<p>Impressão geral</p>	
<p>Outros aspectos a salientar</p>	

ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL

Monitorização da realização dos Focus Groups-Piloto

6. Auto-avaliação do moderador

Moderador 1: Miriam Medina

“Como me senti, enquanto moderador?”

Descrição: Enquanto moderadora deste grupo de jovens senti que se demonstraram bastante disponíveis para participar durante toda a discussão, porém, em determinados momentos, senti dificuldades em gerir o tempo que restava devido à quantidade de informação que partilhavam. Importante salientar que, ao contrário do *focus group* piloto, este era um grupo mais extenso e comunicativo.

Aspectos positivos do desempenho: Considero ter sido melhor sucedida do que anteriormente, na medida em que adoptei uma postura mais neutra perante o grupo. Por sua vez, nos momentos em que foram colocadas perguntas devolvi-as ao grupo, o que gerou novas discussões que contribuíram para a exploração das crenças defendidas pelos jovens.

Aspectos menos positivos do desempenho: a impossibilidade de explorar todas as informações que surgiram durante a discussão.

ANEXO 5: Guião Focus Group



ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL - Guião dos *Focus Groups*

1. Apresentação breve

“Bom dia a todos, o meu nome é (...) e o do meu colega é (...).

Somos alunos da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa e estamos a fazer um trabalho para o qual é importante a vossa ajuda. Em termos gerais, gostaríamos de perceber o que é que vocês pensam e sabem sobre as perturbações mentais.

A vossa participação nestes grupos foi feita a partir de um sorteio, isto é, ao acaso.

Queremos, desde já, agradecer o facto de estarem aqui connosco, durante a próxima 1h30min.

Vamos começar por vos convidar a preencherem um questionário breve, anónimo, constituído por questões que dizem respeito a vocês, bem como às pessoas com quem vocês moram.

É, ainda, importante que saibam que o nosso objectivo não é perceber o que é que a Joana ou o João pensam/sabem, mas sim o que é que jovens da vossa idade pensam/sabem. No fundo, vocês desempenharão o papel de “porta-vozes” dos jovens da vossa idade.

Posteriormente, vamos voltar aos lugares para darmos início a uma discussão sobre alguns temas relacionados com a saúde e a doença mental. Para que possamos prestar-vos o máximo de atenção neste momento, a nossa conversa vai ser gravada. Neste sentido, para que a gravação fique perceptível pedíamos que falassem um de cada vez. ”



2. Quebra-gelo

Para dar início à nossa conversa vamos partir de uma história verídica, nomeadamente de um vizinho meu. É um senhor de cerca de 50 anos que passa os dias sempre no mesmo banco de jardim. No Verão ou no Inverno, usa sempre um casaco muito quente e grosso, camisa apertada até cima e umas botas de montanha velhas. Nunca o vi a conversar com ninguém, só com o cão, com as árvores e as flores, dizendo frases como “Eles inseriram *microchips* em nós, mas se unirmos as nossas forças vamos despistá-los” ou “Estás a vê-lo, ali de preto? Está a tentar programar um sistema para comandar as nossas mentes”. No outro dia, uma amiga minha contou-me que o irmão dela estava com os amigos a jogar à bola ali no jardim, quando o senhor foi ter com eles, deu um pontapé na bola atirando-a para longe enquanto gritava “esta bola vai autodestruir-se dentro de 10 segundos, todas as forças do universo uniram-se!”.

3. Questões de partida

Pistas

- O que vos chama a atenção nesta história?

- O que é que vocês pensam sobre isto? O que é vos fez pensar dessa forma?
- À vossa volta, em algum outro momento ou situação, já identificaram comportamentos semelhantes a estes?

DOMÍNIO	CONCEITO	QUESTÕES	PISTAS
Doença Mental	Definição de DM	❖ Qual a ideia que vos surge quando pensam em alguém que tem uma <i>doença mental</i> ?	<ul style="list-style-type: none"> ❖ É possível percebermos se uma pessoa tem uma <i>doença mental</i>? Como? De que forma? ❖ Há sinais ou pistas que nos levam a concluir que uma pessoa tem uma <i>doença mental</i>? Se sim, quais? ❖ Existem diferenças entre doença física e doença mental? ❖ Se tivessem que utilizar 3 palavras para definir/caracterizar uma pessoa com uma <i>doença mental</i> que palavras escolheriam? ❖ Que doenças mentais existem?
	Prevalência	❖ Qualquer pessoa pode desenvolver uma <i>doença mental</i> ?	❖ Todas as pessoas podem ter uma <i>doença mental</i> ou é algo que acontece só a algumas pessoas? Porquê?
	Causas	❖ O que acham que pode contribuir para termos uma <i>doença mental</i> ?	<ul style="list-style-type: none"> ❖ De onde vem a doença mental? ❖ Na vossa opinião, há razões/motivos específicos que façam com que uma pessoa desenvolva uma <i>doença mental</i>? ❖ Uma pessoa já nasce com uma <i>doença mental</i> ou é algo que surge mais tarde? ❖ Por que é que umas pessoas têm/desenvolvem uma <i>doença mental</i> e outras não? Quais as razões?

DOMÍNIO	CONCEITO	QUESTÕES	PISTAS
Doença Mental (cont.)	Consequências	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Quais as consequências de uma DM? ❖ O que implica ter uma DM? 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ter uma doença mental é algo que tem consequências na vida de uma pessoa? Que tipo de consequências? Estas consequências têm impacto ao nível da escola, trabalho, na família ou nas relações com os amigos? ❖ Sabemos que uma pessoa que sofreu, por exemplo, um AVC por vezes fica com o braço esquerdo paralisado, pode não conseguir falar e, por isso, tem que fazer fisioterapia. Como tem maior risco de ter novos AVC's deve ter uma alimentação cuidada e fazer exercício físico – são estas as consequências desta doença física. Conseguem dar-me algum exemplo das consequências de uma doença mental?
	Prognóstico	<ul style="list-style-type: none"> ❖ A doença mental tem tratamento? ❖ Qual o prognóstico de uma pessoa com uma doença mental? ❖ A doença mental tem cura? 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Uma pessoa com uma doença mental pode (voltar a) ter uma vida igual à das outras pessoas? Como? ❖ Existe cura para a doença mental? ... se sim, existe cura para todas? ... se não, não existe cura para nenhuma?
	Intenções comportamentais	<ul style="list-style-type: none"> ❖ O que aconteceria se, num determinado momento, soubessem que alguém próximo de vocês, por exemplo família ou amigos, tem uma doença mental? 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Como acham que se sentiriam se algum familiar ou amigo vosso tivesse uma doença mental? O que pensariam? Nesse sentido, como acham que reagiriam/ o que fariam? Haveria alguma coisa que se pudesse fazer para ajuda-lo?

DOMÍNIO	CONCEITO	QUESTÕES	PISTAS
Saúde Mental	Definição	❖ Qual a ideia que vos surge quando pensam em alguém com saúde mental?	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Há sinais ou pistas que permitem perceber que uma pessoa tem saúde mental? Se sim, quais? ❖ Existem diferenças entre saúde física e saúde mental? ❖ Se tivessem que utilizar 3 palavras para definir/caracterizar uma pessoa com saúde mental que palavras escolheriam?
	Factores protectores/ Promotores	❖ Do que depende a nossa saúde mental?	<ul style="list-style-type: none"> ❖ O que faz com que tenhamos saúde mental? ❖ A nossa saúde mental depende só de nós ou daqueles que nos rodeiam? Em que sentido? Conseguem dar-me algum exemplo? ❖ O que acham que podemos fazer para mantermos a nossa saúde mental? ❖ Sabemos que para mantermos os dentes sem cáries e brancos temos que lavar bem os dentes. Há alguma coisa que possamos fazer para manter a nossa saúde mental, isto é, para lavarmos “os dentes da nossa cabeça”? O quê? ❖ Há alguma forma de ajudarmos os que nos rodeiam, família e/ou amigos, a promoverem/manterem/protegerem a sua saúde mental?
	Implicações	❖ O que é que a saúde mental nos permite?	<ul style="list-style-type: none"> ❖ De que é que acham que depende a saúde mental? ❖ Como se sente uma pessoa com saúde mental?

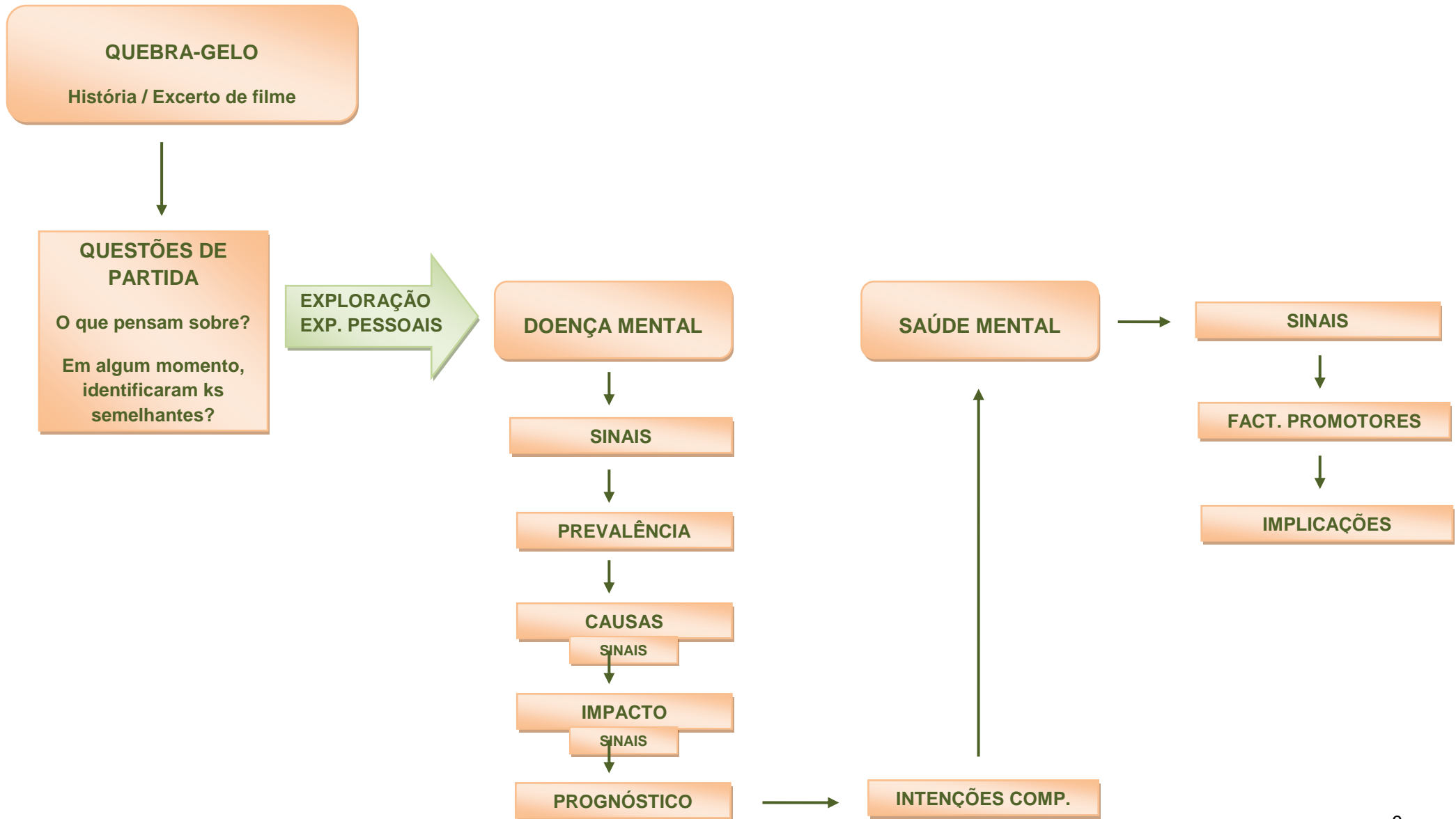
DOMÍNIO	CONCEITO	QUESTÕES	PISTAS
Acções de Sensibilização	Contacto prévio	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Já alguma vez tinham parado para pensar sobre estas questões? ❖ Alguma vez tinham discutido questões relacionadas com a saúde e a doença mental? 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Se sim, procuraram, de alguma forma, mais informação? ❖ Se sim... <ul style="list-style-type: none"> ... Onde? ... Com quem? ... De que forma? ... O que discutiram?
	Interesse na participação	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Se um grupo estivesse a pensar criar encontros com vocês na escola, para falar sobre saúde e doença mental, o que achavam? 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Na vossa opinião, é relevante/faz sentido falar sobre estas questões de saúde e doença mental? Porquê? ❖ Participariam no projecto? Diriam aos vossos amigos para participarem?
	Formato das sessões	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Partindo da ideia de que, de facto, alguém estava a pensar criar um projecto centrado na saúde e doença mental na vossa escola, como acham que este projecto deveria ser? 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Quem deveria participar? ❖ O que deveria ser trabalhado nas sessões? ❖ Se tivessem que escolher 3 “temas” relacionados com a saúde ou doença mental o que escolheriam? ❖ De que forma é que deveriam ser desenvolvidos/trabalhados os temas?

De forma a conhecermos melhor os jovens da vossa idade gostávamos de saber um pouco mais sobre os vossos interesses ao nível de música, literatura, filmes, entre outros.

DOMÍNIO	CONCEITO	QUESTÕES	PISTAS
Interesses globais	Música	❖ Qual o vosso tipo de música preferido?	❖ Quais as vossas bandas/ músicos preferidos? Há alguma música em particular de que gostem mais?
	Literatura	❖ Qual o vosso género de livros preferido?	❖ Têm algum livro preferido? E neste momento, estão a ler algum livro?
	Filmes/Séries	❖ Têm algum filme preferido? E série?	❖ Neste momento estão a seguir alguma série? O que estão a achar? ❖ De todos os que já viram, qual o vosso filme preferido? E série?
	Jogos	❖ Têm algum jogo preferido (informático, desporto,...)?	❖ Se sim... ...com que frequência costumam jogá-lo? ...sozinhos ou acompanhados?
	Redes sociais	❖ Utilizam alguma rede social?	❖ Se não... ...mas já utilizaram alguma? Qual? ❖ Se sim... ...qual? Com que frequência?



DOMÍNIO	CONCEITO	QUESTÕES	PISTAS
Interesses globais (cont.)	Personalidades	❖ Se vos pedissem para pensarem em alguma personalidade, a nível nacional ou internacional, de qualquer área (cinema, música, desporto, artes, etc.) que seja uma referência, um modelo ou que, de alguma forma, vos marque em quem pensariam?	❖ Em que medida é que essa pessoa é uma referência para ti?
Ocupação do tempo livre	Actividades de lazer	❖ Quando não têm nada para fazer, como costumam ocupar esse tempo livre?	❖ O que fazem quando, por exemplo, já terminaram todos os TPC's? E à noite, depois de jantar?



