



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Abrir Espaço à Saúde Mental

Estudo-Piloto sobre conhecimentos, estigma e
necessidades de intervenção relativas a
questões de saúde mental, junto de jovens do 8^o
ano de escolaridade

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

por

Júlio Afonso Gesta Roma Torres

sob orientação de

Doutora Luísa Campos e Doutor Pedro Dias

Faculdade de Educação e Psicologia

Porto, Julho de 2013

Agradecimentos

O processo inerente à realização da presente dissertação de mestrado foi longo e o contributo de diferentes pessoas foi fundamental para a conclusão deste processo.

Gostaria de agradecer, de uma forma geral, à Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica do Porto, pelos conhecimentos transmitidos ao longo de seis anos. Destaco as disciplinas da licenciatura, História e Epistemologia da Psicologia, Ética e Cristianismo e Metodologias de Investigação em Psicologia, pela importância que tiveram para mim no âmbito da presente dissertação de mestrado.

Gostaria de agradecer a toda a equipa de investigação pelo empenho e determinação demonstrados ao longo do processo de investigação. À Dr^a Luísa Campos que incentiva o posicionamento crítico dos orientandos. Ao Dr. Pedro Dias pela disponibilidade para ouvir e integrar esse mesmo posicionamento crítico. À Ana Isabel pelo apoio constante dado aos alunos de mestrado. À Miriam e à Inês pela compreensão empática demonstrada ao longo do processo.

Gostaria de agradecer à minha família em geral pelo suporte que sempre me deu ao longo de todo o processo inerente a realização do presente documento. Ao meu pai, Dr. António Roma Torres, por sempre me ter ensinado a ser um pensador livre. À minha mãe, Dr^a Camila Gesta por sempre ter confiado nas minhas tomadas de decisão. Ao meu irmão António por me ter ensinado a jogar xadrez, primeiro no tabuleiro, depois na vida.

Resumo

O contexto escolar desempenha um importante papel ao nível da promoção de saúde mental, que é amplamente reconhecido (Ministério da Saúde, 2006; Gaspar, Pais Ribeiro, Matos & Leal, 2008; Patel, Flisher, Hetrick & McGorry, 2007). Os jovens são considerados um grupo ao qual deve ser dada particular atenção, na medida em que 4% dos jovens com idades entre os 12 e os 17 anos sofrem de depressão e o suicídio é a segunda principal causa de morte na faixa etária compreendida entre os 15-35 anos (WHO, 2005).

Os paradigmas *literacia em saúde mental* e *estigma* têm suportado a nível teórico diferentes programas de promoção de saúde mental, quer a nível internacional, quer a nível nacional, cuja eficácia tem vindo a ser demonstrada.

O presente estudo integra o projecto “Abrir Espaço à Saúde Mental”, que terá a duração de três anos, sendo que esta dissertação apenas compreende a fase

inicial. O objectivo geral desta investigação é explorar os conhecimentos, o estigma e as necessidades que adolescentes de 8º ano apresentam relativamente a questões de saúde mental, bem como compreender a importância e a tipologia de acções em torno desta temática.

De modo a atingir estes objectivos, foi realizado um *focus group*, com recurso a um guião previamente construído e recolhidos dados sociodemográficos, junto de sete jovens. Os discursos dos jovens foram analisados seguindo-se os princípios da “Análise de Conteúdo”, possibilitando a construção de um sistema de categorias.

De um modo geral, em relação aos conhecimentos explicitados pelos participantes, destacam-se: o facto de parecer haver uma relação entre as doenças mentais enunciadas e os sintomas e características enunciados; o facto de os conhecimentos em relação aos fatores de risco e causas tenderem a valorizar aspetos sociais e relacionados com a saúde física; o facto de os conhecimentos evidenciados em relação à autoajuda, ajuda profissional e ajuda da rede social de suporte serem vagos e confusos; e o facto de a informação em relação à saúde e à doença mental ser, sobretudo, obtida através do contacto direto com o problema. Em relação ao estigma, de um modo geral, os participantes não explicitaram estereótipos, preconceitos nem comportamentos estigmatizantes em relação à Doença Mental.

Abstract

School has an important role to play in the promotion of mental health, which is broadly acknowledged (Ministério da Saúde, 2006; Gaspar, Pais Ribeiro, Matos & Leal, 2008; Patel, Flisher, Hetrick & McGorry, 2007). Young people are considered a group that needs to be targeted because 4% of youngsters between 12-17 years old suffer from depression, and suicide is the 2nd death cause between 15-35 years old (WHO, 2005).

Mental health literacy and *stigma* are two theoretical concepts that have been supporting school-based interventions focused on mental health promotion. The effectiveness of these programs has been demonstrated.

This study is part of the “Finding Space to Mental Health” project, which runs for 3 years. The present dissertation consists on the 1st phase of this study. The main goal of this study is to explore knowledge and stigma shown by young people from the 8th grade. The opinions of the participants about the relevance and the structure of this type of programs were also explored.

To collect data, in order to achieve these goals, a *focus-group* was conducted with seven 8th grade students, supported by a script, and a socio-demographic questionnaire, both constructed for this purpose. The data that emerged from the *focus-group* was analyzed according to the “Content Analysis” method.

Overall, the results show, in terms of knowledge, that: mental illnesses and symptoms identified seem to be related; knowledge about risk factors and causes tend to be related to social and physical health factors; knowledge about self-help, professional help and social support network help tend to be vague and confusing; and that information about mental illness is mainly obtained through direct contact with the problem. In terms of stigma, the results show that the 8th grade students didn't show any behaviors considered to be prejudiced, stereotyped or discriminative.

Índice

Introdução.....	6
Enquadramento Teórico.....	8
Necessidades de promoção de saúde mental.....	8
Necessidades de promoção de saúde mental em jovens.....	9
Promoção de saúde mental em contexto escolar.....	10
Literacia em Saúde Mental.....	11
O conceito <i>estigma</i> associado à doença mental.....	14
Estado da Arte.....	16
Estudo Empírico.....	18
Metodologia.....	18
Apresentação dos resultados.....	23
Análise e discussão dos resultados.....	31
Conclusão.....	48
Limitações.....	49
Proposta para investigações futuras.....	49
Referências Bibliográficas.....	51

Índice de quadros

Quadro 1.....	24
Quadro 2.....	28
Quadro 3.....	29
Quadro 4.....	30
Quadro 5.....	44
Quadro 6.....	45

Introdução

A presente dissertação insere-se no projeto de investigação “Abrir espaço à saúde mental - Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14 anos): Desenvolvimento e avaliação da eficácia de uma intervenção”. Os principais objetivos deste projeto de investigação são desenvolver e avaliar a eficácia de uma intervenção de promoção de literacia em saúde mental e de redução de perceções estigmatizantes em relação à doença mental junto dos estudantes entre os 12 e 14 anos; e desenvolver um instrumento de avaliação rigoroso capaz de avaliar os conhecimentos relativos à literacia em saúde mental e às perceções estigmatizantes em relação à doença mental e que sirva, igualmente, como uma medida de avaliação de resultados de intervenção. O projeto de investigação “Abrir espaço à saúde mental - Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14 anos): Desenvolvimento e avaliação da eficácia de uma intervenção” contempla diferentes etapas metodológicas, quer de natureza qualitativa, quer de natureza quantitativa. Assim, a metodologia adotada pelo projeto poderá ser considerada mista, por procurar potenciar as virtudes dos métodos qualitativos e também as virtudes dos métodos quantitativos.

A presente dissertação consiste na fase inicial do “Abrir espaço à saúde mental - Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14 anos): Desenvolvimento e avaliação da eficácia de uma intervenção”, tendo como objetivos gerais (1) a exploração dos conhecimentos e estigma associados a questões de saúde mental, junto de jovens do 8º ano de escolaridade e (2) a recolha de informação, junto de jovens do 8º ano de escolaridade, que permita perceber, por um lado, qual a importância das ações de promoção de saúde mental dirigidas a jovens e, por outro lado, qual a configuração que estas deverão ter. A metodologia utilizada nesta etapa do “Abrir espaço à saúde mental - Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14 anos): Desenvolvimento e avaliação da eficácia de uma intervenção” é qualitativa, com o objetivo de valorizar a perspetiva dos participantes acerca da intervenção em desenvolvimento (caráter indutivo e exploratório da metodologia qualitativa).

A promoção de saúde mental em contexto escolar é um tema complexo e que, por isso, requer a exploração de determinados conceitos teóricos e práticos que passo a introduzir de forma sumária. Do ponto de vista teórico, a presente dissertação irá explorar conceitos que sustentam este tipo de intervenções em contexto escolar, nomeadamente a literacia em saúde mental e o estigma. Do ponto de vista metodológico, irão ser exploradas técnicas de recolha e análise de dados adequadas a

este objeto de estudo e a esta população-alvo, nomeadamente o *focus-group* e a análise de conteúdo.

O desenvolvimento de programas de promoção de saúde mental em contexto escolar é um tema pertinente e atual. Esta afirmação sustenta-se, por um lado, nas diretrizes convergentes de entidades como a Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. Por outro lado, alguns estudos científicos foram realizados nos últimos anos, quer a nível nacional quer a nível internacional, com o objetivo de avaliar a eficácia deste tipo de intervenções e, globalmente indicam a importância de continuar a implementar este tipo de programas. Estes aspetos irão ser aprofundados no capítulo referente ao enquadramento teórico.

Para o desenvolvimento de um programa de promoção de saúde mental em contexto escolar a primeira etapa deverá consistir no “levantamento de necessidades” da população-alvo, isto é, compreender quais são os conhecimentos, estigma e necessidades que estes jovens têm acerca de questões de saúde/doença mental por forma a poder adequar o programa de promoção de saúde mental às necessidades específicas da população-alvo, neste caso, jovens entre os 12 e os 14 anos. A presente dissertação pretende, então, assumir-se como um contributo fundamental para o desenvolvimento de um programa de promoção de saúde mental em contexto escolar que seja rigoroso e sustentado cientificamente.