ANEXO 6: Pedido de Autorização MIME

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA



Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar

[Início](#) » [Consultar inquéritos](#) » **Ficha de inquérito**

Identificação da Entidade / Interlocutor

Nome da entidade:

Faculdade de Educação e Psicologia - Universidade Católica Portuguesa

Nome do Interlocutor:

Maria Luísa Brites Parreira Coelho Vieira de Campos

E-mail do interlocutor:

abrir_saude mental@porto.ucp.pt

Faculdade de Educação e
Psicologia - Universidade
Católica Portuguesa

Sair

Área reservada

- Dados da entidade
- Consultar inquéritos
- Registrar inquérito
- Instruções

- Início
- Pesquisar inquéritos

Dados do Inquérito

Número de registo:

012880003

Designação:

Abrir Espaço à Saúde Mental: Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14 anos) - desenvolvimento e avaliação da eficácia de uma intervenção

Descrição:

Segundo o Global Burden of Disease [1], as perturbações mentais contribuem, aproximadamente, em 12% para o burden global da doença, prevenindo-se que este valor atinja os 15% em 2020 [2]. De acordo com o World Health Report 2001, pelo menos 1 em cada 5 jovens sofre de problemas de desenvolvimento, emocionais ou comportamentais [2]. Neste sentido, a prevenção e o tratamento de problemas de saúde mental, bem como a promoção da saúde mental e do bem-estar psicológico de crianças e jovens assume-se como uma prioridade ao nível da saúde pública [3].

A escola surge como contexto privilegiado de acesso aos jovens [4]. Com base no Plano Nacional de Saúde Escolar [5], todas as escolas deverão ser Escolas Promotoras da Saúde, contemplando a mobilização de recursos e a criação de oportunidades que favoreçam não só a saúde física, como também a saúde mental. Contudo, considerando a literatura disponível, em Portugal, o único projecto de intervenção em meio escolar, desenvolvido de forma estruturada, com o objectivo de estudar questões relacionadas com a saúde mental e o estigma associado às perturbações mentais junto de jovens é o "UPA Faz a Diferença" [6, 7] - projecto implementado pela ENCONTRAR+ SE, uma IPSS que visa contribuir para o desenvolvimento dos serviços de saúde em Portugal.

Face ao exposto, a Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa (FEP-UCP), com financiamento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (PTDC/PSI-PCL/112526/2009), encontra-se a desenvolver o projecto Abrir Espaço à Saúde Mental - Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14): desenvolvimento e avaliação de uma intervenção, tendo por objectivos gerais 1) desenvolver e avaliar a eficácia de uma intervenção de promoção da "mental health literacy" e de redução do estigma associado às perturbações mentais junto de jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos, 2) desenvolver um instrumento de avaliação rigoroso, capaz de avaliar a "mental health literacy", bem como as percepções estigmatizantes face à perturbação mental.

O projecto decorrerá ao longo de 3 anos, compreendendo várias etapas, designadamente: a) realização de Focus Groups, b) implementação de um estudo-piloto, c) desenvolvimento de acções de sensibilização pró-saúde mental e d) follow-up.

Assim, visando o desenvolvimento de um instrumento de avaliação eficaz da "mental health literacy" e das percepções estigmatizantes associadas às perturbações mentais, bem como o desenvolvimento de uma intervenção de promoção da saúde mental junto de jovens, entre os meses de Novembro e Dezembro de 2011, serão desenvolvidos 3 Focus Groups, isto é, grupos de discussão sobre saúde e doença mental, com alunos (N=30) da mesma faixa etária daqueles que depois serão alvo de intervenção (12 a 14 anos), no Colégio Nossa Senhora do Rosário - 1ª etapa do projecto.

Posteriormente, com o objectivo de avaliar a validade do instrumento de avaliação e a adequação das acções de sensibilização pró-saúde mental desenvolvidas, com base nas informações obtidas dos Focus Groups, realizar-se-á um estudo-piloto junto de uma amostra de 30 alunos, da mesma faixa etária daqueles que depois serão alvo de intervenção (12 a 14 anos), do Colégio Nossa Senhora do Rosário - 2ª etapa do projecto.

A etapa seguinte dirá respeito à implementação da intervenção - constituída por duas sessões de sensibilização, com duração de cerca de 2h cada, realizadas com intervalo de uma semana, junto de cerca de 450 alunos do 3º ciclo, de 8 escolas da Zona Norte de Portugal, nomeadamente: Escola Secundária Garcia de Orta, Escola Secundária da Senhora da Hora, Escola Secundária com 3º ciclo do ensino básico Clara de Resende, Escola Secundária da Trofa, Colégio Nossa Srª do Rosário, INED Nevogilde, Colégio de Nossa Sª de Lourdes e Externato Ribadouro. As sessões centrar-se-ão nos conceitos de "mental health literacy" e de estigma associado às perturbações mentais, seguindo uma metodologia interactiva, com recurso a dinâmicas de grupo e música, promovendo o debate e o esclarecimento de dúvidas por parte dos participantes. Com o objectivo de avaliar a eficácia da intervenção, os alunos preencherão o questionário mencionado anteriormente, no início da primeira sessão e no final da segunda - 3ª etapa do projecto. Seis meses após a participação nas acções de sensibilização, será realizado um follow-up - 4ª etapa do projecto.

De referir que a autorização por parte da Direcção das escolas acima mencionadas se encontra dependente

do parecer favorável da Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC), designadamente da aprovação do MIME.

Objectivos:

Objectivos Gerais do Projecto "Abrir espaço à saúde mental": 1) desenvolver e avaliar a eficácia de uma intervenção de promoção da "mental health literacy" e de redução do estigma associado às perturbações mentais junto de jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos; 2) desenvolver um instrumento de avaliação rigoroso, capaz de avaliar a "mental health literacy", bem como as percepções estigmatizantes face à perturbação mental.

Objectivos dos Focus Groups (1ª etapa do projecto "Abrir espaço à saúde mental"): O objectivo do desenvolvimento de Focus Groups prende-se com a compreensão dos conhecimentos dos jovens sobre questões relacionadas com saúde e doença mental, estigma associado à doença mental e, por fim, com a pertinência do desenvolvimento de uma intervenção sistematizada ao nível da promoção da saúde mental e redução do estigma junto de alunos do 2º ciclo.

Objectivos do Estudo-Piloto (2ª etapa do projecto "Abrir espaço à saúde mental"): avaliar a validade do instrumento de avaliação e a adequação das acções de sensibilização pró-saúde mental desenvolvidos (através da 1ª etapa do projecto).

Objectivos da Implementação da Intervenção (3ª etapa do projecto "Abrir espaço à saúde mental"): avaliar a eficácia de uma intervenção de promoção da "mental health literacy" e de redução do estigma associado às perturbações mentais junto de 450 jovens, com idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos.

Objectivos do Follow-up (4ª etapa do projecto "Abrir espaço à saúde mental"): avaliar a eficácia da intervenção, no final de 6 meses.

Periodicidade:

Pontual

Data do início do período de recolha de dados:

07-11-2011

Data do fim do período de recolha de dados:

30-11-2013

Universo:

1ª etapa) Focus groups: 30 alunos do 3º ciclo do ensino básico; 2ª etapa) Estudo-piloto: 30 alunos do 3º ciclo do ensino básico; 3ª e 4ª etapas) Implementação da intervenção e Follow-up: 450 alunos do 3º ciclo ensino básico.

Unidade de observação:

alunos do 3º ciclo do ensino básico (7º, 8º e 9º anos)

Método de recolha de dados:

Consentimentos informados e questionários sócio-demográficos – todas as etapas; Guião Focus groups – 1ª etapa; Questionário de avaliação "mental health literacy" e das percepções estigmatizantes face à perturbação mental – 2, 3ª e 4ª etapas.

Inquérito registado no Sistema Estatístico Nacional:

Não

Inquérito aplicado pela entidade:

Sim

Instrumento de inquirição:

01288_201107041729_Documento1.zip (ZIP - 293,43 KB)

Nota metodológica:

Outros documentos:

01288_201110181119_Documento3.pdf (PDF - 208,35 KB)

Data de registo:

18-10-2011

Versão:

2 (2)

Dados adicionais

Estado:

Aprovado

Avaliação:

Exmo(a) Senhor(a) Dr(a), Maria Luisa Brites Parreira Coelho Vieira de Campos
Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma

vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos de qualidade técnica e metodológica para tal devendo, no entanto, ter em atenção as observações aduzidas.
Com os melhores cumprimentos
Isabel Oliveira
Directora de Serviços de Inovação Educativa
DGDC

Observações:

- a) Deverá ser obtida a autorização expressa dos encarregados de educação dos alunos com menos de 18 anos a inquirir.
- b) Nos procedimentos a efectuar no âmbito deste projecto devem ser respeitadas todas as considerações da Comissão Nacional de Protecção de Dados, inscritas na autorização nº 11098/2011,

Outras observações:

Sem observações.

| [Voltar](#) | [Versão 1](#) | [Versão 2](#) |

Processo n.º 10300/2011

AUTORIZAÇÃO N.º 11098 /2011

I. Do Pedido

Maria Luísa Brites Parreira Coelho Vieira de Campos notificou à CNPD um tratamento de dados pessoais com a finalidade de elaborar um estudo observacional para avaliar as percepções estigmatizantes associadas às perturbações mentais e a eficácia de um programa de sensibilização e promoção da saúde mental.

O estudo decorrerá ao longo de três anos, compreendendo 4 etapas: 1) realização de *focus groups*, 2) implementação de um estudo piloto, 3) desenvolvimento de acções de sensibilização pró-saúde mental e 4) *follow-up*.

Serão incluídos na primeira fase do estudo 90 adolescentes entre os 12 e os 14 anos de idade. Já na segunda fase, o estudo será aplicado a 30 adolescentes da mesma faixa etária e 450 adolescentes nas terceira e quarta fases.

O estudo será desenvolvido em ambiente escolar, sendo solicitado o consentimento informado aos encarregados de educação.

Na primeira fase do estudo, os grupos de discussão serão gravados em formato áudio. Já nas restantes fases, que implicam o preenchimento de questionários em papel, as respostas aos mesmos serão anónimas.

Para que as respostas aos vários questionários e nos vários momentos sejam associadas a um mesmo participante, serão pedidos 5 dígitos do número de telemóvel dos participantes, sendo a codificação atribuída da seguinte forma: (x x x _ _ x _ _ _) o primeiro dígito respeita ao tipo de estabelecimento (ensino público ou privado), os 2.º e 3.º dígitos referem-se ao estabelecimento de ensino, o 6.º dígito ao tipo de questionário e os restantes ao número de telemóvel do participante no estudo.

Os destinatários serão ainda informados sobre a natureza facultativa da sua participação e garantida confidencialidade no tratamento.

II. Da Análise

Porque em grande parte referentes à vida privada, os dados dos utentes dos serviços prestados pela requerente têm a natureza de sensíveis, razão pela qual o respectivo tratamento só pode basear-se no consentimento expresso, esclarecido e livre dos titulares dos dados, nos termos do disposto no n.º 2 do artigo 7.º da Lei n.º 67/98, de 26.10, ou dos seus legais representantes.

Por esta razão é necessário o «consentimento expresso do titular», entendendo-se por consentimento qualquer manifestação de vontade, livre, específica e informada, nos termos da qual o titular aceita que os seus dados sejam objecto de tratamento, o qual deve ser obtido através de uma “declaração de consentimento informado” onde seja utilizada uma linguagem clara e acessível.

Nos termos do artigo 10.º da Lei n.º 67/98, a declaração de consentimento tem de conter a identificação do responsável pelo tratamento e a finalidade do tratamento, devendo ainda conter informação sobre a existência e as condições do direito de acesso e de rectificação por parte do respectivo titular.

Como decorre dos impressos de recolha de consentimento, cujos modelos estão juntos aos autos, os titulares dos dados e os seus legais representantes apõem as suas assinaturas nos mesmos, deste modo satisfazendo as referidas exigências legais, pelo que a Comissão Nacional de Protecção de Dados considera existir legitimidade para o tratamento dos dados que a requerente se propõe realizar (artigos 3.º, alínea h), e 7.º n.º2 da Lei n.º 67/98, de 26.10).

A informação tratada é recolhida de forma lícita (art.º 5.º, n.º1 al. a) da Lei 67/98), para finalidades determinadas, explícitas e legítimas (cf. al. b) do mesmo artigo) e não é excessiva.

O fundamento de legitimidade é o consentimento expresso do titular dos dados.

III. Da Conclusão

Assim, de acordo com as disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, n.º1 do artigo 27.º, al. a) do n.º 1 do artigo 28.º e art. 30.º da Lei de Protecção de Dados, autoriza-se o tratamento, com as condições supra referidas, nos seguintes termos:

Responsável pelo tratamento: Maria Luísa Brites Parreira Coelho Vieira de Campos

Finalidade: Estudo observacional para avaliar as percepções estigmatizantes associadas às perturbações mentais e a eficácia de um programa de sensibilização e promoção da saúde mental.

Categoria de Dados pessoais tratados: código do participante, dados sócio-demográficos (data de nascimento, sexo, estado civil, nacionalidade, concelho de residência, ano de escolaridade, ocupação de tempos livres, principal fonte de rendimento familiar, constituição do agregado familiar, profissão, habilitações literárias e situação profissional), respostas aos questionários sobre a definição de doença mental, sua prevalência, causas, consequências, prognóstico, intenções comportamentais, factores protectores, implicações e debate sobre a estigmatização da doença mental.

Entidades a quem podem ser comunicados: Não há.

Formas de exercício do direito de acesso e rectificação: Junto da investigadora.

Interconexões de tratamentos: Não há.

Transferências de dados para países terceiros: Não há.

Prazo de conservação: O código do titular deve ser destruído um mês após o fim do estudo.

Dos termos e condições fixados na Deliberação n.º 227/2007 e na presente Autorização decorrem obrigações que o responsável deve cumprir. Deve, igualmente, dar conhecimento dessas condições a todos os intervenientes no circuito de informação.

Lisboa, 10 de Outubro de 2011

Ana Roque, Luís Paiva de Andrade, Vasco Almeida, Helena Delgado António (Relatora), Carlos Campos Lobo, Luís Barroso



Luís Lingnau da Silveira (Presidente)

ANEXO 7: Sistema de Categorías

<p>1. Definição de Doença Mental</p>	<p>Codificam-se nesta categoria todas as referências dos participantes acerca de conhecimentos sobre a doença mental que incluam: (1.1) características e sintomas; (1.2) causas; (1.3) consequências; (1.4) doenças mentais enunciadas; (1.5) terminologia; (1.6) tratamentos identificados; (1.7) impacto do tratamento; (1.8) fontes de informação; (1.9) impacto da DM no próprio; (1.10) impacto da DM do outro; (1.11) impacto na comunidade; (1.12) factores de risco; (1.13) factores precipitantes e (1.14) factores de prevenção.</p>
<p>1.1 Características e sintomas</p>	<p>Inclui-se nesta categoria informação sobre sintomas e características referidas pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental, tais como: (1.1.1) Alterações; (1.1.2) Anormalidade; (1.1.3) Atitudes extremistas; (1.1.4) Boa pessoa; (1.1.5) Ciúmes (doentios); (1.1.6) Dizer palavrões; (1.1.7) Dúvidas quanto às características ou sintomas da doença mental; (1.1.8) Estranheza; (1.1.9) Falar com árvores e flores; (1.1.10) Falar sozinha; (1.1.11) Falta de noção da doença; (1.1.12) Ideias estranhas; (1.1.13) Início de consumos; (1.1.14) Insultar as pessoas; (1.1.15) Invulgaridade; (1.1.16) Isolamento; (1.1.17) Monotonia; (1.1.18) Morder pessoas; (1.1.19) Doença não muito importante; (1.1.20) Não estar em si; (1.1.21) Impercetível; (1.1.22) Nervosismo; (1.1.23) Obsessão; (1.1.24) Pensamentos diferentes ou estranhos; (1.1.25) Perigo; (1.1.26) Prisão à rotina; (1.1.27) Recusa da doença mental; (1.1.28) Sem noção da realidade; (1.1.29) Solidão; (1.1.30) Ter a noção de enlouquecer; (1.1.32) Ter sentimentos; (1.1.33) Tristeza; (1.1.34) Vida miserável.</p>
<p>1.1.1. Alterações</p>	<p>Esta categoria inclui toda a informação, mencionada pelos jovens, acerca das alterações que ocorrem devido ao desenvolvimento de uma doença mental ao nível da (1) alimentação e da (2) fala.</p>

1.1.1.1. Alimentação	Esta categoria inclui a informação relativa às alterações da alimentação que os jovens referem como provocadas pela doença mental.	“Alguém que possa ter comportamentos que para nós sejam anormais... Perigosos... E isso pode afectar a alimentação da pessoa...” (Rapariga)
1.1.1.2. Fala	Esta categoria inclui a informação relativa às alterações da fala que os jovens referem como provocadas pela doença mental.	“Alguém que possa ter comportamentos que para nós sejam anormais... Perigosos... E isso pode afectar a alimentação da pessoa e a fala...” (Rapariga)
1.1.2. Anormalidade	Inclui-se nesta categoria informações relativas à anormalidade enquanto característica/sintoma referido(a) pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“Alguém que possa ter comportamentos que para nós sejam anormais...” (Rapariga) “Se calhar ele não sabe dar-se bem ou só conviver com as pessoas, não é normal chegar à beira deles e mandar a bola para longe...” (Rapaz)
1.1.3. Atitudes extremistas	Esta categoria inclui referências dos jovens relativas às atitudes extremistas que as pessoas com doença mental podem ter: (1.1.3.1) Calados ou reservados e (1.1.3.2.) Falar muito.	
1.1.3.1. Calados ou reservados	Esta categoria inclui todas as referências em que os jovens caracterizam as pessoas com doença mental enquanto reservadas ou caladas.	“Estão completamente calados, reservados.” (Rapariga) “Portanto não fala com a minha prima, reserva-se

		muito..." (Rapaz)
1.1.3.2. Falar muito	Esta categoria inclui toda a informação na qual os jovens caracterizam as pessoas com doença mental como muito faladoras.	"Eu acho que, geralmente uma coisa que se nota ou falam muito, estão sempre a falar, nem que seja para o ar ou para a parede." (Rapariga)
1.1.4. Boa pessoa	Esta categoria inclui toda a informação relativa à caracterização que os jovens fazem de uma pessoa com doença mental enquanto boa pessoa.	"Mas também acho que, por exemplo, talvez possa ser boa pessoa porque a intenção dele mandar a bola para longe é boa." (Rapariga)
1.1.5. Ciúmes (doentios)	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao que os jovens consideram sobre os ciúmes enquanto característica ou sintoma da doença mental.	"Os ciúmes doentios também acho que podem ser considerados uma doença mental..." (Rapariga) "Eu tinha uma empregada que o marido tinha Parkinson e ele tinha assim um bocado a obsessão que haviam sempre homens atrás da mulher dele e a minha empregada já tem sessenta e tal anos e ele era assim ciumento." (Rapariga)
1.1.6. Dizer palavras	Esta categoria inclui todas as referências dos jovens relativas a dizer palavras enquanto característica/sintoma da doença mental.	"Estávamos com uma amiga nossa que é grega e eu perguntei o que ele estava a fazer e ela disse para deixar estar porque estava a insultar, não sei o quê, mas estava a dizer palavras feias e que era pronto..." (Rapariga)

<p>1.1.7. Dúvidas quanto às características ou sintomas da DM</p>	<p>Esta categoria inclui toda a informação, mencionada pelos jovens, que revela dúvidas ao nível daquilo que são ou não características ou sintomas da pessoa com doença mental.</p>	
<p>1.1.7.1. Agressividade</p>	<p>Esta categoria inclui toda a informação relativa à dúvida sobre a possível agressividade ou não das pessoas com doença mental colocada pelos jovens.</p>	
<p>1.1.7.2. Consciência das atitudes das pessoas com DM</p>	<p>Esta categoria inclui toda a informação relativa às dúvidas que os jovens apresentam quanto à consciência das atitudes das pessoas com doença mental.</p>	<p>“Eu acho que, nós às vezes quando convivemos com pessoas com doença mental, às vezes temos dificuldade em perceber se as atitudes que a outra pessoa toma são mesmo a pessoa consciente que está a tomar ou se tem a ver com a doença e nós, às vezes, não sabemos muito bem como agir por causa disso, não sabemos se é mesmo a pessoa que está a querer agir assim, se é a doença que está a afectá-la...” (Rapariga)</p>
<p>1.1.7.3. Sintomas ou características da doença bipolar</p>	<p>Esta categoria inclui toda a informação relativa às dúvidas que os jovens apresentam acerca das características ou sintomas que definem a perturbação bipolar.</p>	<p>“Uma pessoa bipolar não é supostamente uma pessoa que tem duas personalidades?” (Rapariga) “Relativamente àquilo das duas personalidades eu tenho um primo que está... Trabalha como médico, ele diz que não existem, não é possível uma pessoa ter dupla personalidade...” (Rapaz)</p>

1.1.8. Estranheza	Incluem-se nesta categoria informações relativas à estranheza enquanto característica/sintoma referido(a) pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“Eu acho que uma pessoa quando está a enlouquecer, uma pessoa tem noção que está a enlouquecer porque tem noção que está...Hm... Que tem começado a ter comportamentos mais estranhos.” (Rapaz)
1.1.9. Falar com árvores e flores	Inclui-se nesta categoria informações relativas ao discurso dirigido a árvores e flores enquanto característica/sintoma referido(a) pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“Acho que para ele se sentir assim tão sozinho que só fala com as árvores...” (Rapariga)
1.1.10. Falar sozinha	Esta categoria inclui toda a informação relativa a falar sozinha que, segundo os jovens, caracteriza as pessoas com doença mental.	“Estávamos a passar numa rua e estava um homem, eu não sabia o que estava a dizer porque estava a falar grego, estava aos altos berros a falar sozinho.” (Rapariga)
1.1.11. Falta de noção das doenças	Esta categoria inclui referências, dos jovens, relativas à falta de noção que as pessoas afectadas pela doença mental têm da mesma.	“Eu acho que as pessoas que têm problemas mentais não têm bem a noção que têm problemas mentais, porque acham que o que fazem está certo e pensam que as outras pessoas estão erradas eu acho que elas pensam que o que fazem está certo e que fazem isso porque não são um exemplo, é visto mal pelas outras pessoas... “ (Rapariga)
1.1.12. Ideias estranhas	Inclui-se nesta categoria informações relativas à existência de ideias estranhas enquanto característica/sintoma referido(a) pelos participantes a	“Eu acho que essa pessoa deve estar doente por pensar em microships e essas coisas.” (Rapariga)

	propósito da pessoa com doença mental.	
1.1.13. Início de consumos	Inclui-se nesta categoria informações relativas ao início dos consumos de substâncias enquanto característica/sintoma referido(a) pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental: (1.1.13.1) Começar a tomar drogas e (1.1.13.2.) Consumo de álcool.	
1.1.13.1 Começar a tomar drogas	Inclui-se nesta categoria informações relativas ao início do consumo de drogas enquanto característica/sintoma referido(a) pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“Em frente a minha casa há um jardim e está sempre lá um senhor, não sei, deve ser drogado, que veste roupas, pode estar frio ou esteja sol, calor, veste roupas muito finas com meias e está sempre assim...” (Rapariga)
1.1.13.2 Consumo de álcool	Esta categoria inclui informação relativa ao consumo de bebidas alcoólicas que segundo os jovens pode ser característica ou sintoma da doença mental.	“É um senhor, também, que eu acho que tem os seus 50 anos... Anda sempre com uma garrafa, sempre não, vejo-o muitas vezes com uma garrafa, de cerveja ou qualquer coisa...” (Rapariga)
1.1.14. Insultar as pessoas	Esta categoria inclui toda a informação em que os jovens consideram que as pessoas com doença mental são caracterizadas por insultarem as pessoas.	“Às vezes insultava as pessoas que passavam, não as conhecia de lado nenhum, mas mesmo assim insultava.” (Rapariga)
1.1.15. Invulgaridade	Inclui-se nesta categoria informações relativas à invulgaridade enquanto característica/sintoma referido(a) pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“Por exemplo, não sei... Hm.. Reacções que não façam muito sentido.” (Rapaz)
1.1.16. Isolamento	Esta categoria inclui toda a informação relativa a	“Eu acho que o facto de ele estar lá sozinho, sem

	expressões de isolamento que os jovens consideram como características ou sintomas de uma doença mental.	nenhuma roupa para vestir ou trocar de roupa, parece que ele não tem tantas possibilidades, que não tem mais ninguém com quem partilhar...” (Rapaz)
1.1.17. Monotonia	Esta categoria inclui toda a informação que onde os jovens consideram a monotonia enquanto uma característica da doença mental.	“Eu acho que também só quem tem doenças mentais desenvolve um bocado a monotonia por causa de, talvez por serem um bocado solitários, começam fazer sempre as mesmas coisas, todos os dias.” (Rapariga)
1.1.18. Morder pessoas	Esta categoria inclui toda a informação relativa a morder pessoas enquanto característica da doença mental, mencionada pelos jovens.	“Ficou muito deprimida... Hmm... E o que é que aconteceu, no outro dia, há dez anos, tinha ido, estava num carro e começou a morder a empregada.” (Rapaz)
1.1.19. Não estar bem	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao enunciado dos jovens onde referem que a pessoa com DM não bate muito bem.	“Acho que o senhor não deve estar muito bem...” (Rapariga)
1.1.20. Não estar em si	Esta categoria inclui toda a informação, mencionada pelos jovens, relativa à característica de não estar em si das pessoas com doença mental.	“Mas acho que eles não têm consciência do que estão a fazer, se tivessem não estavam doentes.” (Rapariga) “A doença no fundo é que estava, ela não era ela, portanto as reacções dela, o não falar com a minha prima e tudo isso acho que não foi...” (Rapaz)
1.1.21. Não se nota a	Esta categoria inclui toda a informação que diz	“Eu acho que às vezes pode ser uma doença mental

doença	respeito ao facto de não se notar que as pessoas com doença mental realmente a têm, segundo os jovens.	mas sejam coisas que há quem quando olhe nem sequer note.” (Rapariga)
1.1.22. Nervosismo	Inclui-se nesta categoria informações relativas ao nervosismo enquanto característica/sintoma referido(a) pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“Também leva às pessoas estarem bastante nervosas.” (Rapariga)
1.1.23. Obsessão	Inclui-se nesta categoria informações relativas à obsessão enquanto característica/sintoma referido(a) pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“Eu tinha uma empregada que o marido tinha Parkinson e ele tinha assim um bocado a obsessão que haviam sempre homens atrás da mulher dele e a minha empregada já tem sessenta e tal anos e ele era assim ciumento.” (Rapariga)
1.1.24. Perigo	Esta categoria inclui informação relativa ao perigo enquanto característica de uma doença mental.	“Eu acho que às vezes podem ser violentos, acho que é disso que temos mais medo também.” (Rapariga) “Desenvolvem comportamento, às vezes, perigosos, que podem afectar outras pessoas e principalmente a elas próprias.” (Rapaz)
1.1.25. Prisão à rotina	Esta categoria inclui toda a informação relativa a expressões que os jovens utilizam quando se referem à rotina das pessoas com doença mental, mencionada pelos jovens.	“Eu acho a vida dele um bocado monótona, porque ele está sempre no mesmo sítio e com a mesma roupa...” (Rapariga) “sempre sentado no mesmo banco, sem ninguém...”