Assim, a presente dissertação está organizada em quatro partes: (I) Enquadramento Teórico, que introduz e explora os conceitos associados à necessidade de promoção de saúde mental em contexto escolar e os paradigmas literacia em saúde mental e estigma; (II) Estudo Empírico, que descreve a metodologia, os objetivos gerais e específicos, as questões de investigação, caracterização dos participantes, instrumentos utilizados e procedimentos de recolha e análise de dados; (III) Apresentação dos Resultados, que introduz os resultados obtidos no âmbito da presente dissertação, e (IV) Análise e discussão dos resultados, que promove a reflexão em relação aos resultados obtidos, bem como as limitações da investigação e sugestões para futuras investigações.

I. Enquadramento Teórico

Para explicitar a pertinência do desenvolvimento de um programa de promoção de saúde mental, direcionado para jovens e implementado no contexto escolar é necessário explorar a pertinência do tema em função da população-alvo e do contexto escolhidos. Assim, irei seguidamente apresentar uma revisão da literatura que permita explicitar as necessidades de promoção de saúde mental.

Necessidades de promoção de saúde mental

A Saúde Mental ou a falta dela são alvo do interesse da população em geral, a nível global. A experiência e a fenomenologia das doenças mentais suscitam curiosidade e a saúde/doença mental assume-se como um tema que não deixa ninguém indiferente. O aumento da prevalência das doenças mentais é uma percepção generalizada do senso comum. Tal é uma consequência, por exemplo, dos esforços de autoridades como a *World Health Organization* (WHO), Ministério da Educação e Ministério da Saúde que evidenciam e alertam para o impacto que este aumento irá ter na sociedade.

Desde os anos 80 do século XX que a WHO se esforça por “construir políticas saudáveis” que passam pelo “processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar.” (WHO, 1986).

Segundo o relatório da conferência de 2005 da WHO a doença mental é um dos maiores desafios que cada país europeu enfrenta nos próximos anos. Tal é ilustrado pelos dados que indicam que uma em cada quatro pessoas enfrentarão problemas de saúde mental ao longo da sua vida (WHO, 2005). Estima-se que o Produto Interno Bruto (PIB) dos países da União Europeia desce 3-4% anualmente devido ao impacto da doença mental (EC Health and Consumer Protection Directorate-General, 2005). Este aspeto é particularmente atual, considerando a situação económica de Portugal, da União Europeia e do Mundo. Relativamente à população jovem, as estimativas da WHO indicam que aproximadamente 20% das crianças e jovens sofrem de problemas de saúde mental, que poderão resultar nalgum tipo de incapacidade (Kislitsyna, 2010). Quanto à população portuguesa, sabe-se que entre 5 a 8% da população portuguesa sofre de uma doença mental a cada ano (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2008).

Ou seja, tanto os organismos internacionais como os organismos nacionais estimam que a doença mental afete anualmente um número considerável de pessoas. Estes dados, por si só, permitem sinalizar o problema com o objetivo de desenvolver intervenções eficazes.

Necessidades de promoção de saúde mental em jovens

Os jovens são considerados um grupo ao qual deve ser dada particular atenção, na medida em que 4% dos jovens com idades entre os 12 e os 17 anos sofrem de depressão e o suicídio é a segunda principal causa de morte na faixa etária compreendida entre os 15-35 anos (WHO, 2005). Atendendo à elevada prevalência de doenças mentais na população, existe uma grande probabilidade de que qualquer jovem adolescente tenha já tido contacto próximo com uma pessoa com um problema de saúde mental (Jorm, 2006). Assim, torna-se evidente que os jovens são um grupo que necessita de adquirir conhecimentos e competências que os capacitem para lidar com problemas de saúde mental.

As implicações e os custos dos problemas de saúde mental não atingem exclusivamente a Saúde e o Ensino, sendo que a produtividade da indústria também poderá ser comprometida pelo impacto da doença mental em crianças e adolescentes (Paykel, Brugha & Fryers, 2005). Este impacto traduz-se, por um lado, ao nível da produtividade dos pais que têm que trocar horas de trabalho para acompanhar os filhos às consultas, ou para dedicar cuidados especiais em casa e que, por isso, recebem menos dinheiro ao fim do mês; e, por outro lado, ao nível da produtividade das empresas que têm que alargar a sua base de recrutamento de mão de obra, aumentando os custos de formação, por exemplo. Contudo, a produtividade futura dos jovens com problemas de saúde mental está também ela comprometida na medida em que a probabilidade de padecerem de problemas de saúde mental na idade adulta é maior. De facto, as Perturbações Depressivas são a quarta principal causa de perda de funcionamento para trabalhar e estima-se que em 2020 será a segunda doença mais prevalente a nível mundial, sendo que nos países mais desenvolvidos será a mais prevalente (Kislitsyna, 2010). Tal poderá ter sérias implicações no seu funcionamento laboral.

Promoção de saúde mental em contexto escolar

Apesar de as doenças mentais representarem o principal problema de saúde em crianças e adolescentes e de este ser o período do ciclo de vida em que grande parte das doenças mentais surge, os serviços de saúde mental não intervêm eficazmente nesta faixa etária (Bailey & Dolan, 2004). Assim, o contexto escolar desempenha um importante papel ao nível da promoção de saúde mental, que é amplamente reconhecido (Ministério da Saúde, 2006; Gaspar, Pais Ribeiro, Matos & Leal, 2008; Patel, Flisher, Hetrick & McGorry, 2007). Tal deve-se às características próprias da escola que, sendo frequentada pela quase totalidade das crianças e adolescentes em Portugal, é o contexto privilegiado para a implementação de programas de promoção de saúde mental. O facto de as escolas possibilitarem a ligação entre as diversas áreas de funcionamento dos jovens (família, rede social de suporte) reforça a identificação do contexto escolar como sendo aquele que reúne as condições ideais para a implementação deste tipo de programas, incentivando fatores protetores e protegendo de fatores de risco. Os jovens expostos a contextos de desenvolvimento socioeconómicos desfavorecidos estão mais vulneráveis a um desequilíbrio entre fatores de risco e fatores protetores para o desenvolvimento de problemas de saúde mental. De facto, um estudo europeu demonstrou que jovens provenientes de contextos sociais desfavorecidos reportam uma menor satisfação de vida em países como Bélgica, Eslovénia, Espanha e Portugal. O mesmo estudo indica ainda que jovens imigrantes nascidos em países estrangeiros demonstram piores níveis de saúde psicossomática. Assim, os autores propõem que para salvaguardar a saúde mental e o bem-estar das crianças e adolescentes é necessário intervir nos contextos sociais, como a escola, por forma a aumentar a exposição a fatores protetores e limitar a exposição a fatores de risco. As intervenções integradas no contexto escolar são, assim, fundamentais para promover a saúde mental dos jovens e combater as desigualdades de oportunidades na idade adulta (Morgan, 2006).

A nível governamental, a promoção de saúde e prevenção das doenças mentais é assumida como uma prioridade tanto pelo Ministério da Educação como pelo Ministério da Saúde, que unem esforços nesta matéria. Para esse efeito são propostas ações de combate ao estigma e à discriminação e programas de promoção de competências pessoais e sociais, na infância e na adolescência. O Plano Nacional de Saúde Mental (2008) e o Programa Nacional de Saúde Escolar (2006) prevêm ambos

o desenvolvimento e implementação de programas de promoção de saúde mental em contexto escolar. É dada particular relevância à importância da promoção de competências pessoais e sociais, aumento da resiliência, promoção da autoestima e da autonomia que poderão agir como fatores que contribuem para a saúde mental e para a prevenção de comportamentos de risco.

Literacia em Saúde Mental

Atendendo à importância que o conceito literacia em saúde mental tem no contexto da presente dissertação de mestrado, importa explorá-lo de forma detalhada.

O termo literacia em saúde mental foi proposto em 1997 por Jorm e foi conceptualizado, de forma genérica, como correspondendo aos conhecimentos e crenças acerca de doenças mentais que contribuem para a sua identificação, gestão e prevenção (Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers & Pollitt, 1997). Ou seja, quando alguém está em contacto com um problema de saúde mental (pessoal ou alheio) reage no sentido de lidar com os sintomas. Esta reação é determinada pela literacia em saúde mental na medida em que são os conhecimentos e as crenças prévias que o sujeito tem que determinam a sua resposta nos níveis emocional, atitudinal e comportamental. De uma forma geral, os conhecimentos e as crenças que cada indivíduo tem acerca de doenças mentais podem influenciar o reconhecimento, gestão e prevenção de problemas específicos (Burns & Rapee, 2006). A literacia em saúde mental assume-se, assim, como “um recurso cognitivo” na medida em que desempenha um papel mediador fundamental para lidar com a doença mental.

Jorm (2000) propõe uma definição de literacia em saúde mental na qual organiza o conceito em seis componentes: (i) capacidade de reconhecer diferentes psicopatologias ou problemas de saúde mental; (ii) conhecimentos e crenças sobre fatores de risco e causas; (iii) conhecimentos e crenças em relação a intervenções de autoajuda; (iv) conhecimentos e crenças sobre ajuda profissional; (v) atitudes facilitadoras da procura de ajuda; e (vi) conhecimento relativo à obtenção de informação (Jorm, 2000). Assim, no âmbito do presente estudo importa compreender as diferentes dimensões da literacia em saúde mental:

- (i) A capacidade de reconhecer diferentes psicopatologias ou problemas de saúde mental refere-se à capacidade de identificar corretamente doenças mentais e termos psiquiátricos. Este aspeto assume-se como importante na medida em que poucos conhecimentos ou conhecimentos errados poderão repercutir-se numa dificuldade comunicacional entre a população geral e os

técnicos de saúde mental, assumindo-se esta incapacidade como um obstáculo à sinalização precoce de sinais e sintomas por parte dos serviços de saúde (Jorm, 2000). Os dados obtidos no estudo pioneiro acerca da literacia em saúde mental indicaram que quando era pedido aos participantes que identificassem doenças mentais ilustradas através de narrativas, muitos falhavam (Jorm *et al.*, 1997). Este desconhecimento é corroborado por uma investigação posterior que indica que apesar de haver um conhecimento alargado acerca de problemas de saúde como doenças cardiovasculares ou cancro o conhecimento acerca de doenças mentais é ainda escasso (Jorm, 2000).

- (ii) Os conhecimentos e crenças sobre fatores de risco e causas referem-se à explicação que cada um atribui para a causa e fatores de risco dos problemas de saúde mental. Este aspeto poderá interferir com os padrões de autoajuda e de resposta ao tratamento (Jorm, 2000). Para ilustrar a importância do contexto cultural refira-se que na Malásia, a crença cultural de que as causas das doenças mentais estão relacionadas com fatores sobrenaturais tem implicações ao nível do tratamento psiquiátrico, uma vez que se registam um maior recurso a terapias alternativas e uma menor adesão ao tratamento psicofarmacológico (Razali *et al.* 1996, *cit in.* Jorm, 2000).
- (iii) Os conhecimentos e crenças em relação a intervenções de autoajuda referem-se às representações de cada um em relação às intervenções de autoajuda. Este aspeto é particularmente importante na medida em que apenas uma pequena parte das pessoas que têm doenças mentais procuram ajuda profissional (Jorm, 2000). Porém, a escassez de investigação científica acerca da eficácia de intervenções de autoajuda é uma barreira à transmissão de conhecimentos adequados em relação a este aspeto (Jorm, 2000). Assim, embora os conhecimentos e crenças em relação a intervenções de autoajuda sejam uma componente importante da literacia em saúde mental esta componente é difícil de explorar.
- (iv) Os conhecimentos e crenças sobre ajuda profissional referem-se às representações de cada um em relação às intervenções por parte dos diferentes técnicos de saúde mental. Apesar de haver algum consenso na comunidade científica quanto à intervenção terapêutica adequada nas doenças mentais, há divergência entre a opinião dos técnicos e as crenças da população geral, por exemplo, quanto ao tratamento psicofarmacológico da depressão e esquizofrenia. Esta divergência poderá assumir-se como

um entrave à procura e adesão ao tratamento (Jorm, 2006). Este aspeto é de particular importância uma vez que crenças negativas acerca do papel dos técnicos de saúde mental poderão traduzir-se, por exemplo, num obstáculo à adesão terapêutica (Jorm, 2000). Por outro lado, crenças positivas acerca do papel dos técnicos de saúde mental poderão facilitar a sinalização por parte de familiares e pares para o tratamento em serviços de saúde mental (Jorm, 2000).

- (v) As atitudes facilitadoras da procura de ajuda referem-se às diferentes atitudes face à doença mental que poderão determinar a procura de ajuda. Este aspeto está diretamente relacionado com o conceito *estigma*, que irá ser explorado de forma detalhada no capítulo “Estigma”. O termo *estigma* associado à doença mental refere-se à conotação negativa expressa através de emoções, atitudes e comportamentos discriminatórios (Corrigan, 2004). As atitudes negativas em relação às pessoas com doença mental também são um importante fator a considerar quando se pretende promover saúde mental (Jorm, 2006). Atitudes estigmatizantes face à doença mental poderão ser inibidoras da procura de ajuda, sendo que os resultados de um estudo conduzido na Alemanha sugerem que as pessoas tendem a ser mais relutantes em discutir problemas de saúde mental com familiares e amigos do que em discutir problemas de saúde física (Hillert *et al.* 1999, *cit in.* Jorm, 2000).
- (vi) O conhecimento relativo à obtenção de informação refere-se às fontes às quais as pessoas recorrem para se informar acerca de problemas de saúde mental. A experiência pessoal e o contacto direto através de familiares e amigos com problemas de saúde mental são indiscutivelmente uma fonte importante, porém os *media* também assumem um importante papel na divulgação de informação acerca da doença mental. Uma rápida pesquisa ao nível da imprensa internacional permite verificar o enorme relevo atribuído à questão da saúde mental no panorama mediático mundial. Tomando como exemplo os sítios eletrónicos de jornais prestigiados, influentes e amplamente difundidos como The Guardian, The Times, Le Monde e El Pais, verifica-se a abundância de notícias referentes à saúde mental expressas num total que ronda a ordem das dezenas de milhar. Também a rádio dedica tempo de antena a questões relacionadas com saúde mental, sendo que a TSF tem um programa, *Pensamento Cruzado* conduzido por técnicos de saúde mental que pretende esclarecer os ouvintes acerca de questões sobre saúde mental. Tal é, também,

demonstrativo da procura mediática dos “consumidores”. Outros meios de comunicação em massa como o cinema também dão atenção aos temas relacionados com a saúde mental. A lista de filmes premiados que abordam questões relacionadas com problemas de saúde mental é extensa.

Poder-se-á concluir, então, que conhecimentos e crenças adequados acerca da doença mental são promotores de um ambiente que incentive a saúde mental. De facto, com a emergência deste conceito foram elaborados programas de intervenção em contexto comunitário com o objetivo de aumentar os níveis de literacia em saúde mental. Alguma informação adicional sobre estes programas será explorada no capítulo “Exemplos de programas internacionais de promoção de saúde mental em contexto escolar”. De uma forma global estes programas demonstraram ser eficazes, traduzindo-se num aumento de conhecimentos em relação a doenças mentais, comportamentos de ajuda, confiança para dar ajuda a alguém que esteja a experienciar um problema de saúde mental e numa melhoria de atitudes face a pessoas com doença mental (Kitchener & Jorm, 2006). Assim, a literacia em saúde mental é uma variável que pode ser manipulada e cujo impacto se traduz nos níveis emocional, atitudinal e comportamental.

O conceito *estigma* associado à doença mental

O *estigma* e a literacia em saúde mental são dois conceitos inter-relacionados. Uma das dimensões da literacia em saúde mental, (v) atitudes facilitadoras da procura de ajuda está diretamente relacionada com o conceito *estigma*, assumindo-se este como um obstáculo à procura de ajuda. Tal como anteriormente foi referido, as atitudes negativas em relação às pessoas com doença mental também são um importante fator a considerar quando se pretende promover saúde mental (Jorm *et al.* 2006). Importa, então, explorar o conceito *estigma* associado à doença mental, para melhor compreender de que modo este se relaciona com o conceito literacia em saúde mental.

Corrigan (2004), propõe que o *estigma* se organiza em quatro processos sócio-cognitivos distintos: (a) características do estímulo, (b) estereótipos, (c) preconceitos e (d) discriminação (Corrigan, 2004).

Importa, então, operacionalizar cada um destes diferentes processos:

- (a) As características do estímulo dizem respeito ao processo sociocognitivo de focar a atenção em determinadas características da doença mental. Corrigan

(2004) identificou quatro diferentes características que as pessoas normalmente utilizam para inferir a doença mental, os sintomas psiquiátricos, os défices de competências sociais, a aparência física e os rótulos (Corrigan, 2004).

- (b) Os estereótipos dizem respeito a conhecimento que o senso comum aprende acerca de um determinado grupo. Estereótipos frequentes associados à doença mental são a violência (as pessoas com doença mental são perigosas) ou a incompetência (as pessoas com doença mental são incapazes de trabalhar) (Corrigan, 2004).
- (c) Os preconceitos referem-se à utilização e generalização de estereótipos negativos que se traduzem numa resposta emocional negativa que, por sua vez, dá lugar a atitudes estigmatizantes, os preconceitos (as pessoas com doença mental são violentas e incompetentes e, por isso, eu tenho medo) (Corrigan, 2004).
- (d) A discriminação refere-se à dimensão comportamental e manifesta-se através de acções negativas em relação às pessoas com doença mental (as pessoas com doença mental são violentas e incompetentes e por isso eu tenho medo, logo não estou disposto a empregá-las) (Corrigan, 2004).

Podem ser distinguidos dois tipos de *estigma*, o *autoestigma* e o *estigma-público*. Enquanto que o primeiro se refere a preconceitos, estereótipos e comportamentos em relação ao *self* de pessoas com doença mental, o segundo consiste nas atitudes e comportamentos discriminatórios em relação à pessoa com doença mental (Corrigan & Watson, 2002).

De uma forma geral, pode dizer-se que o processo de estigmatização segue uma ordem sequencial, iniciando-se com a exposição a um estímulo (ex: informação de que alguém tem um diagnóstico de esquizofrenia). A exposição a este estímulo faz com que sejam acionados os conhecimentos e crenças que o indivíduo tem acerca de um determinado grupo (ex: as pessoas com esquizofrenia são perigosas). Este aspeto está diretamente relacionado com a literacia em saúde mental, uma vez que se refere aos conhecimentos e crenças relativos a problemas de saúde mental. O facto de estes conhecimentos e crenças serem acionados resulta numa resposta ao nível emocional que se traduz em atitudes (ex: as pessoas com esquizofrenia são perigosas e, por isso, eu tenho medo). Finalmente, a atitude repercute-se num comportamento que pode ser mais ou menos ativo (ex: as pessoas com esquizofrenia são perigosas e, por isso, eu tenho medo, logo afasto-me).