		(Rapaz)
1.1.26. Recusa da doença mental	Esta categoria inclui toda a informação relativa à recusa da doença mental pelas pessoas afectadas, mencionada pelos jovens.	“Também pode ser pessoas que acham que não são e que as pessoas nem percebem que têm de ser tratadas, porque há muitas pessoas que não assumem por opção e que no fundo são...” (Rapariga)
1.1.27. Sem noção da realidade	Esta categoria inclui informação relativa à falta de noção da realidade enquanto características ou sintoma da doença mental.	“Ele não tem noção da realidade, passa nas montras e vê televisões, qualquer coisa assim, possa ver filmes...” (Rapariga)
1.1.28. Solidão	Inclui-se nesta categoria informações relativas à solidão enquanto característica/sintoma referido(a) pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“Eu acho que também só quem tem doenças mentais desenvolve um bocado a monotonia por causa de, talvez por serem um bocado solitários, começam fazer sempre as mesmas coisas, todos os dias.” (Rapariga) “Pensar que não há ninguém na família dele que o... Pelo menos que esteja ao lado dele. Talvez esteja já sozinho, não sei, ou se não estiver pelo menos não lhe dão absolutamente assistência nenhuma.” (Rapaz)
1.1.29. Ter noção de enlouquecer	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao que os jovens consideram que as pessoas com doença mental têm noção que estão a enlouquecer.	“Uma pessoa tem noção que está a enlouquecer porque tem noção que está...Hm... Que tem começado a ter comportamentos mais estranhos, não é?” (Rapaz) “Acho que uma pessoa tem noção que está a

		enlouquecer” (Rapariga)
1.1.30. Ter sentimentos	Esta categoria inclui toda a informação relativa aos sentimentos que as pessoas com doença mental têm.	“Não quero que essa pessoa sinta que as pessoas estão sempre a observar e a olhar para essa pessoa e essa pessoa também deve sentir muitas vezes isso que as pessoas também têm sentimentos. Deve-se aperceber quando as pessoas olham ou não e quando estão a julgar essa pessoa ou não, qualquer coisa assim...” (Rapariga)
1.1.31. Tristeza	Inclui-se nesta categoria informações relativas ao sentimento de tristeza enquanto característica/sintoma referido(a) pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“Tem sempre um casaco com ele, está sempre sentado ao pé do chão, ao pé das lojas, nas paragens... Está sempre com um olhar assim um ar um bocado triste...” (Rapariga)
1.1.32. Vida miserável	Esta categoria inclui toda a informação mencionada pelos jovens que consideram o facto de ter uma vida miserável como uma característica ou sintoma de uma doença mental.	“Eu acho que a vida daquele senhor tem uma forma de viver assim muito diferente e muito miserável.” (Rapariga)
1.2 Causas	Inclui-se nesta categoria toda a informação sobre as causas das doenças mentais referidas pelos participantes, nomeadamente (1.2.1) Adquiridas; (1.2.2) Congénitas; (1.2.3) Dúvidas quanto à hereditariedade da doença mental; (1.2.4) Hereditárias.	
1.2.1. Adquiridas	Inclui-se nesta categoria toda a informação sobre causas adquiridas das doenças mentais, isto é, factores externos aos indivíduos, que podem ocorrer ao longo da vida e, neste sentido, constituir-se como causas das	

	perturbação mental.	
1.2.1.1. Acidente	Esta categoria inclui toda a informação, referida pelos jovens, acerca de situações de acidente enquanto causa de uma doença mental.	“Acho, essencialmente, que a doença mental adquire-se ao longo da vida com o surgir de vários problemas, tragédias, acidentes que são alguns traumatizantes que tornam as pessoas... Doentes...” (Rapariga)
1.2.1.2. Acontecimento de vida incompreendido	Inclui-se nesta categoria todas as informações relativas à incompreensão de determinados acontecimentos de vida enquanto causa das doenças mentais, segundo os participantes.	“Mas outras podem surgir através de problemas que se vão tendo ao longo da vida e que se vão desenvolvendo se calhar também porque as pessoas deixam um bocado, vão andando e vão deixando o assunto desenrolar-se e pronto. Mas se calhar se impedissem na altura certa não chegavam a um ponto tão extremo.” (Rapariga)
1.2.1.3. Complicação médica ou cirúrgica	Esta categoria inclui toda a informação na qual os jovens consideram que uma complicação ao nível médico ou cirúrgico pode causar uma doença mental.	“Aquela senhora contou-me que quando ela teve o parto pelos vistos tocaram-lhe num nervo qualquer e de repente pronto ficou assim com esse problema.” (Rapariga)
1.2.1.4. Consumos	Esta categoria inclui toda a informação, mencionada pelos jovens, acerca dos consumos enquanto causa para se desenvolver uma doença mental.	“Pode ter sido por influência de drogas...” (Rapariga)

1.2.1.5. Falta de abrigo	Esta categoria inclui toda a informação, mencionada pelos jovens, relativa à falta de abrigo enquanto causa para se desenvolver uma doença mental.	“O que o levou a chegar à posição dele foi a falta de, por exemplo, comida, ou de abrigo.” (Rapariga)
1.2.1.6. Falta de apoio	Inclui-se nesta categoria todas as informações relativas à falta de apoio enquanto causa das doenças mentais, segundo os participantes.	“O que o levou a chegar à posição dele foi a falta de, por exemplo, comida, ou de abrigo, ou de assistência familiar.” (Rapaz)
1.2.1.7. Falta de comida	Esta categoria inclui toda a informação, mencionada pelos jovens, relativa à falta de comida enquanto causa para se desenvolver uma doença mental	“O que o levou a chegar à posição dele foi a falta de, por exemplo, comida...” (Rapariga)
1.2.1.8. Problemas familiares	Esta categoria inclui toda a informação relativa aos problemas familiares enquanto possível causa do desenvolvimento de doenças mentais, segundo os jovens.	“Como às vezes problemas na família ou, ou... No trabalho, ou noutros casos, podem levar a uma doença mental a meio da vida, não ser de nascença.” (Rapariga)
1.2.1.9. Problemas profissionais	Esta categoria inclui toda a informação relativa aos problemas profissionais enquanto possível causa do desenvolvimento de doenças mentais, segundo os jovens.	“Como às vezes problemas na família ou, ou... No trabalho, ou noutros casos, podem levar a uma doença mental a meio da vida, não ser de nascença.” (Rapariga)
1.2.1.10. Solidão	Esta categoria inclui toda a informação, mencionada pelos jovens, acerca da solidão enquanto causa que	“O facto de ele não ter ninguém deve ter afectado a mentalidade dele, não sei.” (Rapariga)

	desencadeou a doença mental.	
1.2.1.11. Tragédias	Esta categoria inclui toda a informação relativa às tragédias enquanto possível causa do desenvolvimento de doenças mentais, segundo os jovens.	“Acho, essencialmente, que a doença mental adquire-se ao longo da vida com o surgir de vários problemas, tragédias...” (Rapariga)
1.2.1.12. Traumas	Inclui-se nesta categoria todas as informações relativas a traumas enquanto causa das doenças mentais, segundo os participantes.	“Acho, essencialmente, que a doença mental adquire-se ao longo da vida com o surgir de vários problemas, (...) alguns traumatizantes que tornam as pessoas... Doentes...” (Rapariga)
1.2.1.12. Vida miserável	Esta categoria inclui informação relativa à perspectiva de uma vida miserável enquanto causa para se desenvolver uma doença mental.	“Para chegar a este ponto deve ter tido uma vida muito miserável.” (Rapariga)
1.2.2. Congénitas	Inclui-se nesta categoria toda a informação sobre causas congénitas das doenças mentais, referidas pelos participantes.	“Eu acho que quando as pessoas começam a enlouquecer, quando nascem com alguma doença.” (Rapariga)
1.2.3. Dúvidas quanto à hereditariedade da doença	Esta categoria inclui toda a informação em que os jovens revelam certas dúvidas relacionadas com a possibilidade ou não de existir uma causa hereditária para o desenvolvimento da doença mental.	“Eu não sei se as doenças... Eu acho que não, as doenças não se devem transmitir geneticamente, talvez características das doenças, mas uma pessoa, por exemplo, a minha mãe era maluca eu vou ter

		probabilidades de ser maluca, mas se tiver uma boa qualidade de vida...” (Rapariga)
1.2.4. Hereditariedade	Inclui-se nesta categoria toda a informação sobre causas hereditárias das doenças mentais, referidas pelos participantes.	<p>“Já me disseram que as pessoas podem ter tendência a depressões se as pessoas da família delas também podem passar...” (Rapariga)</p> <p>“As pessoas geralmente quando eeh, depende das doenças porque há doenças que não são genéticas, outras são genéticas, eeh mas maioritariamente se há na família alguém com, com passado, não é, nesse nível, acho, à partida, também, há alguma tendência para essa pessoa poder ter a doença.” (Rapaz)</p>
1.3 Consequências	Inclui-se nesta categoria todas os enunciados sobre as consequências na vida da pessoa decorrentes da doença mental, mencionados pelos jovens. (1.3.1) Dificuldades de vida; (1.3.2) Ficar mais maluco; (1.3.3) Perturbar a vida dos outros; (1.3.4) Prejudicar relação com amigos; (1.3.5) Prejudicar relações familiares; (1.3.6) Problemas familiares; (1.3.7) Problemas profissionais; (1.3.8) Solidão e isolamento; (1.3.9) Suicídio.	
1.3.1. Dificuldades de vida	Esta categoria inclui informação relativa às consequências quanto ao tipo de vida que a doença mental acarreta, segundo os jovens.	“Eu acho que essas pessoas quando têm uma deficiência porque já nascem mesmo com a doença e ao longo da vida isso faz com que a pessoa tenha uma

		vida complicada...” (Rapariga)
1.3.2. Ficar mais maluco	Inclui-se nesta categoria todas as informações relativas ao facto de se ficar mais maluco enquanto consequência na vida da pessoa decorrente da doença mental.	“Acho que a noção de estar a enlouquecer ainda as enlouquece mais!” (Rapaz)
1.3.3. Perturbar a vida dos outros	Esta categoria inclui toda a informação que, segundo os jovens, a doença mental perturba a vida daqueles que rodeiam a pessoa afectada.	“E muitas vezes a minha empregada chorava e isso tudo, eu acho que ela ficava mesmo triste e tudo e perturbava muito a vida dela.” (Rapariga)
1.3.4. Prejudicar a relação com amigos	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao que os jovens consideram sobre a doença mental interferir nas relações de amizade.	“Teve de ser internada pelo próprio pai e eu acho que, principalmente a partir desse ponto, que, pelo menos pelo que me dizem, que é muito difícil ter relações com pessoas e amizade porque é uma pessoa muito reservada e tem assim às vezes esses episódios mais...” (Rapariga)
1.3.5. Prejudicar relações familiares	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao que os jovens consideram sobre a doença mental interferir nas relações familiares.	“Se, se essa mulher não estivesse assim com tantos ciúmes, se calhar está a ficar um bocadinho doente, confiava no marido como confiava dantes... Ou seja, isso também afecta a relação com os outros, o antes e o depois...” (Rapariga)

		“Eu acho que é muito dependente, de acordo com o tipo de família ou de acordo com o tipo de ligações que adquiriram com essa pessoa.” (Rapaz)
1.3.6. Problemas familiares	Esta categoria inclui toda a informação relativa aos problemas familiares que os jovens entendem como consequência da doença mental.	“Eu acho que essas pessoas quando têm uma deficiência porque já nascem mesmo com a doença e ao longo da vida isso faz com que a pessoa tenha uma vida complicada, pode causar problemas familiares.” (Rapariga)
1.3.7. Problemas profissionais	Esta categoria inclui toda a informação relativa aos problemas laborais/profissionais que os jovens entendem como consequência da doença mental.	“Eu acho que essas pessoas quando têm uma deficiência porque já nascem mesmo com a doença e ao longo da vida isso faz com que a pessoa tenha uma vida complicada, pode causar problemas familiares e no trabalho...” (Rapariga)
1.3.8. Solidão e isolamento	Inclui-se nesta categoria todas as informações relativas à solidão e isolamento enquanto consequências na vida da pessoa decorrente da doença mental.	“Às vezes podem estar um bocado solitários ou evitar estar em contacto com as pessoas...” (Rapariga)
1.3.9. Suicídio	Inclui-se nesta categoria todas as informações relativas ao suicídio enquanto consequência na vida da	“Porque ela suicidou-se e foi horrível, mas ela tinha doença bipolar e ela já há muito tempo que pensava

	<p>peessoa decorrente da doença mental.</p>	<p>em suicidar-se, mas como, às vezes, estava tão feliz, tão alegre, uma pessoa nem pensava que ela ainda tinha essa ideia na cabeça!” (Rapariga)</p>
<p>1.4 Doenças mentais enunciadas</p>	<p>Esta categoria inclui toda a informação relativa exemplos daquilo que os jovens consideram ser doenças mentais, tais como (1.4.1) Alzheimer; (1.4.2) Depressão; (1.4.3) Doença bipolar; (1.4.4) Parkinson; (1.4.5) Pedofilia; (1.4.6) Trissomia 21; (1.4.7) Dúvida quanto à consideração de doença mental; (1.4.8) Dúvidas quanto aos nomes de doenças mentais; (1.4.9) Outras alterações que não são enunciadas como doenças mentais; (1.4.10) Outros problemas enunciados que não conferem estatuto de deficiência mental.</p>	
<p>1.4.1. Alzheimer</p>	<p>Esta categoria inclui toda a informação relativa ao Alzheimer enquanto doença mental considerada pelos jovens.</p>	<p>“Alzheimer...” (Rapariga)</p>
<p>1.4.2. Depressão</p>	<p>Esta categoria inclui toda a informação relativa à depressão enquanto doença mental considerada pelos jovens.</p>	<p>“Eu tenho uma tia que vive em Lisboa, que neste momento está a sofrer de uma depressão por causa de uma série de coisas que lhe aconteceu.” (Rapaz)</p>
<p>1.4.3. Doença bipolar</p>	<p>Esta categoria inclui toda a informação relativa à doença bipolar enquanto doença mental considerada pelos jovens.</p>	<p>“Por exemplo, uma pessoa bipolar é uma pessoa que pode estar num momento muito bem e noutra momento começar a chorar ou a insultar.” (Rapariga)</p>
<p>1.4.4. Parkinson</p>	<p>Esta categoria inclui toda a informação relativa ao</p>	<p>“Eu tinha uma empregada que o marido tinha</p>

	Parkinson enquanto doença mental considerada pelos jovens.	Parkinson...” (Rapariga)
1.4.5. Pedofilia	Esta categoria inclui toda a informação relativa à pedofilia enquanto doença mental enunciada pelos jovens.	“Eu também acho que a pedofilia também pode ser uma doença mental. Porque, por exemplo, não querer ter relações com uma pessoa da sua idade e ter com mais novos deve sentir uma certa rejeição...” (Rapariga)
1.4.6. Trissomia 21	Esta categoria inclui informação acerca dos jovens considerarem trissomia 21 como uma doença mental.	“A trissomia 21!” (Rapariga)
1.4.7. Dúvidas quanto à consideração de doença mental	Esta categoria inclui toda a informação relativa às dúvidas dos jovens acerca daquelas que são ou não doenças mentais.	“É uma doença mental trissomia 21?” (Rapariga)
1.4.8. Dúvidas quanto aos nomes das doenças mentais	Esta categoria inclui toda a informação sobre a descrição das doenças para as quais os jovens referem não saber a denominação.	“Eu acho que também é considerada uma doença mental aquelas pessoas que se cortam e fazem sofrer a elas mesmas e têm ataques suicidas e esse tipo de coisas...” (Rapariga) “Há pessoas que se auto-mutilam, não sei qual é o nome...” (Rapaz)
1.4.9. Outras alterações que	Esta categoria inclui todas as informações relativas a	“Tem trissomia 21! (Rapaz)

não são enunciadas como doença mental	alterações ou problema que são mencionados pelos jovens e não consideradas enquanto doença mental.	Mas isso não é uma doença mental.” (Rapariga)
1.4.10. Outros problemas enunciados que não conferem o estatuto de deficiência mental	Esta categoria inclui todas as informações em que os jovens enunciam outros problemas que não conferem o estatuto de deficiência mental.	“É uma doença mental... É uma doença que afecta tanto a parte física como a parte mental e social.” (Rapaz)
1.5 Fatores de risco	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa aos factores que, segundo os jovens, poderão levar ao desenvolvimento de uma doença mental. (1.5.1) Forma como se tratam os problemas; (1.5.2) Proximidade.	
1.5.1. Forma como se tratam os problemas	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à forma como as pessoas tratam os problemas que lhes surgem, segundo os jovens, a sua má resolução poderá levar ao desenvolvimento de uma doença mental.	“Podem surgir através de problemas que se vão tendo ao longo da vida e que se vão desenvolvendo se calhar também porque as pessoas deixam um bocado, vão andando e vão deixando o assunto desenrolar-se e pronto. Mas se calhar se impedissem na altura certa não chegavam a um ponto tão extremo.” (Rapaz)
1.5.2 Proximidade	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à proximidade com uma pessoa com uma doença mental enquanto factor que, segundo os jovens, poderá levar ao desenvolvimento de uma doença mental.	
1.5.2.1 Contato próximo	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao contacto próximo de uma pessoa com doença mental enquanto factor que, segundo os jovens, poderá levar	“É assim eu acho que se nós nascemos e convivemos todos os dias ou no dia-a-dia com uma pessoa maluca é normal que também possamos ter perturbações!”