Apesar de o *estigma* ser uma das maiores preocupações das pessoas com doença mental, ainda pouco se conhece sobre a eficácia de intervenções para reduzir o *estigma* associado às doenças mentais, porém, é possível que o aumento de conhecimentos acerca de doenças mentais se traduza numa redução do *estigma* (Jorm *et al.* 2006).

Estado da Arte

O paradigma literacia em saúde mental tem servido de base para diversas intervenções de promoção de saúde mental em contexto escolar, cuja eficácia tem vindo a ser demonstrada.

A nível internacional têm sido desenvolvidos e implementados diversos programas de promoção de saúde mental em contexto escolar suportados no paradigma da literacia em saúde mental em países desenvolvidos como os Estados Unidos – ex: The Science of Mental Illness (Watson, Otey, Westbrook, Qardner, Lamb, Corrigan & Fenton, 2004), Austrália – ex: Beyondblue Schools Research Initiative: Mental health literacy component (Spence, Burns, Boucher, Glover, Graetz, Kay, Patton & Sawyer, 2005), e Reino-Unido – ex: Mental Health Awareness in Action Program (Pinfold, Thornicroft, Huxley, Farmer & Graham, 2003). Para além dos países acima-referidos, existem também exemplos deste tipo de programas em Portugal – ex: UPA FAZ A DIFERENÇA– Ações de Sensibilização Pró-Saúde Mental (Campos, Costa & Palha, 2010).

Estados-Unidos - The Science of Mental Illness (Watson et al., 2004)

O “The Science of Mental Illness”, programa de promoção de saúde mental levado a cabo nos Estados Unidos sob a alçada do National Institute of Mental Health, teve como objetivo geral aumentar os conhecimentos e adequar atitudes em relação à doença mental em 1500 estudantes entre o 6º e 8º anos de escolaridade. Para esse efeito, o programa dividiu-se em três momentos distintos. O primeiro momento consistiu num pré-teste, isto é, foram avaliados os conhecimentos e atitudes dos estudantes relativamente à psicopatologia. Os objetivos desta etapa do programa foram adequar a intervenção às necessidades da população-alvo e recolher dados que permitissem avaliar a eficácia da intervenção. O segundo momento do “The Science of Mental Illness” consistiu num programa curricular com a duração de oito semanas. A intervenção centor-se nas bases científicas da doença mental, nos fatores de risco e causas, no tratamento e no estigma. Finalmente, o terceiro momento consistia numa avaliação dos conhecimentos e atitudes face à doença mental após a intervenção. Os resultados indicam, quanto à eficácia desta intervenção, que o conhecimento e a compreensão relativamente à doença mental aumentaram e que as atitudes estigmatizantes diminuíram (Kelly *et al.*, 2007; National Institute of Mental Health, 2005).

Austrália - Beyondblue Schools Research Initiative: Mental health literacy component (Spence et al., 2005)

O Beyondblue Schools Research Initiative – mental health literacy component (Spence et al, 2005), desenvolvido na Austrália, foi implementado com o objetivo de aumentar os conhecimentos sobre saúde mental. O programa, implementado em 25 escolas, teve como objetivo promover a resiliência e aumentar os conhecimentos sobre saúde mental, através do desenvolvimento de atividades ao longo de 3 anos. Os resultados decorrentes da aplicação de questionários realizada ao longo dos 3 anos nas escolas alvo de intervenção e em 25 escolas utilizadas como grupo de controlo indicam uma mudança positiva ilustrada através do aumento dos conhecimentos e crenças em relação a problemas de saúde mental por parte dos elementos da amostra (Jorm, Christensen & Griffiths, 2005, Jorm et al. 2006).

Reino-Unido - Mental Health Awareness in Action Program (Pinfold et al., 2003)

Nas escolas secundárias do Reino Unido foi implementado o Mental Health Awareness in Action program (Pinfold *et al.* 2003) com o objetivo de aumentar os conhecimentos sobre as doenças mentais e diminuir o estigma associado às mesmas. De forma a atingir os objetivos, foram realizadas duas sessões informativas sobre doença mental. Os resultados apontam para melhorias significativas nas atitudes estigmatizantes, bem como um aumento pequeno mas significativo ao nível dos conhecimentos sobre doença mental.

Portugal – UPA FAZ A DIFERENÇA– Ações de Sensibilização Pró-Saúde Mental (Campos, Costa & Palha, 2010)

O objetivo do “UPA FAZ A DIFERENÇA– Ações de Sensibilização Pró-Saúde Mental” era contribuir para o aumento do conhecimento acerca de problemas de saúde mental, incentivando a procura precoce de ajuda e diminuindo as atitudes estigmatizantes e discriminatórias e, sensibilizar para as necessidades de promoção de saúde mental. O público-alvo desta intervenção foram estudantes entre os 15 e os 18 anos (Campos, Costa & Palha, 2010).

O “UPA FAZ A DIFERENÇA– Ações de Sensibilização Pró-Saúde Mental” compreendeu três fases: (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.

Para a primeira fase, (1) Estudo Piloto - Levantamento de conhecimentos, mitos e crenças dos alunos em torno da saúde e perturbação mental, a equipa de investigação concluiu que o recurso ao *focus group* foi importante para a construção do questionário e das ações consequentes (Campos, Costa & Palha, 2010; Campos, Palha, Dias & Costa, 2012).

Para a segunda fase, (2) Implementação de 2 sessões pró-saúde mental, as ações foram dinamizadas em 13 escolas (10 escolas públicas, 3 instituições de ensino privado), junto de 1177 alunos que frequentavam o 10º, 11º e 12º anos de escolaridade, com idades entre os 15 e os 18 anos.

Os resultados obtidos demonstraram que, no primeiro momento, o nível de conhecimentos sobre saúde mental era razoável, com adequada atribuição das causas para as doenças mentais. Em relação às percepções estigmatizantes, os alunos dos grupos de intervenção posicionaram-se de modo neutro, atribuindo-se este facto, provavelmente, ao nível de conhecimentos que possuíam. (Campos, Palha, Dias & Costa, 2012).

O projeto “Abrir Espaço à Saúde Mental” surge no seguimento do “UPA FAZ A DIFERENÇA– Ações de Sensibilização Pró-Saúde Mental”.

II. Estudo Empírico

Metodologia

No âmbito do “Abrir Espaço à Saúde Mental – Estudo piloto sobre conhecimentos, estigma e necessidades relativas a questões de saúde mental, junto de alunos do 8º ano de escolaridade” optou-se pela adoção de uma abordagem metodológica qualitativa. Após uma breve exposição das técnicas metodológicas empregues na componente prática da presente dissertação, irei apresentar os objetivos específicos, as questões de investigação, a descrição dos participantes, os instrumentos e os procedimentos.

O objetivo geral desta dissertação foi explorar os conhecimentos, o estigma e as necessidades que adolescentes de 8º ano apresentam relativamente a questões de saúde mental, bem como compreender a opinião dos jovens relativa à importância e ao formato de ações que visem a promoção de saúde mental em contexto escolar. A abordagem qualitativa foi considerada como adequada em função do seu carácter indutivo, nomeadamente, a valorização da perspetiva dos jovens.

A abordagem qualitativa procura a compreensão dos fenómenos estudando a realidade de forma contextualizada, partindo dos dados que emergem a partir dos discursos dos sujeitos e não de teorias prévias (Almeida & Freire, 2003). Por outro lado, a abordagem qualitativa proporciona um meio interativo para explorar ideias num contexto aberto e sensível (Roose & John, 2003). Atendendo ao potencial destas características da abordagem qualitativa, a WHO, no seu relatório de 2005 sugere, para Portugal, que o *focus-group* é a técnica mais adequada para a recolha de dados relativos a saúde mental em jovens estudantes (WHO, 2005). Assim, para a recolha de dados recorreu-se ao *focus-group*, uma técnica que permite a exploração de visões e experiências de cada um dos participantes (Kitzinger, 1994).

Os dados obtidos nos *focus-group* foram tratados seguindo os princípios da análise de conteúdo. A análise de conteúdo pode ser definida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção destas mensagens” (Bardin, 1977). Um exemplo destas técnicas de análise de comunicações é a análise categorial que procura “uma série de significações que o

codificador deteta por meio de indicadores que lhe estão ligados; codificar ou caracterizar um segmento é colocá-lo numa das classes de equivalências definidas, a partir das significações, em função do julgamento do codificador, o que exige qualidades psicológicas complementares como a fineza, a sensibilidade, a flexibilidade, por parte do codificador para apreender o que importa” (Bardin, 1977).

Objetivos específicos:

1. Explorar o tipo de informação sobre saúde mental (literacia em saúde mental) que os jovens do 8º ano de escolaridade conhecem.
2. Explorar o estigma associado aos problemas de saúde mental junto de jovens do 8º ano de escolaridade.
3. Perceber a possível influência da proximidade a problemas de saúde mental e do género no tipo de informação explicitado por jovens do 8º ano de escolaridade.
4. Explorar a necessidade e pertinência de ações de sensibilização pró-saúde mental, referida por jovens do 8º ano de escolaridade. Identificar o tipo de participantes, duração, dinâmica e conteúdos de interesse destas ações.
5. Explorar os interesses globais de um grupo de jovens do 8º ano de escolaridade, ao nível da música, literatura, filmes/séries, redes sociais, figuras de referência e ocupação de tempos livres.
6. Identificar a pertinência e as necessidades ao nível dos conteúdos sobre questões de saúde mental, referidas por alunos do 8º 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.

Questões de investigação

- 1- Qual é o tipo de conhecimentos e crenças sobre saúde mental (literacia em saúde mental) apresentados por jovens do 8º ano de escolaridade?
- 2- Que preconceitos, estereótipos e comportamentos discriminatórios (estigma) associadas a doenças mentais/a problemas de saúde mental são explicitados por jovens do 8º ano de escolaridade?

- 3- Qual a influência da proximidade a doenças mentais/problemas de saúde mental e do género, no tipo de informação sobre saúde mental e no estigma, explicitados por jovens de 8º ano de escolaridade?
- 4- Qual é a pertinência e quais são as necessidades sobre questões de saúde mental referidas por jovens de 8º ano de escolaridade?
- 5- Qual o tipo de participantes e seus interesses, dinâmicas e duração referidos por jovens de 8º ano de escolaridade como devendo ser considerados numa intervenção de promoção de saúde mental em contexto escolar?

Participantes

Nos estudos de natureza qualitativa, as características dos participantes são determinadas pelas necessidades do estudo (Dezin & Lincoln, 1994). Assim, para recolher conhecimentos diversificados e representativos da opinião dos jovens, foi determinado que o número de participantes deveria ser 10. O critério de inclusão foi, então, a frequência do 8º ano de escolaridade. Os participantes foram selecionados após a apresentação do projeto às turmas do 8º ano e da exploração do interesse manifestado pelos mesmos na participação no *focus group*, tendo sido, posteriormente, solicitado o consentimento informado aos encarregados de educação dos jovens que quiseram participar (Anexo 1).

No presente estudo participaram 7 alunos do 8º ano de escolaridade de uma escola privada do Grande Porto. O grupo era constituído por 3 rapazes e 4 raparigas. Os restantes dados socio-demográficos recolhidos não foram considerados no âmbito do presente estudo.

Instrumentos

Para realizar a recolha dos dados foram elaborados dois instrumentos: o *Questionário Sócio-Demográfico* (Anexo 2) e o *Guião dos Focus Group* (Anexo 5). A elaboração destes instrumentos teve como ponto de partida os instrumentos que haviam sido utilizados no projeto “UPA Faz a Diferença”. Após a realização de reuniões em que foram discutidas alterações aos instrumentos, estes foram adaptados.

Questionário Sócio-Demográfico

O *Questionário Sócio-Demográfico* é constituído por 13 itens e permite recolher os seguintes dados dos participantes: data de nascimento, género, estado civil, ocupação/profissão, ano de escolaridade, ocupação dos tempos livres, outras

ocupações, nacionalidade, concelho de residência, local, conforto da habitação, principal fonte de rendimento familiar e agregado familiar. O objetivo deste questionário é a recolha de dados sociodemográficos, tendo em vista a caracterização dos participantes.

Guião do Focus-Group

O *Guião do Focus-Group* é composto por 5 grandes domínios: Definição de Doença Mental, Definição de Saúde Mental, Ações de Sensibilização, Interesses Globais e Ocupação de Tempos Livres. Cada um destes domínios contempla categorias e pistas para facilitar a comunicação. O *Guião do Focus-Group* contém ainda outros facilitadores da comunicação que servem para introduzir a discussão: uma breve apresentação, uma história “quebra-gelo” e questões de partida.

A elaboração deste instrumento foi realizada em equipa (equipa de investigação do projeto e três alunos de mestrado) e obedeceu a diferentes etapas:

- **Formação para o desenvolvimento do *guião do focus-group*:** foram realizadas duas reuniões de equipa com o objetivo de rever os objetivos gerais e específicos do projeto (focando a importância que o *focus-group* tinha para a recolha dos dados), para rever os conceitos centrais da investigação (literacia em saúde mental e estigma), para rever o enquadramento metodológico da investigação (vantagens e desvantagens da metodologia qualitativa, questões éticas a ter em conta, papel do dinamizador enquanto facilitador da comunicação), para rever o *focus-group* (definição do *focus-group* e circularidade da comunicação), para formular o conteúdo do guião do *focus-group* (domínios, categorias, pistas, “quebra-gelo”) e para realizar um *role-play* (com o objetivo de treinar as competências de dinamizador). Estas duas reuniões permitiram elaborar um guião do *focus-group* provisório com o objetivo de ser testado no *focus-group* piloto e posteriormente reformulado.
- **Realização do *focus-group* piloto:** foram realizados três *focus-group* piloto com o objetivo de testar o guião provisório do *focus-group* e elaborar a versão final. Os *focus-group* piloto foram gravados em formato video. Nos *focus-group* piloto participaram dez jovens do 7º ano, 10 jovens do 8º ano e seis jovens do 9º ano, de uma escola de ensino privado, escolhidos aleatoriamente. Os participantes e respetivos encarregados de educação preencheram um consentimento informado. Para a dinamização dos *focus-group* piloto estiveram sempre presentes dois elementos da equipa. No final de cada *focus-group* os dinamizadores preencheram uma grelha de registo composta pelos seguintes itens: apreciação da sessão, características dos participantes, temas abordados e autoavaliação do desempenho.
- **Observação dos *focus-group* piloto em equipa:** a gravação em video de cada sessão permitiu a visualização e reflexão, o que permitiu discutir melhorias quer ao nível do *guião do focus-group* (nomeadamente pistas que permitem explorar categorias do *guião* que surgiram espontaneamente), quer

ao nível do papel do dinamizador (nomeadamente a adequação da linguagem aos participantes e questões relativas à circularidade da comunicação e à gestão da mesma). Após a introdução de algumas melhorias no *guião do focus-group*, este ficou concluído.

Procedimentos

Recolha de dados

A recolha de dados implicou o cumprimento de questões éticas e deontológicas, que são regulamentadas pela Comissão Nacional de Proteção de Dados e pela Direção Geral de Inovação e Enriquecimento Curricular (Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar). Assim, foram efetuados pedidos de autorização para a recolha de dados a estas duas entidades (anexo 6), tendo sido obtida autorização por parte das duas entidades.

Para o recrutamento de participantes foi contactado um estabelecimento de ensino privado, com o objetivo de realizar *focus-group* com alguns dos seus alunos. Após a concordância do estabelecimento de ensino e a apresentação dos objetivos do projeto às turmas do 8º ano, os alunos inscreveram-se voluntariamente e receberam um consentimento informado para os encarregados de educação, tendo apenas participado no *focus-group* os alunos cujos encarregados deram o consentimento informado.

O *focus-group* foi realizado em outubro de 2011 e teve a duração de, aproximadamente, 90 minutos. O primeiro momento desta sessão consistiu no esclarecimento dos objetivos do projeto, na garantia dos procedimentos éticos (participação voluntária, confidencialidade, anonimato dos dados) e no pedido de autorização para gravar em formato áudio a discussão. Foi ainda solicitado aos participantes que lessem e assinassem os consentimentos informados e que preenchessem o *Questionário Sócio-Demográfico*. O momento seguinte da sessão consistiu na discussão que teve como suporte uma história “quebra-gelo” e o *guião do focus-group*. A história “quebra-gelo” teve como objetivo introduzir o tema da doença mental através de uma história cujo conteúdo ativasse memórias que facilitassem a exploração do tema. No final foram preenchidas grelhas de registo pelos dinamizadores (anexo 7)

Análise de Dados

O objetivo da análise de conteúdo é a produção de conhecimento indutivo, explorando todas as hipóteses criadas a partir do discurso dos participantes (Strauss e Corbin, 1994). Bardin (1977) organiza o método da análise de conteúdo em três etapas distintas: a *pré-análise*, a *exploração do material* e o *tratamento dos resultados* (Bardin, 1977).

A *pré-análise* é o momento de “organizar o material, de escolher os documentos a serem analisados, formular hipóteses ou questões norteadoras, elaborar indicadores que fundamentem a interpretação final.” (Ferreira, 2000). Assim, durante a *pré-análise*,

os dados obtidos através do *focus-group* foram transcritos com o objetivo de converter o registo auditivo em registo escrito e, assim, facilitar a análise de conteúdo dos dados recolhidos. Inicialmente, procedeu-se à leitura flutuante da transcrição, isto é, uma leitura reflexiva que visou produzir notas que facilitassem a exploração e interpretação do conteúdo do texto (Bardin, 1977). Nesta etapa, foi construído, em equipa, um tronco comum de categorização para os 7º, 8º e 9º ano de escolaridade, com o objetivo de, posteriormente, criar uma única base de dados. Habitualmente, a categorização apenas emerge durante a *exploração do material*, porém, perante a necessidade de uniformizar a terminologia utilizada pelos diferentes investigadores, referente às diferentes gerações de categorias, optou-se por criar um tronco comum de categorização.

A *exploração do material* consiste na “realização das decisões tomadas na pré-análise. É o momento da codificação – em que os dados brutos são transformados de forma organizada.” (Ferreira, 2000). A maioria dos procedimentos de análise qualitativa organiza-se em torno de categorias (classificação e agregação de unidades de registo). “A categorização permite reunir maior número de informações à custa de uma esquematização e assim correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los. A categorização representa a passagem dos dados brutos a dados organizados.” (Ferreira, 2000). Assim, da etapa *exploração do material* resultou a árvore de categorias (Anexo 8) . O processo de criação de categorias foi realizado com recurso ao *software* nVivo9.

O *tratamento dos resultados*, no âmbito da análise de conteúdo, pode ser realizado através do recurso a diferentes técnicas: “análise categorial, análise de avaliação, análise da enunciação, análise da expressão, análise das relações e análise do discurso.” (Bardin, 1977). No âmbito do presente estudo recorreu-se à análise categorial para efectuar a análise e discussão dos resultados.

Apresentação dos resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados. 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. Estas, apesar de terem emergido através do processo (dedutivo) de elaboração do *Guião do Focus-group* e corresponderem às questões de investigação, são consideradas as categorias mais abrangentes (1ª geração), de acordo com o que foi estabelecido em reunião de equipa. Neste capítulo são ainda apresentadas duas gerações de categorias, que consistem em níveis de análise mais específicos (2ª e 3ª gerações). As categorias emergiram a partir da análise de

conteúdo realizada (indutiva), considerando a participação dos jovens do 8º ano. A árvore de categorias pode ser consultada em anexo (anexo 8).