	ao desenvolvimento de uma doença mental.	(Rapariga)
1.6 Fatores precipitantes	Inclui-se nesta categoria as referências dos jovens relativas a factores numa relação de causa-efeito que originam a doença mental. (1.6.1) Falta de convívio; (1.6.2) Perda de alguém; (1.6.3) Solidão.	
1.6.1 Falta de convívio	Esta categoria inclui toda a informação relatada pelos jovens acerca da falta de convívio com outras pessoas enquanto factor precipitante para o desenvolvimento de uma doença mental.	“O facto de ele não ter ninguém deve ter afectado a mentalidade dele.” (Rapariga)
1.6.2. Solidão	Esta categoria inclui toda a informação relativa à solidão que os jovens consideram como factor precipitante para o desenvolvimento de uma doença mental.	“Eu acho que a vida daquele senhor tem uma forma de viver assim muito diferente e muito miserável, é bastante solitária e acho que isso afectou o comportamento por ele não conviver com ninguém mudou completamente a forma de ele pensar e agir... Já não está em si!” (Rapariga)
1.7 Fontes de informação	Esta categoria inclui toda a informação relativa às fontes de informação que serviram de base ao conhecimento que os jovens têm acerca da doença mental. (1.7.1) Notícias.	
1.7.1 Notícias	Esta categoria inclui toda a informação relativa às notícias enquanto fonte de informação que serviu de base ao conhecimento que os jovens têm acerca da doença mental.	“Como estávamos a dar exemplos eu lembrei-me que uma vez no telejornal estavam a falar também de doenças mentais.” (Rapariga) “Há uns tempos apareceu no jornal que era... Hmm, a

		Catherine Zeta-Jones, acho que era isso, tinha doença, internou-se a ela própria porque tinha doença bipolar e passados uns meses saiu já sã.” (Rapaz)
1.8 Impacto da doença mental do outro (desconhecido)	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao impacto que os jovens referem que a doença mental de uma pessoa desconhecida (ex.: pessoa que vêm no autocarro, na rua, etc) tem em si. (1.8.1) Comportamental; (1.8.2) Emocional.	
1.8.1 Comportamental	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao comportamento que os jovens referem ter face à doença mental de alguém desconhecido.	
1.8.1.1 Atravessar para o outro lado da rua	Esta categoria inclui toda a informação, mencionada pelos jovens, sobre o comportamento que adoptam quando estão perante uma pessoa desconhecida com doença mental.	“Às vezes quando nós vemos pessoas assim, que estão a ir à nossa frente na rua, às vezes apetece-nos, pronto, virar para outro sítio, porque acho que nós pensamos que essas pessoas podem ser violentas podem fazer coisas que nós não gostaríamos que elas fizessem.” (Rapariga)
1.8.1.2 Não olhar	Esta categoria inclui toda a informação relativa à atitude que os jovens têm de não olhar para uma pessoa que desconhecem com doença mental.	“É assim, eu acho que também depende das pessoas, mas por exemplo, eu quando não olho não é por ter medo que me façam alguma coisa, é porque me custa estar a ver ou não quero que essa pessoa sinta que as pessoas estão sempre a observar e a olhar para essa

		pessoa.” (Rapariga)
1.8.2 Emocional	Esta categoria inclui toda a informação relativa à forma como os jovens se sentem face à doença mental de um desconhecido.	
1.8.2.1 Custa olhar	Esta categoria inclui toda a informação sobre "custar olhar" para as pessoas com doença mental, segundo os jovens.	“Uma vez no telejornal estavam a falar também de doenças mentais e não sei bem o nome mas acho que há uma doença mental que até custou ver porque existem pessoas, por exemplo, a fazer coisas diárias como vestirem-se, apertar botões de camisa, é um exemplo, mas enquanto estão a apertar botões de camisa têm de ter, enquanto fazem tudo, têm de ter pensamentos bons porque se pensarem nalguma coisa má ou que há alguma coisa má, começam a pensar que há uma coisa que os vai perseguir e pode não parecer muito grave, ah basta não pensar, mas para essas pessoas isso parece um demónio que o vai perseguir e isso pode ser prejudicial!
1.8.2.2 Medo	Esta categoria inclui toda a informação, mencionada pelos jovens, acerca do medo que sentem quando estão perante alguém com doença mental.	“Às vezes também podem não ser assim tão violentos como nós pensamos, mas como têm algumas atitudes que nos levam a pensar isso, se calhar nós depois temos medo...” (Rapariga)
1.8.2.3 Sentir pena	Esta categoria inclui informação relativa à sensação de	“Eu tenho pena dessa pessoa porque acho que ele se

	pena que é provocada pela doença mental de outra pessoa nos jovens.	deve sentir muito sozinho e que pronto, para chegar a este ponto deve ter tido uma vida muito miserável.” (Rapariga)
1.9 Impacto da doença mental do outro (próximo)	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao impacto que os jovens julgam que a doença mental de uma pessoa próxima (ex.: familiar, amigo, etc) teria em si. (1.9.1) Comportamental; (1.9.2) Emocional.	
1.9.1 Comportamental	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao comportamento que os jovens julgam que teriam face à possibilidade de alguém próximo de si desenvolver uma doença mental.	
1.9.1.1 Arranjar solução para internar ou dar medicação	Esta categoria inclui toda a informação relativa à necessidade de arranjar uma solução ao nível do internamento ou da medicação no caso de alguém próximo do jovem desenvolver uma doença mental.	“Eu acho que por mais que tentasse teria de ser arranjada uma solução para internar ou dar medicamento a essa pessoa e quanto mais tempo atrasasse, quanto mais tempo evitássemos essa decisão pior seria, por isso acho que... Por exemplo, se fosse a minha mãe ou isso, melhor seria internar logo e não andar a atrasar ou a negar a doença.” (Rapariga)
1.9.1.2 Atitudes equilibradas	Esta categoria inclui toda a informação relativa às atitudes equilibradas que os jovens teriam no caso de alguém próximo ser afectado por uma doença mental.	“Porque até como não há um equilíbrio pela parte dos doentes, nós às vezes temos que contribuir com algum equilíbrio nas nossas atitudes com eles.” (Rapariga)
1.9.1.3 Mudar a forma como se trata a pessoa	Esta categoria inclui toda a informação relativa à mudança de comportamento que o jovem refere	“Eu acho que, eu acho que quanto mais tentássemos ter um comportamento igual com essa pessoa como

	poder apresentar com a pessoa (próxima) afectada por uma doença mental.	com os outros, acho que seria sempre, e tento falar por todos, acho que essa pessoa eehh... Sentíamos sempre, ou essa pessoa sentia sempre uma, uma diferença no comportamento e na atitude que temos com ela, quanto mais tentássemos acho que seria quase impossível não haver uma pequena mudança.” (Rapaz)
1.9.1.4 Não fazer troça	Esta categoria inclui toda a informação relativa à postura de não fazer troça de alguém próximo com doença mental.	“Eu não ia fazer troça dele.” (Rapariga)
1.9.1.5 Perceber	Esta categoria inclui os enunciados associados à compreensão, por parte dos jovens, dos aspectos relacionados com a doença mental de alguém que lhes é próximo.	
1.9.1.5.1 O motivo	Esta categoria inclui os enunciados relativos à compreensão, por parte dos jovens, do motivo associado ao desenvolvimento de uma doença mental em alguém que lhes é próximo.	“Tentava perceber, não sei ehh... como é que, porque é que eles ficam assim, porque é que ele estava assim...” (Rapariga)
1.9.1.5.2 O que se passa	Esta categoria inclui os enunciados associados à compreensão, por parte dos jovens, do que se passa concretamente com alguém com doença mental que	“Eu tentava perceber como era a doença e que alterações fazia na pessoa e depois tentava lhe mostrar que apesar de ter aquelas alterações ela era

	lhes é próximo.	uma pessoa normal..." (Rapariga)
1.9.1.6 Recurso a pessoas próximas	Esta categoria inclui os enunciados associados ao recurso, por parte dos jovens, às pessoas que consideram mais próximas de alguém com doença mental.	
1.9.1.6.1 Família	Esta categoria inclui os enunciados associados ao recurso, por parte dos jovens, à família de alguém próximo de si com doença mental.	"Tentava ajudar os pais a dar apoio..." (Rapariga)
1.9.1.7 Tentar ajudar e apoiar	Esta categoria inclui os enunciados associados às tentativas de ajuda, por parte dos jovens, face a alguém próximo com doença mental.	"Provavelmente estaria mais a apoiar a pessoa e gostaria que a pessoa soubesse que eu estava lá!" (Rapariga)
1.9.1.8 Tratar a pessoa da mesma forma	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao que os jovens consideram tratar alguém próximo com doença mental da mesma forma que a tratavam anteriormente ao desenvolvimento da doença.	"Eu acho que continuaria a tratar a pessoa da maneira que tratava para que a pessoa se sentisse mais, não sei, melhor..." (Rapariga)
1.9.2 Emocional	Esta categoria inclui toda a informação relativa à forma como os jovens julgam que se sentiriam face à possibilidade de alguém próximo de si desenvolver uma doença mental.	
1.9.2.1 Preocupação	Esta categoria inclui toda a informação relativa à preocupação que os jovens apresentariam caso alguém próximo desenvolvesse uma doença mental.	"Confesso que se um amigo meu tivesse uma perturbação eu ao início podia ter, não sei, podia estar um bocadinho preocupada de mais, mas depois, não sei, ia-me habituando." (Rapariga)

1.9.2.2 Sentir pena	Esta categoria inclui informação relativa à sensação de pena que é provocada pela doença mental de outra pessoa nos jovens.	“Eu tenho a minha tia, mas eu por um lado eu... Tenho um bocado de pena do que lhe está a acontecer, eeeh... Também tento, às vezes consertar um bocado as coisas eeeh, porque assim...” (Rapaz)
1.10 Impacto da doença mental na comunidade	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao impacto que os jovens julgam que a doença mental tem na comunidade. (1.10.1) Tolerância.	
1.10.1 Tolerância	Esta categoria inclui toda a informação relativa à tolerância surgir como resposta ao impacto que a doença mental tem na comunidade.	“Toma banho dentro da piscina com shampoo e isso tudo e os vigilantes toleram.” (Rapariga)
1.11 Prognóstico	Esta categoria inclui toda a informação relativa à percepção dos jovens acerca da evolução da perturbação mental, bem como da possibilidade ou impossibilidade de tratamento e/ou cura d mesma. (1.11.1) Cura; (1.11.2) Dúvidas quanto ao prognóstico.	
1.11.1 Cura	Esta categoria inclui toda a informação relativa à percepção dos jovens acerca da possibilidade ou impossibilidade de cura da perturbação mental.	“Eu acho que há medicamentos ou tratamentos que podem fazer adormecer uma doença, mas tipo tem mais probabilidade dela voltar a acontecer, voltar a aparecer e pode não desaparecer por completo e com alguns actos ou qualquer coisa que aconteça pode voltar a aparecer.” (Rapariga) “Eu acho que não pode ser curada de todo essas

		<p>doenças, mas podem ser feitos tratamentos e podem tomar medicamentos que melhorem a qualidade de vida da pessoa.” (Rapariga)</p> <p>“Depende muito das doenças. Por exemplo, no caso da doença de Parkinson e de Alzheimer, por exemplo no caso de... Vou primeiro dizer e depois dar o exemplo. Uma pessoa não consegue livrar-se da doença, mas pode atrasar os seus efeitos.” (Rapaz)</p>
1.11.2 Dúvidas quanto ao prognóstico	Esta categoria inclui toda a informação, mencionada pelos jovens, referente às dúvidas que apresentam ao nível do prognóstico das pessoas com doença mental.	<p>“Eu acho que quando as pessoas começam a enlouquecer, quando nascem com alguma doença, durante a vida se calhar aí ainda podem parar, mas depois chegam a um ponto em que estão inconscientes do que se passa e já não há, quer dizer, ainda há volta a dar, mas elas próprias não, se calhar precisam de ajuda, não sei...” (Rapariga)</p>
1.11.3 Factores de bom prognóstico	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa aquilo que são considerados pelos jovens como factores indicadores de bom prognóstico.	
1.11.3.1 Aceitar a doença	Esta categoria inclui toda a informação em que os	“Também de conseguirem admitir a elas próprias que

	<p>jovens revelam que aceitar a doença mental é um factor que contribui para um bom prognóstico.</p>	<p>estão mal da cabeça, porque às vezes as pessoas estão um bocado em negação, não é? Querem negar aquilo que embora saibam estão a... A enlouquecer. Eeeh... Portanto, acho que é importante as pessoas também eeeh... Digam como se sentem, sim.” (Rapaz)</p>
<p>1.11.3.2 Acompanhamento familiar</p>	<p>Esta categoria inclui toda a informação relativa ao acompanhamento familiar que as pessoas com doença mental têm e que permite um bom prognóstico da doença.</p>	<p>“Também acho que depende muito da família, por exemplo, se a família tratar as pessoas de forma diferente pela sua doença, também começa por influenciar a pessoa, começa a perceber que está alguma coisa de mal, começa a agir de outra maneira, começa tudo a cair para o pior lado e se os familiares tratarem normalmente a pessoa como tratavam antes acho que isso ajuda muito a pessoa a ser curada...” (Rapariga)</p>
<p>1.11.3.3 Acompanhamento psicológico</p>	<p>Esta categoria inclui toda a informação relativa ao acompanhamento psicológico que as pessoas com doença mental têm e que permite um bom prognóstico da doença.</p>	<p>“se for uma pessoa que tem uma família, uma casa, higiene... Acaba por ter, talvez, acompanhamento familiar e psicológico, mesmo pela parte do medico torna-se mais fácil, mesmo no patamar difícil, de suportar essa doença, esse problema...” (Rapaz)</p>

<p>1.11.3.4 Condições monetárias</p>	<p>Esta categoria inclui toda a informação relativa à interferência das condições monetárias para a obtenção de um bom prognóstico, segundo os jovens.</p>	<p>“Uma pessoa não consegue livrar-se da doença, mas pode atrasar os seus efeitos. Por exemplo, no caso daquele actor o Michael Jay Fox ele teve, começou com Parkinson aos vinte e tal anos que é muito cedo, mas conseguiu, através de quinhentos tratamentos como na altura era uma pessoa com muito dinheiro, conseguiu atrasar muito os efeitos, mas mesmo assim nota-se que está eehh... Incapacitado.” (Rapaz)</p>
<p>1.11.3.5 Pensar que consegue melhorar</p>	<p>Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa aos pensamentos associados à melhoria face à doença mental enquanto indicadores de bom prognóstico.</p>	<p>“Talvez não haja para a maioria das doenças ou para todas as doenças uma cura a 100%, eu acho que, que alguma dessa percentagem vai para como uma pessoa está disposta a resolver esse problema ou não e não é só, os medicamentos podem ajudar, mas acho que a maior parte da cura está mesmo no pensamento das pessoas e na vontade.” (Rapaz)</p>
<p>1.11.3.6 Ter uma casa</p>	<p>Esta categoria inclui toda a informação relativa ao facto de ter uma casa enquanto factor de bom prognóstico, segundo os jovens.</p>	<p>“Se for uma pessoa que tem uma família, uma casa, higiene... Acaba por ter, talvez, acompanhamento familiar e psicológico, mesmo pela parte do medico torna-se mais fácil, mesmo no patamar difícil, de</p>

		suportar essa doença, esse problema...” (Rapaz)
1.11.3.7 Vontade	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à vontade que uma pessoa com perturbação mental tem de ultrapassar a doença/tratar-se enquanto factor de bom prognóstico.	“Talvez não haja para a maioria das doenças ou para todas as doenças uma cura a 100%, eu acho que, que alguma dessa percentagem vai para como uma pessoa está disposta a resolver esse problema ou não e não é só, os medicamentos podem ajudar, mas acho que a maior parte da cura está mesmo no pensamento das pessoas e na vontade.” (Rapaz)
1.11.4 Factores de mau prognóstico	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao que os jovens consideram como factores indicadores de mau prognóstico.	
1.11.4.1 Solidão	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à solidão considerada, pelos jovens, como um indicador de mau prognóstico.	“Se uma pessoa for, como os exemplos que já foram dados, uma pessoa sozinha que às vezes nem tem casa nem roupa, acho que seria é mais difícil lidar com a doença, é mais difícil viver com essa doença...” (Rapariga)
1.12 Tratamento	Esta categoria inclui toda a informação relativa à percepção dos jovens acerca da possibilidade ou impossibilidade de tratamento da perturbação mental.	
1.12.1 Impacto do tratamento	Esta categoria inclui informação relativa à percepção dos jovens acerca da eficácia ou ineficácia dos tipos de tratamento para a doença mental por eles referidos.	

1.12.1.1 Tratamentos eficazes	Esta categoria inclui toda a informação relativa a tratamentos para a doença mental considerados, pelos jovens, como eficazes.	
1.12.1.1.1 Abrir-se com pessoa próxima	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao facto de se abrir com uma pessoa próxima enquanto tratamento para a doença mental considerado, pelos jovens, como eficaz.	“A convivência com os outros e as pessoas que rodeiam essa pessoa que está doente...” (Rapariga)
1.12.1.1.2 Internamento	Esta categoria inclui toda a informação relativa à noção de eficácia que os jovens têm perante o internamento das pessoas com doença mental.	“A Catherine Zeta-Jones, acho que era isso, tinha doença, internou-se a ela própria porque tinha doença bipolar e passados uns meses saiu já sã.” (Rapaz)
1.12.1.1.3 Medicação	Esta categoria inclui toda a informação relativa à medicação enquanto tratamento eficaz para a doença mental, segundo os jovens.	“Eu acho que há medicamentos ou tratamentos que podem fazer adormecer uma doença.” (Rapariga)
1.12.1.1.4 Psicólogos	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao recurso a psicólogos enquanto tratamento para a doença mental considerado, pelos jovens, como eficaz.	“Eu acho que pode haver duas ajudas, pode haver a ajuda da Psicologia, os psicólogos podem auxiliar.” (Rapariga)
1.12.2 Tratamentos identificados	Esta categoria inclui toda a informação relacionada com todo o tipo de tratamentos associados pelos jovens à doença mental.	
1.12.2.1 Abrir-se com pessoa próxima	Esta categoria inclui toda a informação relacionada com a "abertura" com uma pessoa próxima enquanto	“É por isso que é importante uma pessoa combater contra a doença e abrir-se, se se abrir é um passo

	um tipo de tratamento associado pelos jovens à doença mental.	para...” (Rapaz)
1.12.2.2 Internamento	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao internamento enquanto tratamento para a doença mental identificado pelos jovens.	“E o que é que aconteceu, no outro dia, há dez anos, tinha ido, estava num carro e começou a morder a empregada... Teve de ser internada pelo próprio pai.” (Rapaz)
1.12.2.3 Medicação	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao que os jovens consideram sobre a medicação enquanto tratamento da doença mental.	“Eu acho que se as pessoas, por exemplo, tomarem medicamentos, por exemplo, naquele tempo ficam melhor, quer dizer têm as suas crises súbitas...” (Rapariga) “Talvez não haja para a maioria das doenças ou para todas as doenças uma cura a 100%, eu acho que, que alguma dessa percentagem vai para como uma pessoa está disposta a resolver esse problema ou não e não é só, os medicamentos podem ajudar, mas acho que a maior parte da cura está mesmo no pensamento das pessoas e na vontade.” (Rapaz)
1.12.2.4 Psicólogos	Esta categoria inclui toda a informação relacionada com o recurso a psicólogos enquanto um tipo de	“Eu acho que pode haver duas ajudas, pode haver a ajuda da Psicologia, os psicólogos podem auxiliar.”

	tratamento associado pelos jovens à doença mental.	(Rapariga)
1.13 Proximidade	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à existência de contacto próximo dos jovens com alguém com uma perturbação mental. (1.12.1) Amigos com perturbação mental; (1.12.2) Familiar com perturbação mental.	
1.13.1 Amigos com perturbação mental	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à existência de contacto próximo dos jovens com um(a) amigo(a) com perturbação mental.	“O Mi é um colega nosso que devia estar no 11º só que anda no nosso ano... Ele não é da minha turma, por isso, se calhar eles podem explicar melhor. Mas, por exemplo, ao contrário de todos os outros exemplos ele nunca está sozinho, tem amigos, estão lá sempre a ajudar e ninguém o trata mal...” (Rapariga)
1.13.2 Familiares com perturbação mental	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à existência de contacto próximo dos jovens com um familiar com perturbação mental: (1.12.2.1) Tia.	
1.13.2.1 Tio ou tia	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa aos enunciados dos jovens relacionados com a doença mental da respectiva tia.	“Eu tenho uma tia que vive em Lisboa, que neste momento está a sofrer de uma depressão por causa de uma série de coisas que lhe aconteceu.” (Rapaz)
1.14 Terminologia	Esta categoria inclui toda a informação relativa terminologia utilizada pelos jovens para designar alguém com uma doença mental. (1.13.1) Deficiência); (1.13.2) Maluco; (1.13.3) Não estar em si; (1.13.4) Obsessão; (1.13.5) Panca; (1.13.6) Perseguição.	
1.14.1 Deficiência	Esta categoria inclui toda a informação relativa	“Eu acho que essas pessoas quando têm uma

	terminologia relacionada com deficiência utilizada pelos jovens para designar alguém com uma doença mental.	deficiência porque já nascem mesmo com a doença..." (Rapariga)
1.14.2 Maluco	Esta categoria inclui toda a informação relativa à utilização do termo maluco para designar as pessoas com doença mental.	"Mas toda a gente, todos os vizinhos já sabiam que a senhora era maluca, pronto, tinha uma doença qualquer e andava no Magalhães Lemos..." (Rapariga)
1.14.3 Não estar em si	Esta categoria inclui os termos utilizados pelos jovens para se referirem à inconsciência das pessoas com doença mental.	"Acho que isso afectou o comportamento por ele não conviver com ninguém mudou completamente a forma de ele pensar e agir... Já não está em si!" (Rapariga)
1.14.4 Obsessão	Esta categoria inclui toda a informação relativa terminologia relacionada com a obsessão utilizada pelos jovens para designar alguém com uma doença mental.	"Uma obsessão compulsiva se calhar é um termo mais sério e não tão exagerado!" (Rapariga)
1.14.5 Panca	Esta categoria inclui toda a informação relativa terminologia relacionada com panca utilizada pelos jovens para designar alguém com uma doença mental.	"Muitas vezes até podem ser hábitos que se, por exemplo, uma pessoa tem uma panca de estar sempre a gozar com alguém, pode ser uma vez mais outra

		<p>mais outra mais outra que se torna um hábito e isso não se pode chamar de panca, se calhar um bocado exagerado, visto que pode ser mesmo uma coisa a sério, não sei...” (Rapariga)</p> <p>“Acho que isso são problemas psicológicos mesmo, talvez por causa de algum problema familiar ou assim que aconteça.” (Rapaz)</p>
1.14.6 Perseguição	Esta categoria inclui toda a informação relativa à terminologia perseguição utilizada pelos jovens para se referirem a determinadas atitudes de pessoas que consideram ter uma doença mental.	“E depois quando nós saímos para ir jantar ou qualquer coisa o senhor está a olhar outra vez! Uma perseguição...” (Rapariga)
2. Definição de Saúde Mental	Inclui-se aqui informação sobre (2.1) características/sinais e (2.2) factores protectores/promotores da saúde mental.	
2.1 Características/Sinais	Inclui-se nesta categoria todas características e/ou sinais associados, pelos jovens, às pessoas com saúde mental: (2.1.1) Ausência de atitudes estranhas, (2.1.2) Equilíbrio, (2.1.3) Níveis de serotonina, (2.1.4) Normalidade e (2.1.5) Vida saudável.	
2.1.1 Ausência de atitudes estranhas	Esta categoria inclui toda a informação relativa à ausência de atitudes estranhas na caracterização de	“É uma pessoa que não tem atitudes estranhas, que uma pessoa age normalmente...” (Rapariga)

	alguém com saúde mental, segundo os jovens.	
2.1.2 Equilíbrio	Inclui-se nesta categoria informações relativas ao equilíbrio enquanto característica/sinal referido(a) pelos participantes a propósito da pessoa com saúde mental.	“É uma pessoa equilibrada a nível físico e psicológico...” (Rapaz)
2.1.3 Níveis de serotonina	Esta categoria inclui toda a informação relativa aos níveis de serotonina enquanto preditores do desenvolvimento, ou não, de doenças mentais, segundo os jovens.	“Eu acho que tem a ver com os níveis de serotonina no cérebro, não sei... Eu ouvi isso uma vez num documentário, mas nunca mais pensei nisso.” (Rapariga)
2.1.4 Normalidade	Inclui-se nesta categoria informações relativas à normalidade enquanto característica/sinal referido(a) pelos participantes a propósito da pessoa com saúde mental.	“Uma pessoa que perante os outros e perante a sociedade age, mais ou menos, como o normal e o geral das pessoas...” (Rapariga)
2.1.5 Vida saudável	Esta categoria inclui toda a informação relativa aos enunciados dos jovens quanto à vida saudável como característica da saúde mental.	“Tem vida saudável...” (Rapariga)
2.2 Factores protectores e promotores de saúde mental	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa aos factores que, segundo os jovens, poderão proteger/promover a saúde mental: (2.2.1) Abrir-se com alguém, (2.2.2) Alimentação saudável, (2.2.3) Ambiente circundante, (2.2.4) Apoio dos amigos, (2.2.5) Apoio familiar, (2.2.6) Bem-estar mental, (2.2.7) Bem-	

	estar social, (2.2.8) Comer chocolate, (2.2.9) Companhia, (2.2.10) Depende da pessoa, (2.2.11) Estabilidade das relações, (2.2.12) Local de residência, (2.2.13) Não pensar demasiado, (2.2.14) Não ter muito <i>stress</i> , (2.2.15) Praticar exercício físico, (2.2.16) Qualidade de vida, (2.2.17) Realização de actividades agradáveis, (2.2.18) Ter algum tempo para si e (2.2.19) Vida equilibrada.	
2.2.1 Abrir-se com alguém	Esta categoria inclui toda a informação relativa a abrir-se com alguém enquanto factor protector e promotor da saúde mental, segundo os jovens.	“Acho que uma pessoa também tem de, eeh, uma das coisas para não sofrer disso é abrir-se!” (Rapaz)
2.2.2 Alimentação saudável	Esta categoria inclui toda a informação relativa à alimentação saudável enquanto factor protector e promotor da saúde mental, segundo os jovens.	“Terem uma alimentação saudável também, acho que também contribui...” (Rapariga)
2.2.3 Ambiente circundante	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao ambiente no qual a pessoa está inserida, isto é, as pessoas que estão na sua vida, enquanto factor protector e promotor da saúde mental, segundo os jovens.	“O ambiente que nos rodeia, as pessoas que estão connosco...” (Rapariga)
2.2.4 Apoio dos amigos	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à existência de apoio por parte dos amigos enquanto factor que, segundo os jovens, poderá	“Um bom equilíbrio com as pessoas que nos rodeiam, com a família, com os amigos...” (Rapaz)

	proteger/promover a saúde mental.	
2.2.5 Apoio familiar	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à existência de apoio familiar enquanto factor que, segundo os jovens, poderá proteger/promover a saúde mental.	“Um bom equilíbrio com as pessoas que nos rodeiam, com a família, com os amigos...” (Rapaz)
2.2.6 Bem-estar mental	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao bem-estar mental enquanto factor protector e promotor da saúde mental, segundo os jovens.	“É estar bem a nível social e mental.” (Rapariga)
2.2.7 Bem-estar social	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao bem-estar social enquanto factor protector e promotor da saúde mental, segundo os jovens.	“É estar bem a nível social...” (Rapariga)
2.2.8 Comer chocolate	Esta categoria inclui toda a informação acerca de comer chocolate como forma de proteger ou promover a saúde mental, segundo os jovens.	“Eu só ia dizer que acho que também é por causa dos níveis de serotonina que uma pessoa deve comer chocolate, mas não sei se é bem por causa disso...” (Rapariga)
2.2.9 Companhia	Esta categoria inclui toda a informação relativa à companhia de alguém, em oposição à solidão, enquanto factor protector e promotor da saúde	“E também não acho que as pessoas não devem passar muito tempo sozinhas, porque acho que isso contribui para a mortalidade...” (Rapariga)