(1) Definição de Doença Mental

Este domínio inclui informação que permite perceber que tipo de conhecimentos acerca de doenças mentais é evidenciado pelos participantes. Incluem-se aqui aspetos importantes para esta compreensão (2ª geração de categorias), tais como 1.1. Características e Sintomas da doença mental, 1.2. Causas, 1.3. Consequências, 1.4. Doenças Mentais Enunciadas, 1.5. Doenças Mentais “Renunciadas”, 1.6. Fatores de risco, 1.7. Fatores precipitantes, 1.8. Impacto da Doença Mental do outro, 1.9. Prognóstico, 1.10. Proximidade, e 1.11. Terminologia. As categorias de 2ª e 3ª geração relativas aos conhecimentos dos jovens sobre Doença Mental estão descritas no quadro 1:

Nome e descrição das Categorias de 2ª Geração	Categorias de 3ª Geração
<p>1.1. Características e sintomas da doença mental:</p> <p>Inclui-se nesta categoria informação sobre sintomas e características referidos pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.</p>	<p>1.1.1. Autoexclusão 1.1.2. Comportamento involuntário 1.1.3. Distúrbios na compreensão 1.1.4. Dizer palavrões 1.1.5. Estar sempre chateado 1.1.6. Estranheza 1.1.7. Existência de um amigo imaginário 1.1.8. Falar com árvores e flores 1.1.9. Fases 1.1.10. Focar-se nos aspetos negativos 1.1.11. Ideação suicida 1.1.12. Ideias estranhas 1.1.13. Mania da Perseguição 1.1.14. Não ouvir o que os outros dizem 1.1.15. Não perceber que se tem um problema 1.1.16. Nervosismo 1.1.17. Normalidade 1.1.18. Obsessão 1.1.19. Oscilação 1.1.20. Passar-se 1.1.21. Pensamento dinâmico ou tecnológico 1.1.22. Pensamentos diferentes ou estranhos 1.1.23. Prisão à rotina 1.1.24. Repetir sons ou palavras 1.1.25. Ser diferente 1.1.26. Solidão 1.1.27. Tiques 1.1.28. Viver noutra mundo</p>

<p>1.2. Causas: Inclui-se nesta categoria toda a informação sobre causas das doenças mentais, referidas pelos participantes.</p>	<p>1.2.1. Adquiridas 1.2.2. Congénitas 1.2.3. Hereditárias</p>
<p>1.3. Consequências: Inclui-se nesta categoria toda a informação mencionada pelos jovens sobre as consequências decorrentes da doença mental na vida da pessoa.</p>	<p>1.3.1. Atrofia o cérebro 1.3.2. Leva à loucura 1.3.3. Suicídio</p>
<p>1.4. Doenças Mentais Enunciadas: Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa a exemplos daquilo que os jovens consideram ser doenças mentais.</p>	<p>1.4.1. Depressões 1.4.2. Esquizofrenia 1.4.3. Síndrome de Down 1.4.4. Síndrome de La Tourette</p>

<p>1.5. Doenças mentais renunciadas: Esta categoria inclui as referências dos jovens que contenham informação relativa à sua opinião acerca de exemplos de doenças que não são doenças mentais.</p>	<p>1.5.1. Síndrome de Down</p>
<p>1.6. Fatores de risco: Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa aos fatores que, segundo os jovens, poderão levar ao desenvolvimento de uma doença mental.</p>	<p>1.6.1. Achar que ninguém gosta de si 1.6.2. Doença física 1.6.3. Infelicidade 1.6.4. Não-aceitação 1.6.5. Não sair de casa 1.6.6. Operações cirúrgicas 1.6.7. Prisão à rotina 1.6.8. Ser diferente 1.6.9. Solidão</p>
<p>1.7. Fatores precipitantes: Inclui-se nesta categoria as referências dos jovens relativas a fatores numa relação de causa-efeito que originam a doença mental</p>	<p>1.7.1. Perda de alguém 1.7.2. Saída do filho de casa</p>

<p>1.8. Impacto da Doença Mental do outro : 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.</p>	<p>1.8.1. Comportamental</p>
<p>1.9. Prognóstico: Esta categoria inclui toda a informação relativa à perceção dos jovens acerca da evolução da doença mental, bem como da possibilidade ou impossibilidade de tratamento e/ou cura da mesma.</p>	<p>1.9.1. Fatores de bom prognóstico 1.9.2. Fatores de mau prognóstico 1.9.3. Tratamento</p>
<p>1.10. Proximidade: Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à existência de contacto próximo dos jovens com alguém com uma doença mental.</p>	<p>1.10.1. Amigos com Doença Mental 1.10.2. Outros com Doença Mental</p>

<p>1.11. Terminologia</p> <p>: Esta categoria inclui toda a informação relativa à terminologia utilizada pelos jovens para designar alguém com uma doença mental.</p>	<p>1.11.1. Deficiência</p> <p>1.11.2. Doença</p> <p>1.11.3. Esquizofrénico</p> <p>1.11.4. Perturbações</p> <p>1.11.5. Problemas da mente</p>
--	---

Quadro 1- Definição de Doença Mental

(2) Definição de Saúde Mental

Este domínio inclui informação que permite perceber que tipo de conhecimentos acerca saúde mental são evidenciados pelos participantes. Incluem-se aqui aspetos importantes para esta compreensão, tais como 2.1. Características pessoais e sinais e 2.2. Fatores protetores e promotores de saúde mental. As categorias de 2ª, 3ª geração relativas aos conhecimentos e crenças dos jovens sobre Doença Mental estão descritas no quadro 2:

<p>Nome e descrição da Categoria de 2ª Geração</p>	<p>Categorias de 3ª Geração</p>
<p>2.1. Características pessoais e sinais:</p> <p>Inclui-se nesta categoria todas características e/ou sinais associados, pelos jovens, às pessoas com saúde mental.</p>	<p>2.1.1. Encarar problemas como um desafio</p> <p>2.1.2. Normalidade</p> <p>2.1.3. Relacionamento fácil</p> <p>2.1.4. Ter uma rotina</p>

<p>2.2. Fatores protetores e promotores:</p> <p>Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa aos fatores que, segundo os jovens, poderão proteger/promover a saúde mental.</p>	<p>2.2.1. Aceitação</p> <p>2.2.2. Apoio familiar</p> <p>2.2.3. Boa relação corpo-mente</p> <p>2.2.4. Desabafar</p> <p>2.2.5. Evitar a exposição a substâncias tóxicas</p> <p>2.2.6. Não ver muita TV</p> <p>2.2.7. Ocupação</p> <p>2.2.8. Socializar</p>
---	--

:

Quadro 2- Definição de Saúde Mental

(3) Ações de sensibilização

Este domínio inclui informação que permite perceber a existência de contacto prévio com o tema da saúde/doença mental, a pertinência atribuída à implementação de um projeto de promoção da saúde mental, o interesse na participação nesse mesmo projeto e o formato das sessões sugeridas pelos jovens. Incluem-se aqui aspetos importantes para esta compreensão, tais como 3.1) Contacto prévio, 3.2) Formato das sessões, 3.3) Interesse na participação, e 3.4) Pertinência. As categorias de 2ª e 3ª geração relativas à opinião dos jovens acerca do formato que as ações de sensibilização deveriam ter e ao interesse na participação nas mesmas estão descritas no quadro 3:

Nome e descrição da Categoria de 2ª Geração	Categorias de 3ª Geração
<p>3.1. Contacto prévio:</p> <p>Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à existência de contacto prévio dos jovens com o tema da saúde/doença mental.</p>	<p>3.1.1. Inexistente</p>

<p>3.2. Formato das sessões: Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à população-alvo preferencial, número de participantes, conteúdo das sessões, atividades e duração propostas pelos jovens para as sessões.</p>	<p>3.2.1. Atividades 3.2.2. Conteúdo das sessões 3.2.3. Duração 3.2.4. Frequência</p>
<p>3.3. Interesse na participação: Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao possível interesse manifestado pelos jovens na sua participação num projeto de promoção da saúde mental, bem como a possível recomendação aos amigos.</p>	<p>3.3.1. Interesse do próprio 3.3.2. Recomendação a amigos</p>
<p>3.4. Pertinência: Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à pertinência atribuída pelos jovens à possível implementação de um projeto de promoção da saúde mental.</p>	<p>3.4.1. Perceber que as pessoas com Doença Mental são iguais</p>

Quadro 3- Ações de sensibilização

(4) Interesses Globais

Este domínio inclui informação relativa a música, literatura, filmes, séries, jogos e personalidades enunciadas pelos jovens como referência. Incluem-se aqui aspetos importantes para esta compreensão, tais como 4.1) Filmes, 4.2) Literatura, 4.3) Música, 4.4) Personalidades e 4.5) Séries. No quadro 4 estão descritas as categorias de 2ª, e 3ª geração:

Nome e descrição da Categoria de 2ª Geração	Categorias de 3ª Geração
<p>3.1. Filmes: Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao tipo de filmes de referência para os jovens.</p>	<p>3.1.1. Amor Estúpido e Louco 3.1.2. Espartanos do Pior 3.1.3. Johnny English 3.1.4. O Padrinho</p>

<p>4.2. Literatura: Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao tipo de literatura de referência para os jovens.</p>	<p>4.2.1. A Lua de Joana 4.2.2. Cherub 4.2.3. Harry Potter 4.2.4. O Diário de Anne Frank 4.2.5. O Padrinho</p>
<p>4.3. Música: Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao tipo de música ou intérpretes de referência para os jovens.</p>	<p>4.3.1. AC/DC 4.3.2. Linkin Park 4.3.3. Maroon 5 4.3.4. Pittbull 4.3.5. U2</p>
<p>4.4. Personalidades: Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao tipo de personalidades de referência para os jovens.</p>	<p>4.4.1. Amy Whinehouse 4.4.2. Bruno Mars 4.4.3. Kobe Bryant 4.4.4. Reinaldo Ventura</p>
<p>4.5. Séries: Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao tipo de séries de referência para os jovens.</p>	

Quadro 4- Interesses Globais

Análise e Discussão de resultados

Qual é o tipo de conhecimentos e crenças sobre saúde mental (literacia em saúde mental) que um grupo de jovens do 8º ano de escolaridade apresenta ?