	mental.	
2.2.10 Depende da pessoa	Esta categoria inclui toda a informação relativa aos enunciados dos jovens que referem como factor protector e promotor exclusivamente a própria pessoa.	“Acho que vem de nós próprios!” (Rapaz)
2.2.11 Estabilidade das relações	Esta categoria inclui informações relativas à estabilidade de relações (com os outros e consigo mesmo) como factor protector e promotor da saúde mental, segundo os jovens.	“Eu acho que é isso, mas também uma estabilidade a nível de relações e consigo mesmo e também...” (Rapariga)
2.2.12 Local de residência	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao local de residência, isto é, numa casa ou numa rua, enquanto factor protector ou promotor da saúde mental, segundo os jovens.	“Onde é que nós vivemos, na rua ou numa casa...” (Rapariga)
2.2.13 Não pensar demasiado	Esta categoria inclui toda a informação relativa a não pensar e não se preocupar demasiado enquanto factor protector e promotor da saúde mental, segundo os jovens.	“Não se preocupar demasiado e não pensar demasiado nas coisas porque podem aparecer vários pensamentos negativos.” (Rapariga)
2.2.14 Não ter muito stress	Esta categoria inclui toda a informação relativa a não ter uma vida muito stressada que se constitui num	“Não ter uma vida muito stressada.” (Rapariga)

	factor protector e promotor da saúde mental, segundo os jovens.	
2.2.15 Praticar exercício físico	Esta categoria inclui toda a informação relativa a praticar exercício físico enquanto factor protector e promotor da saúde mental, segundo os jovens.	“Eu acho que também o que contribui para ser saudável a nível mental praticar exercício.” (Rapariga)
2.2.16 Qualidade de vida	Esta categoria inclui toda a informação relativa à qualidade de vida enquanto factor protector e promotor da saúde mental, segundo os jovens,	“Com uma qualidade de vida dentro do normal para não estar sem casa ou sem família.” (Rapariga)
2.2.17 Realização de actividades agradáveis	Esta categoria inclui toda a informação relativa à realização de actividades que as pessoas gostem enquanto factor protector e promotor da saúde mental, segundo os jovens.	“Fazerem-se coisas, para as pessoas fazerem coisas de que gostem...” (Rapariga)
2.2.18 Ter algum tempo para si	Esta categoria inclui toda a informação relativa a ter algum tempo para si enquanto factor protector e promotor da saúde mental, segundo os jovens.	“Mas mesmo assim também devem ter alguns tempos sozinhas.” (Rapariga)
2.2.19 Vida equilibrada	Esta categoria inclui toda a informação relativa aos enunciados dos jovens que apresentam a vida equilibrada como factor protector e promotor da	“E também, mais importante que isso é que as pessoas com quem se vive sejam mentalmente equilibradas. Às vezes, todos nós temos, todas as pessoas têm de certo

	saúde mental.	modo algum problema psicológico, todos têm, não lhe sei dizer mas há assim uma coisa...” (Rapaz)
3. Ações de Sensibilização	Inclui-se nesta categoria toda a informação enunciada pelos jovens relativa à existência de (3.1) contacto prévio com o tema da saúde/doença mental, (3.2) formato das sessões, (3.3) Interesse na participação, (3.4) Pertinência da implementação de um projecto de promoção da saúde mental.	
3.1 Contacto prévio	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à existência de contacto prévio dos jovens com o tema da saúde/doença mental.	
3.1.1 Através dos meios de comunicação	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao contacto prévio que os jovens revelam já ter tido através dos meios de comunicação acerca das questões de saúde e doença mental.	“E nos meios de comunicação social também.” (Rapaz e Raparigas)
3.1.2 Com os professores	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao contacto prévio que os jovens revelam já ter tido com os professores acerca das questões de saúde e doença mental.	“De anorexia, bulimia e isso já falámos nas aulas de direcção de turma e tudo.” (Rapariga)
3.1.3 Com outras pessoas	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao contacto prévio que os jovens revelam já ter tido com outras pessoas acerca das questões de saúde e doença	“Com outras pessoas já!” (Rapaz)

	mental.	
3.1.4 Em família	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao contacto prévio que os jovens revelam já ter tido com os seus familiares acerca das questões de saúde e doença mental.	“Às vezes em família surgem assuntos sobre alguém...” (Rapaz) “E com os pais também!” (Rapazes e Raparigas)
3.1.5 Entre amigos	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao contacto prévio que os jovens revelam já ter tido com os seus amigos acerca das questões de saúde e doença mental.	“Mesmo entre amigos, às vezes quando sabemos de situações parecidas, às vezes...” (Rapariga)
3.2 Formato das sessões	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à população-alvo preferencial, número de participantes, conteúdo das sessões, actividades e duração propostas pelos jovens para as sessões.	
3.2.1 Actividades	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à forma como, segundo os jovens, os conteúdos deveriam ser abordados nas sessões.	
3.2.1.1 Histórias e exemplos	Esta categoria inclui toda a informação relativa à existência de histórias sobre a doença mental que, segundo os jovens, seria uma forma de dinamizar as sessões.	“Dar exemplos das situações.” (Rapariga) “Exacto, histórias!” (Rapariga)
3.2.1.2 Trazer alguém com doença mental	Esta categoria inclui toda a informação em que os jovens referem como possível dinamização das	“Esta pessoa vinha contar-nos pelas dificuldades que passou porque tem uma história de vida.” (Rapariga)

	sessões um convidado com doença mental.	“Quanto mais choque fizer se calhar mais afecta e mais nos previne.” (Rapaz)
3.2.2 Conteúdo das acções	Esta categoria diz respeito à informação relativa aos temas que, segundo os jovens, deverão ser abordados nas sessões.	“Não sei se a anorexia nervosa e a bulimia também devem ser doenças mentais e eu acho que isso é um tema adequado para a nossa idade porque muitas das pessoas que sofrem com essa doença têm à volta da nossa idade e são adolescentes...” (Rapariga) “Se calhar aprofundar os temas que estivemos agora a discutir.” (Rapaz)
3.2.3 Duração	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à duração que, segundo os jovens, as sessões deveriam ter.	“Eu acho que, eu acho que, por exemplo, se nós tirássemos um tempo, por exemplo, direcção de turma, ou qualquer coisa assim que não fazia mal. Ainda por cima porque há pessoas que não querem ficar até mais tarde porque à sexta-feira há pessoas que têm actividades e não podem ficar, então não podem ficar com a turma inteira...” (Rapariga) “Hmm, não sei... 15 ou 20 minutos.” (Rapaz)
3.2.4 Frequência	Esta categoria inclui toda a informação relativa à frequência das sessões que os jovens sugerem.	“Eu não sei, mas acho que uma vez por período ou uma vez por mês. Depende muito também senão

		<p>depois não temos temas para falar...” (Rapariga)</p> <p>“Mas se fossem maiores, não sei, uma vez por período, uma vez por ano.” (Rapaz)</p>
3.2.5 Número de participantes	Esta categoria diz respeito à informação relativa ao número de participantes que, segundo os jovens, deverá constituir as sessões.	<p>“Eu também acho que devia ser com menos pessoas para uma focalização mais directa ao tema que fosse falado.” (Rapariga)</p> <p>“Talvez se as turmas estivessem separadas até para haver melhor interacção e as pessoas sentiam-se mais à vontade para fazerem perguntas, apesar de se dar sempre bem com todos os outros, apesar de tudo, na turma há sempre maior interacção do que... E depois seria muita gente, era muita confusão!” (Rapaz)</p>
3.2.6 População-alvo	Esta categoria inclui toda a informação relativa aos participantes que, segundo os jovens, deveriam integrar as sessões.	<p>“Eu acho que devia ser às turmas porque, pronto. Eu acho que a saúde mental é uma situação muito delicada e as pessoas deviam saber o máximo sobre isto, nunca se sabe se uma pessoa pode ter um filho que seja maluco ou qualquer coisa assim... Não se riam! Saber como tratar e assim...” (Rapariga)</p>

3.2.7 Tipo de sessão	Esta categoria inclui toda a informação relativa aos tipos de sessão que os jovens sugerem.	“Uma espécie de palestra para cada ano.” (Rapariga)
3.3 Interesse na participação	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao possível interesse manifestado pelos jovens na sua participação num projecto de promoção da saúde mental, bem como a possível recomendação aos amigos.	
3.3.1 Interesse do próprio	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao possível interesse manifestado pelos jovens em participar num projecto de promoção da saúde mental.	“Não sei, acho que nós estarmos aqui já é um exemplo disso.” (Rapaz)
3.3.2 Recomendação a amigos	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à recomendação da participação, a amigos, num projecto de promoção da saúde mental.	“Sim, sim! Claro!” (Rapazes e Raparigas)
3.4 Pertinência	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à pertinência atribuída pelos jovens à possível implementação de um projecto de promoção da saúde mental.	“Eu acho que a saúde mental é uma situação muito delicada e as pessoas deviam saber o máximo sobre isto, nunca se sabe se uma pessoa pode ter um filho que seja maluco ou qualquer coisa assim... Não se riam! Saber como tratar e assim...” (Rapariga)
4. Interesses globais	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa a (4.1) Desporto, (4.2) Filmes, (4.3) Literatura, (4.4) Música, (4.5) Personalidades, (4.6) Redes sociais e (4.7) Séries enunciadas pelos jovens como referência.	
4.1 Desporto	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa às modalidades desportivas praticadas pelos jovens.	

4.1.1 Andebol	Esta categoria inclui toda a informação mencionada pelos jovens acerca da preferência pelo andebol.	“Jogar andebol...” (Rapariga)
4.1.2 Basquetebol	Esta categoria inclui toda a informação mencionada pelos jovens acerca da preferência pelo basquetebol.	“Desportos gosto de basquetebol!” (Rapaz)
4.1.3 Futebol	Esta categoria inclui toda a informação mencionada pelos jovens acerca da preferência pelo futebol.	“Gosto de fazer desporto, futebol também.” (Rapariga)
4.1.4 Natação	Esta categoria inclui toda a informação mencionada pelos jovens acerca da preferência pela natação.	“Gosto de natação também.” (Rapariga)
4.1.5 Surf	Esta categoria inclui toda a informação mencionada pelos jovens acerca da preferência pelo surf.	“Gosto muito de surfar!” (Rapariga) “Eu também gosto de surfar...” (Rapaz)
4.1.6 Ténis	Esta categoria inclui toda a informação mencionada pelos jovens acerca da preferência pelo ténis.	“Desportos gosto de futebol e de ténis.” (Rapariga)
4.1.7 Vólei	Esta categoria inclui toda a informação mencionada pelos jovens acerca da preferência pelo vólei.	“Eu gosto de jogar vólei.” (Rapariga)
4.2 Filmes	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao tipo de filmes de referência para os jovens.	
4.2.1 A Ressaca	Esta categoria inclui toda a informação acerca da preferência dos jovens pelo filme A Ressaca.	“Filmes gosto da Ressaca.” (Rapaz)

4.2.2 Comédia	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao gosto dos jovens pelos filmes de comédia.	“Também gosto de comédia...” (Rapariga)
4.2.3 Comer, Orar e Amar	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao gosto dos jovens pelo filme Comer, Orar e Amar.	“Eu gostei muito de ver um filme que foi o Comer Orar e Amar.” (Rapariga)
4.2.4 Entrelaçados	Esta categoria inclui toda a informação acerca da preferência dos jovens pelo filme Entrelaçados.	“O Entrelaçados.” (Rapariga)
4.2.5 Marley e Eu	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao gosto dos jovens pelo filme Marley e Eu.	“Filmes gosto do Marley e eu porque é muito sentimental.” (Rapariga)
4.2.6 Romance	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao gosto dos jovens pelos filmes românticos.	“Também gosto de ver filmes de romance às vezes.” (Rapariga)
4.3 Literatura	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao tipo de literatura de referência para os jovens.	
4.3.1 Gosto pela leitura	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao gosto pela leitura manifestado pelos jovens.	“Gosto de ler, mas não tenho nenhum livro em especial.” (Rapariga)
4.3.2 Não gostam de ler	Esta categoria inclui toda a informação relativa à falta de interesse pela leitura manifestada pelos jovens.	“Eu não gosto muito de ler...” (Rapariga)
4.3.3 Nicholas Sparks	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao gosto manifestado pelos jovens pelo autor Nicholas Sparks.	“Gosto do Nicholas Sparks que é um escritor e também escreve livros muito sentimentais...” (Rapariga)

		“O Diário da Nossa Paixão e também há um... Mas agora não me lembro do nome...” (Rapariga)
4.4 Música	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao tipo de música ou intérpretes de referência para os jovens.	
4.4.1 Adele	Esta categoria inclui toda a informação relativa à preferência dos jovens pela cantora Adele.	“Eu de música também gosto muito da Adele, gosto muito de Adele.” (Rapariga)
4.4.2 Artic Monkeys	Esta categoria inclui toda a informação relativa à preferência dos jovens pela banda Artic Monkeys.	“Tipo de música gosto de Artic Monkeys...” (Rapaz)
4.4.3 Black Eyed Peas	Esta categoria inclui toda a informação relativa à preferência dos jovens pela banda Black Eyed Peas.	“Também gosto dos Black Eyed Peas.” (Rapariga)
4.4.4 Bonjovi	Esta categoria inclui toda a informação relativa à preferência dos jovens pelo cantor Bonjovi.	“Gosto de Bonjovi...” (Rapariga) “Tá fixe! Bonjovi é fixe!” (Rapaz)
4.4.5 Bruno Mars	Esta categoria inclui toda a informação relativa à preferência dos jovens pelo cantor Bruno Mars.	“Os meus cantores preferidos são Bruno Mars...” (Rapariga)
4.4.6 Coldplay	Esta categoria inclui toda a informação relativa à preferência dos jovens pela banda Coldplay.	“Coldplay!” (Rapaz)
4.4.7 Guns N’Roses	Esta categoria inclui toda a informação relativa à preferência dos jovens pela banda Guns N' Roses.	“Guns and Roses!” (Rapariga)
4.4.8 Katy Perry	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao	“Katy Perry!” (Rapariga)

	gosto manifestado pelos jovens pela cantora Katy Perry.	
4.4.9 Lady Gaga	Esta categoria inclui toda a informação relativa à preferência dos jovens pela cantora Lady Gaga.	“Gosto de uma ou outra música da Lady Gaga.” (Rapaz)
4.4.10 Nirvana	Esta categoria inclui toda a informação relativa à preferência dos jovens pela banda Nirvana.	“Nirvana!” (Rapariga)
4.4.11 Rihanna	Esta categoria inclui toda a informação relativa à preferência dos jovens pela cantora Rihanna.	“Rihanna!” (Rapariga)
4.4.12 Tony Bennett	Esta categoria inclui toda a informação relativa à preferência dos jovens pelo cantor Tony Bennett.	“Desde Tony Bennett...” (Rapaz)
4.4.13 U2	Esta categoria inclui toda a informação relativa à preferência dos jovens pela banda U2.	“U2!” (Rapaz)
4.5 Personalidades	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao tipo de personalidades de referência para os jovens.	
4.5.1 Mãe	Esta categoria inclui toda a informação relativa à menção da mãe enquanto personalidade de referência para os jovens.	“A minha mãe!” (Rapariga)
4.6 Redes sociais	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao tipo de redes sociais de referência para os jovens.	
4.6.1 Facebook	Esta categoria inclui toda a informação relativa à utilização do Facebook pelos jovens.	“Facebook!” (Raparigas) “Fartei-me logo ao início! Vou lá de mês a mês.”