Para responder a esta questão de investigação foram consideradas as categorias englobadas nos seguintes domínios: Definição de Doença Mental e Definição de Saúde Mental. Para a análise e discussão da informação presente nessas categorias, os componentes do constructo literacia em saúde mental enunciados no Enquadramento Teórico servirão de linha orientadora.

Capacidade de reconhecer diferentes psicopatologias ou problemas de saúde mental

Para explorar a capacidade de identificação de diferentes doenças mentais foram consideradas as sub-categorias pertencentes às categorias 1.1. Características e Sintomas, 1.4. Doenças Mentais enunciadas e 1.5. Doenças Mentais Renunciadas.

As psicopatologias identificadas pelo conjunto dos participantes foram:

- ✓ a *Depressão* (“acho que depressão também pode ser, às vezes também pode ser...”),
- ✓ a *Esquizofrenia* (“Esquizofrenia. É uma doença! Em que as pessoas começam a ficar paranoicas e um bocado com a mania da perseguição.”),
- ✓ o *Síndrome de La Tourette* (“Síndrome de La Tourette”),
- ✓ o *Síndrome de Down* (“acho que o Síndrome de Down também tem um bocado a ver com doença mental.”). Mas se a identificação da *Depressão*, *Esquizofrenia* e *Síndrome de La Tourette* enquanto doenças mentais foi consensual, existiu divergência em relação ao *Síndrome de Down* (“se tiveres síndrome de Down não consegues...não há um tratamento...”; “Mas isso não é uma doença no cérebro...”).

Em relação ao contributo individual de cada participante, refira-se que um rapaz (identificou a *Esquizofrenia* e o *Síndrome de La Tourette*) e uma rapariga (identificou a *Depressão* e *Síndrome de Down*) foram os elementos que mais se destacaram pelo contributo ativo na nomeação de doenças mentais, tendo mesmo divergido um com o outro em relação ao *Síndrome de Down*.

Em relação às características e sintomas de doenças mentais identificadas pelos jovens, existem três grupos de categorias que se destacam, entre os quais:

- ✓ sintomatologia depressiva (ex: *focar-se nos aspetos negativos, autoexclusão*),
- ✓ sintomatologia psicótica (ex: *mania da perseguição, ideias estranhas, existência de um amigo imaginário*)

- ✓ sintomas do Síndrome de La Tourette (ex: *repetir sons ou palavras*).

O facto de os jovens identificarem apenas três doenças mentais poderá ser compreendido atendendo a que apesar de haver um conhecimento alargado acerca de problemas de saúde como doenças cardiovasculares ou cancro o conhecimento acerca de doenças mentais é ainda escasso (Jorm, 2000). Por outro lado, o facto de os jovens identificarem características e sintomas das mesmas doenças mentais que enunciaram parece estar relacionado com o facto de que, tal como foi referido no Enquadramento Teórico, atendendo à elevada prevalência de doenças mentais na população, existe uma grande probabilidade de que qualquer jovem adolescente tenha já tido contacto próximo com uma pessoa com um problema de saúde mental (Jorm, 2006). Este aspeto será alvo de maior análise na questão de investigação “Qual a influência da proximidade a doenças mentais/problemas de saúde mental e do género, no tipo de informação sobre saúde mental e no estigma, explicitados por um grupo de jovens de 8º ano de escolaridade?”.

Conhecimentos e crenças sobre fatores de risco e causas

Para explorar os conhecimentos e as crenças dos jovens em relação a fatores de risco e causas associados à doença mental foram consideradas as categorias 1.2. Causas e 1.6. Fatores de Risco e 1.7 Fatores Precipitantes. Refira-se que, por vezes, os jovens identificam o mesmo fator enquanto causa e enquanto fator de risco.

As causas identificadas pelos participantes organizam-se em três tipos de causas:

- ✓ *causas adquiridas*:
 - relacionadas com *intervenções cirúrgicas* (Rapaz 1: “(...) por causa de operações ou isso podem ficar com uma doença...não sei bem explicar porquê mas podem ficar...”)
 - relacionadas com a exposição exagerada a *filmes* e à *televisão* (Rapaz 2: “ Eu acho que também, que esses problemas mentais podem ser transmitidos devido à televisão e aos filmes que se vê.”).
- ✓ *causas congénitas* (Rapaz 2: “Eu acho que estes problemas já aparecem de nascença...”)

- ✓ *causas hereditárias* (Rapaz 2: “Pode já vir de pessoas antes de... antecessores sem ser a mãe e o pai...pode vir já de muito antes...”)

Contudo, apesar de os jovens apontarem causas congénitas e hereditárias como possíveis causas de desenvolvimento de doenças mentais, não foram capazes de aprofundar a sua justificação para tal.

Os fatores de risco identificados pelos participantes remetem, sobretudo, para duas questões como possíveis fatores que vulnerabilizam o sujeito para o desenvolvimento de doenças mentais:

- ✓ fatores de risco relacionados com questões de saúde física:
 - a *doença física* (Rapariga 3: “pode haver uma doença física que pode ser incurável e que pode-nos levar à loucura e não sabemos o futuro próximo, tudo pode acontecer.”),
 - a experiência de uma *intervenção cirúrgica* (Rapariga 1: Por exemplo, quando tem tumores ou algum cancro...se for no cérebro às vezes para poder remover, mesmo quando são gémeos siameses, para dividir muitas vezes fica um deficiente...fica com uma deficiência mental...”)
- ✓ fatores de risco relacionados com questões de isolamento social:
 - a *solidão, não sair de casa e prisão à rotina* (Rapaz 1: “Eu acho que há pessoas que como têm sempre a mesma rotina, conseqüentemente e depois há pessoas que não gostam de sair à rua também, e então acho que viver só num ambiente de casa, ainda por cima sendo uma pessoa sozinha, acho que começa a...a pensar só naquilo e não sai de casa só vê as coisas e como tá sozinho tem que falar com alguém e começa a falar com o que lhe aparecer à frente.”);
 - a *não-aceitação* por parte dos outros (Rapaz 2: “Eu acho que não são só as pessoas que têm doenças mentais que se isolam, há muita gente que não tem problemas nenhuns mas que se isola do mundo porque têm vergonha ou porque têm medo ou vergonha de alguma coisa de si por exemplo. Há muita gente que tem vergonha

só porque usa óculos ou porque usa aparelho e então eu acho que isso não devia acontecer porque podemos tar a transmitir também a outras pessoas isso e isso é pior.”);

- *viver noutro mundo* (Rapariga 1: “Não foi assim bem desse género, era uma doença mas não era bem essa...pessoas que vivem noutro mundo, por exemplo que nós falamos para eles e eles não ouvem mesmo nada, estão...não estão a ouvir rigorosamente nada, por exemplo falo e ele tá a olhar para mim mas não tá a ouvir nada...se eu lhe perguntar depois o que é que eu lhe disse ele fala-me numa coisa que eu falei há três dias atrás ou quatro.”);
- *ser diferente* (Rapaz 2: “Eu acho que não são só as pessoas que têm doenças mentais que se isolam, há muita gente que não tem problemas nenhuns mas que se isola do mundo porque têm vergonha ou porque têm medo ou vergonha de alguma coisa de si por exemplo. Há muita gente que tem vergonha só porque usa óculos ou porque usa aparelho e então eu acho que isso não devia acontecer porque podemos tar a transmitir também a outras pessoas isso e isso é pior.”)

Os participantes identificaram ainda um outro fator de risco que não está nem relacionado com questões de saúde física, nem com questões de isolamento social, a *infelicidade* (“Rapariga 2: Mas também pode levar à loucura, por exemplo, tu não gostas de te ver com uma prótese e podes também ir para um momento de loucura...”).

Tal como foi referido no Enquadramento Teórico, esta componente da literacia em saúde mental poderá interferir com os padrões de autoajuda. Em função dos dados obtidos podemos concluir que os jovens consideram que os fatores de risco para a doença mental são sobretudo de ordem física e social, o que poderá ser visto como uma representação de que a doença mental pode ser prevenida/tratada através duma boa relação corpo-mente.

Conhecimentos e crenças em relação a intervenções de autoajuda

Tal como foi referido no Enquadramento Teórico, a componente da literacia em saúde mental, conhecimentos e crenças em relação a intervenções de autoajuda é aquela que é de mais difícil exploração, uma vez que existe pouca evidência científica acerca deste tipo de intervenções. Porém, o discurso dos participantes dá algumas pistas acerca de quais são os conhecimentos e crenças dos jovens acerca do papel que o sujeito deve ter no seu processo de recuperação da doença mental. Para explorar os conhecimentos e as crenças dos jovens em relação a intervenções de autoajuda foram consideradas as sub-categorias, 9.1) fatores de bom prognóstico e 9.2) fatores de mau prognóstico.

- ✓ *Ter ajuda* e, sobretudo a capacidade de pedi-la foi o único fator de bom prognóstico relacionado com esta componente da literacia em saúde mental que os jovens identificaram (Rapariga 3: “E deviam pedir ajuda às pessoas.(...) Não deviam tar sempre a tomar medicamentos quando se sentissem mal mas deviam pedir ajuda às pessoas, falar com elas sobre o assunto...”).

Em relação aos fatores de mau prognóstico relacionados com esta componente da literacia em saúde mental, os participantes identificaram:

- ✓ *a dificuldade em aceitar a doença* (Rapaz 2: “(...) mas também essa doença pode ser logo acalmada no início mas como as pessoas não percebem bem isso...que têm essas deficiências mentais, deixam essa deficiência evoluir e então vai aumentando e vai piorando.”),
- ✓ *guardar para si* (Rapaz 1: “Eu acho que o futuro das pessoas não vai ser agradável porque se não saem daquele ambiente de casa não vão conhecer novas pessoas e não têm para onde ir, para quem falar para quem desabafar...não pode ter um diálogo com uma pessoa...de amigo para amigo ou de amigo para amiga...”).

Conhecimentos e crenças sobre ajuda profissional

Para explorar os conhecimentos e as crenças dos jovens em relação à ajuda profissional foram consideradas as sub-categorias 1.9.3. Tratamento e as suas sub-categorias 1.9.3.1. Existência de tratamento e 1.9.3.2. Impacto do tratamento.

Em relação aos conhecimentos e crenças dos jovens em relação à possibilidade ou não de tratamento das doenças mentais os jovens identificaram duas possibilidades:

- ✓ *existência de tratamento*, os participantes identificaram a Depressão como a Doença Mental cujo tratamento existe, embora alguns jovens tenham exprimido a sua crença de que existem doenças mentais para as quais existe tratamento, sem que tivessem exprimido conhecimentos para aprofundar esse aspeto (Rapaz 3: “Há umas que desaparecem que há tratamento e há problemas que podem ser corrigidos no cérebro...”).
- ✓ *inexistência de tratamento* (Rapariga 1: “Para a depressão se calhar há [tratamento]. (...) Para as outras doenças mais preocupantes...para as outras doenças mais preocupantes não porque se fôr no cérebro....”).

Tal como foi referido no Enquadramento Teórico, esta componente da literacia em saúde mental é particularmente importante na medida em que crenças positivas acerca do papel dos técnicos de saúde mental poderão facilitar a sinalização por parte de familiares e pares para o tratamento em serviços de saúde mental (Jorm, 2000). Os participantes revelaram poucos conhecimentos em relação à ajuda profissional, o que torna este aspeto importante tendo em vista a sinalização de áreas para a capacitação dos jovens para lidarem com problemas de saúde mental no futuro. O facto de os jovens não acreditarem na possibilidade de tratamento das doenças mentais poderá comprometer uma eventual aliança/adesão terapêutica futura.

As atitudes facilitadoras da procura de ajuda

Tal como foi referido no Enquadramento Teórico, atitudes estigmatizantes face à doença mental poderão ser inibidoras da procura de ajuda. As dimensões do conceito *estigma* irão ser exploradas de forma mais detalhada na análise de resultados referentes à questão de investigação “*Que conhecimentos, crenças, emoções/atitudes e comportamentos estigmatizantes (estereótipos, preconceito, discriminação) associados a problemas de saúde mental são explicitados por alunos do 8º ano?*”.

O conhecimento relativo à obtenção de informação

Para explorar os conhecimentos foram consideradas as categorias 1.10 Proximidade e 3.1. Contacto Prévio e as suas respetivas sub-categorias.

Em relação à *proximidade* dos jovens em relação a problemas de saúde mental, os jovens identificaram dois tipos de pessoas:

- ✓ *amigos com doença mental* (Rapaz 1: “Por exemplo, temos um amigo nosso que tem isso cá no colégio, no nosso ano e ele tá sempre a reproduzir sons assim e às vezes palavras que ficam na cabeça dele.”),
- ✓ *outros com doença mental* (Rapariga 2: “Mas a minha tia, uma amiga da minha mãe também tá com uma depressão porque a irmã dela era deficiente e morreu e a mãe dela também morreu, só que ela também desabafa e tá com uma depressão na mesma.”).

Em relação ao *contacto prévio* com o tema da Doença Mental os participantes referiram que este era inexistente (Dinamizador: “Eu agora gostava de vos perguntar se vocês alguma vez já tinham tido oportunidade de discutir este tipo de temas com alguém? Seja em casa, seja com os vossos familiares, na escola...” Rapariga 3: “É a primeira vez.”).

Assim, os conhecimentos e crenças sobre saúde mental explicitados pelos participantes permitem chegar a algumas conclusões.

Em relação à capacidade de reconhecer diferentes psicopatologias ou problemas de saúde mental, os participantes demonstraram ter poucos conhecimentos, tendo apenas identificado três psicopatologias diferentes. As características e sintomas que os jovens indicaram coincidem com os sintomas das doenças que enunciaram. Tal poderá ser indicador de um contacto prévio com pessoas com doença mental.

Em relação aos conhecimentos e crenças sobre fatores de risco e causas, os jovens consideram que as causas para a doença mental são sobretudo de ordem física e social, apontando uma má relação entre o corpo e a mente como um fator de risco. Tal poderá ser um indicador de uma representação dos jovens acerca de um “estilo de vida saudável” que permita prevenir/tratar a doença mental.

Em relação aos conhecimentos e crenças em relação a intervenções de autoajuda, os participantes indicaram o “guardar para si” como o principal fator de mau prognóstico o que parece ser representativo da crença na rede social de suporte como recurso para lidar com a doença mental.

Em relação aos conhecimentos e crenças em relação à ajuda profissional, os participantes revelaram uma descrença no tratamento das doenças mentais, exceto no caso da Depressão. Este fator deve ser enfatizado na medida em que a descrença na ajuda profissional pode atrasar a procura de tratamento e dificultar a adesão ao mesmo.

Em relação ao conhecimento relativo à obtenção de informação, os jovens explicitaram a ausência de acesso a informação sobre saúde mental, exceto no caso de terem contactado diretamente com alguém com uma doença mental. Este é um importante indicador que reforça a importância da implementação de programas de promoção de saúde mental em contexto escolar, tendo em vista a capacitação dos jovens para lidar com a doença mental.

Que preconceitos, estereótipos e comportamentos discriminatórios (estigma) associadas a doenças mentais/a problemas de saúde mental são explicitados por um grupo de jovens do 8º ano de escolaridade?

Para responder a esta questão de investigação foram consideradas todas as categorias englobadas nos seguintes domínios: Definição de Doença Mental e Definição de Saúde Mental. Para analisar os resultados obtidos irei socorrer-me das diferentes etapas do processo *estigma* explicitados no Enquadramento Teórico.

Características do Estímulo

As características do estímulo dizem respeito ao processo sociocognitivo de focar a atenção em determinadas características da doença mental. Corrigan (2004) identificou quatro diferentes características que as pessoas normalmente utilizam para inferir a doença mental, os sintomas psiquiátricos, os défices de competências sociais, a aparência física e os rótulos (Corrigan, 2004).

Para explorar os sintomas psiquiátricos foi considerada a categoria 1.1. Características e sintomas. Em relação às características e sintomas de doenças mentais identificadas pelos jovens, existem três grupos de categorias que se destacam, entre os quais:

- ✓ *sintomatologia depressiva (ex: focar-se nos aspetos negativos, autoexclusão),*
- ✓ *sintomatologia psicótica (ex: mania da perseguição, ideias estranhas, existência de um amigo imaginário)*
- ✓ *sintomas do Síndrome de La Tourette (ex: repetir sons ou palavras).*

Para explorar os défices de competências sociais foi considerada a categoria 1.1. Características e sintomas. Os participantes identificaram diversas características e sintomas da doença mental relacionadas com défices de competências sociais:

- ✓ *Autoexclusão*
- ✓ *Estar sempre chateado*
- ✓ *Estranheza*
- ✓ *Ideias estranhas*
- ✓ *Não ouvir o que os outros dizem*

- ✓ *Passar-se*
- ✓ *Pensamentos diferentes ou estranhos*
- ✓ *Ser diferente*
- ✓ *Solidão*
- ✓ *Viver noutra mundo*

Para explorar os rótulos atribuídos pelos participantes foi considerada a categoria 1.11. Terminologia. Em relação à Terminologia utilizada pelos jovens para designar doenças mentais, os termos utilizados foram:

- ✓ *Deficiência* (Rapaz 2: “Há pessoas que nascem já com essas deficiências (...).”)
- ✓ *Doença* (Rapaz 3: “Esquizofrenia. É uma doença! Em que as pessoas começam a ficar paranoicas e um bocado com a mania da perseguição.”)
- ✓ *Esquizofrénico* (Rapaz 3: “É esquizofrénico.”)
- ✓ *Problemas mentais* (Rapaz 2: “Eu acho que também, que esses problemas mentais (...).”)
- ✓ *Perturbações* (Rapaz 1: “Acho que sim, que tem algumas problemas a nível de mente e algumas perturbações também.”).

Estereótipos

Os estereótipos dizem respeito a conhecimento que o senso comum aprende acerca de um determinado grupo. Estereótipos frequentes associados à doença mental são a violência (as pessoas com doença mental são perigosas) ou a incompetência (as pessoas com doença mental são incapazes de trabalhar) (Corrigan, 2004). Para explorar os estereótipos foi considerada a categoria 1.1. Características e sintomas. Para além da sintomatologia psiquiátrica e dos défices de competências sociais, as características e sintomas que os jovens identificaram que sobram são ilustrativas de dois estereótipos:

- ✓ Ideação suicida
- ✓ Normalidade.

Por um lado, a identificação da ideação suicida parece ser um estereótipo atribuído às pessoas com Doença Mental. No entanto, o facto de os participantes entenderem que a *normalidade* é uma característica da doença mental dá a entender a existência de uma representação integradora das pessoas com doença mental. Tal poderá estar também associado a fatores de deseabilidade social e resposta aprendida. O facto de não se destacarem estereótipos estigmatizantes em relação à Doença