		(Rapaz)
4.7 Séries	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao tipo de séries de referência para os jovens.	
4.7.1 90212	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao gosto manifestado pelos jovens pela série <i>90212</i> .	“Na <i>Foxlife</i> vejo 90212!” (Rapariga)
4.7.2 <i>A vida secreta de uma teenager</i>	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao gosto manifestado pela série <i>A vida secreta de uma teenager</i> .	“Também vejo <i>A vida secreta de uma teenager</i> .” (Rapariga)
4.7.3 <i>American Dad</i>	Esta categoria inclui toda a informação em que os jovens referem a sua preferência pela série <i>American Dad</i> .	“ <i>American Dad!</i> ” (Rapariga) “Também do <i>American Dad</i> .” (Rapaz)
4.7.4 <i>Anatomia de Grey</i>	Esta categoria inclui toda a informação em que os jovens referem a sua preferência pela série <i>Anatomia de Grey</i> .	“ <i>Anatomia de Grey...</i> ” (Rapariga)
4.7.5 <i>Bones</i>	Esta categoria inclui toda a informação em que os jovens referem a sua preferência pela série <i>Bones</i> .	“Gosto de ver <i>Bones</i> ” (Rapariga)
4.7.6 <i>Clínica Privada</i>	Esta categoria inclui toda a informação em que os jovens referem a sua preferência pela série <i>Clínica</i>	“ <i>Clínica Privada...</i> ” (Rapariga)

	<i>Privada.</i>	
4.7.7 CSI Los Angels	Esta categoria inclui toda a informação em que os jovens referem a sua preferência pela série <i>CSI Los Angels</i> .	“Gosto de ver <i>CSI Los Angels</i> ...” (Rapaz)
4.7.8 CSI Nova Iorque	Esta categoria inclui toda a informação em que os jovens referem a sua preferência pela série <i>CSI Nova Iorque</i> .	“ <i>CSI Nova Iorque</i> ...” (Rapariga)
4.7.9 Dr. House	Esta categoria inclui toda a informação em que os jovens referem a sua preferência pela série <i>Dr. House</i> .	“Aqueles que dão na <i>Fox</i> , <i>Dr. House</i> e isso que trata desses problemas também gosto de ver...” (Rapariga)
4.7.10 Family Guy	Esta categoria inclui toda a informação em que os jovens referem a sua preferência pela série <i>Family Guy</i> .	“ <i>Family Guy</i> ...” (Rapaz) “ <i>Family Guy!</i> ” (Rapariga)
4.7.11 Hawaí Força Especial	Esta categoria inclui toda a informação em que os jovens referem a sua preferência pela série <i>Hawaí Força Especial</i> .	“Também gosto de ver <i>Hawaí Força Especial</i> ...” (Rapaz)
4.7.12 Lie To Me	Esta categoria inclui toda a informação em que os jovens referem a sua preferência pela série <i>Lie To Me</i> .	“De vez em quando... <i>Lie To Me</i> ...” (Rapaz)
4.7.13 No Meio do Nada	Esta categoria inclui toda a informação em que os jovens referem a sua preferência pela série <i>No meio</i>	“Também gosto de ver séries de comédia, há uma que é <i>No Meio do Nada</i> na <i>Foxlife</i> .” (Rapariga)

	<i>do nada.</i>	
4.7.14 Pequenas Mentirosas	Esta categoria inclui toda a informação em que os jovens referem a sua preferência pela série <i>Pequenas Mentirosas</i> .	“Gosto de ver Pequenas Mentirosas!” (Rapariga)
4.7.15 Simpsons	Esta categoria inclui toda a informação em que os jovens referem a sua preferência pela série <i>Simpsons</i> .	“Das séries de televisão gosto de ver os <i>Simpsons</i> ...” (Rapariga)

ANEXO 8: Árvore de Categorias

1. Definição de Doença Mental

1.1 Características e sintomas

1.1.1 Alterações;

1.1.1.1 Alimentação

1.1.1.2 Fala

1.1.2 Anormalidade;

1.1.3 Atitudes extremistas;

1.1.3.1 Calados ou reservados

1.1.3.2 Muito Faladores

1.1.4 Boa pessoa;

1.1.5 Ciúmes (doentios);

1.1.6 Dizer palavrões;

1.1.7 Dúvidas quanto às características ou sintomas da doença mental;

1.1.7.1 Agressividade

1.1.7.2 Consciência ou inconsciência

1.1.7.3 Sintomas ou características da doença bipolar

1.1.8 Estranheza;

1.1.9 Falar com árvores e flores;

1.1.10 Falar sozinha;

1.1.11 Falta de noção da doença;

1.1.12 Ideias estranhas;

1.1.13 Início de consumos;

1.1.13.1 Consumo de drogas

1.1.13.2 Consumo de álcool

1.1.14 Insultar as pessoas;

1.1.15 Invulgaridade;

1.1.16 Isolamento;

1.1.17 Monotonia;

1.1.18 Morder pessoas;

1.1.19 Doença não muito importante;

1.1.20 Não estar em si;

1.1.21 Impercetível;

1.1.22 Nervosismo;

1.1.23 Obsessão;

- 1.1.24 Pensamentos diferentes ou estranhos;
- 1.1.25 Perigo;
- 1.1.26 Prisão à rotina;
- 1.1.27 Recusa da doença mental;
- 1.1.28 Sem noção da realidade;
- 1.1.29 Solidão;
- 1.1.30 Ter a noção de enlouquecer;
- 1.1.31 Ter sentimentos;
- 1.1.32 Tristeza;
- 1.1.33 Vida miserável.

1.1 Causas

- 1.2.1 Adquiridas;
 - 1.2.1.1 Acidente
 - 1.2.1.2 Acontecimento de vida incompreendido
 - 1.2.1.3. Complicação médica ou cirúrgica
 - 1.2.1.4. Consumos
 - 1.2.1.5. Falta de abrigo
 - 1.2.1.6. Falta de apoio
 - 1.2.1.7. Falta de comida
 - 1.2.1.8. Problemas familiares
 - 1.2.1.9. Problemas profissionais
 - 1.2.1.10. Solidão
 - 1.2.1.11. Tragédias
 - 1.2.1.12. Traumas
 - 1.2.1.12. Vida miserável
- 1.2.2 Congénitas;
 - 1.2.3 Dúvidas quanto à hereditariedade da doença mental;
 - 1.2.4 Hereditárias.

1.2 Consequências

- 1.3.1 Dificuldades de vida;
- 1.3.2 Ficar mais maluco;
- 1.3.3 Perturbar a vida dos outros;
- 1.3.4 Prejudicar relação com amigos;
- 1.3.5 Prejudicar relações familiares;

- 1.3.6 Problemas familiares;
- 1.3.7 Problemas profissionais;
- 1.3.8 Solidão e isolamento;
- 1.3.9 Suicídio.

1.3 Doenças mentais enunciadas

- 1.4.1. Alzheimer;
- 1.4.2. Depressão;
- 1.4.3. Doença bipolar;
- 1.4.4. Parkinson;
- 1.4.5. Pedofilia;
- 1.4.6. Trissomia 21;
- 1.4.7. Dúvida quanto à consideração de doença mental;
- 1.4.8. Dúvidas quanto aos nomes de doenças mentais;
- 1.4.9. Outras alterações que não são enunciadas como doenças mentais;
- 1.4.10. Definição

1.4 Fatores de Risco

- 1.5.1. Forma como se tratam os problemas;
- 1.5.2. Proximidade
 - 1.5.2.1 Contacto próximo

1.5 Fatores Precipitantes

- 1.6.1. Falta de convívio;
- 1.6.2. Perda de alguém;
- 1.6.3. Solidão.

1.6 Fontes de Informação

- 1.7.1. Notícias.

1.7 Impacto da doença mental do outro (desconhecido)

- 1.8.1. Comportamental;
 - 1.8.1.1 Atravessar para o outro lado da rua
 - 1.8.1.2 Não olhar
- 1.8.2. Emocional.
 - 1.8.2.1 Custa olhar
 - 1.8.2.2 Medo
 - 1.8.2.3 Sentir pena

1.8 Impacto da doença mental do outro (próximo)

- 1.9.1. Comportamental;
 - 1.9.1.1 Arranjar solução para internar ou dar medicação
 - 1.9.1.2 Atitudes equilibradas
 - 1.9.1.3 Mudar a forma como se trata a pessoa
 - 1.9.1.4 Não fazer troça
 - 1.9.1.5 Perceber
 - 1.9.1.5.1 O motivo
 - 1.9.1.5.2 O que se passa
 - 1.9.1.6 Recurso a pessoas próximas
 - 1.9.1.6.1 Família
 - 1.9.1.7 Tentar ajudar e apoiar
 - 1.9.1.8 Tratar a pessoa da mesma forma
- 1.9.2 Emocional.
 - 1.9.2.1 Preocupação
 - 1.9.2.2 Sentir pena

1.10 Impacto da doença mental na comunidade

- 1.10.1. Tolerância

1.11 Prognóstico

- 1.11.1. Cura;
- 1.11.2 Dúvidas quanto ao prognóstico
- 1.11.3 Factores de bom prognóstico
 - 1.11.3.1 Aceitar a doença
 - 1.11.3.2 Acompanhamento familiar
 - 1.11.3.3 Acompanhamento psicológico
 - 1.11.3.4 Condições monetárias
 - 1.11.3.5 Pensar que consegue melhorar
 - 1.11.3.6 Ter uma casa
 - 1.11.3.7 Vontade
- 1.11.4 Factores de mau prognóstico
 - 1.11.4.1 Solidão

1.12 Tratamento

- 1.12.1 Impacto do tratamento
 - 1.12.1.1 Tratamentos eficazes
 - 1.12.1.1.1 Abrir-se com pessoa próxima
 - 1.12.1.1.2 Internamento
 - 1.12.1.1.3 Medicação

1.12.1.1.4 Psicólogos

1.12.2 Tratamentos identificados

1.12.2.1 Abrir-se com pessoa próxima

1.12.2.2 Internamento

1.12.2.3 Medicação

1.12.2.4 Psicólogos

1.13 Proximidade

1.12.1. Amigos com perturbação mental;

1.12.2. Familiar com perturbação mental;

1.12.2.1 Tio ou tia

1.13 Terminologia

1.13.1. Deficiência;

1.13.2. Maluco;

1.13.3. Não estar em si;

1.13.4. Obsessão;

1.13.5. Panca;

1.13.6. Perseguição.

2. Definição de Saúde Mental

2.1 Características e sinais de saúde mental

2.1.1. Ausência de atitudes estranhas;

2.1.2 Equilíbrio;

2.1.3 Níveis de serotonina;

2.1.4 Normalidade;

2.1.5 Vida saudável.

2.2 Factores promotores e protectores de saúde mental

2.1.1. Abrir-se com alguém;

2.2.2. Alimentação saudável;

- 2.2.3. Ambiente circundante;
- 2.2.4. Apoio dos amigos;
- 2.2.5. Apoio familiar;
- 2.4.6. Bem-estar mental;
- 2.2.7. Bem-estar social;
- 2.2.8. Comer chocolate;
- 2.2.9. Companhia;
- 2.2.10. Depende da pessoa;
- 2.2.11. Estabilidade de relações;
- 2.2.12. Local de residência;
- 2.2.13. Não pensar demasiado;
- 2.2.14. Não ter muito stress;
- 2.2.15. Praticar exercício físico;
- 2.2.16. Qualidade de vida;
- 2.2.17. Realização de actividades agradáveis;
- 2.2.18. Ter algum tempo para si;
- 2.2.19. Vida equilibrada.

3. Ações de Sensibilização

3.1 Contato prévio

- 3.1.1. Através dos meios de comunicação;
- 3.1.2. Com os professores;
- 3.1.3. Com outras pessoas;
- 3.1.4. Em família;
- 3.1.5. Entre amigos.

3.2 Formato das sessões

- 3.2.1. Actividades;
- 3.2.2. Conteúdos das sessões;
- 3.2.3. Duração;
- 3.2.4. Frequência;
- 3.2.5. Número de Participantes;
- 3.2.6. População-alvo;
- 3.2.7. Tipo de sessão.

3.3 Interesse na participação

3.3.1. Interesse do próprio;

3.3.2. Recomendação a amigos;

3.4 Pertinência

4. Interesses Globais

4.1 Desporto

4.1.1. Andebol;

4.1.2. Basquetebol;

4.1.3. Futebol;

4.1.4. Natação;

4.1.5. Surf;

4.1.6. Ténis;

4.1.7. Vólei.

4.2 Filmes

4.2.1. A Ressaca;

4.2.2. Comédia;

4.2.3. Comer, Orar e Amar;

4.2.4. Entrelaçados;

4.2.5. Marley e Eu;

4.2.7. Romance.

4.3 Literatura

4.3.1. Gosto pela leitura;

4.3.2. Não gostam de ler;

4.3.3. Nicholas Sparks.

4.4 Música

- 4.4.1. Adele;
- 4.4.2. Arctic Monkeys;
- 4.4.3. Black Eyed Peas;
- 4.4.4. Bonjovi;
- 4.4.5. Bruno Mars;
- 4.4.6. Coldplay;
- 4.4.7. Guns N'Roses;
- 4.4.8. Katy Perry;
- 4.4.9. Lady Gaga;
- 4.4.10. Nirvana;
- 4.4.11. Rihanna;
- 4.4.12. Tony Bennett;
- 4.4.13. U2.

4.5 Personalidades

- 4.5.1 Mãe

4.6 Redes Sociais

- 4.6.1 Facebook

4.7 Séries

- 4.7.1. 90212;
- 4.7.2. A vida secreta de uma teenager;
- 4.7.3. American Dad;
- 4.7.4. Anatomia de Grey;
- 4.7.5. Bones;
- 4.7.6. Clínica Privada;
- 4.7.7. CSI Los Angels;
- 4.7.8. CSI Nova Iorque;
- 4.7.9. Dr. House;
- 4.7.10. Family Guy;
- 4.7.11. Haway Força Especial;
- 4.7.12. Lie To Me;
- 4.7.13. No Meio do Nada;
- 4.7.14. Pequenas Mentirosas;
- 4.7.15. Os Simpsons.

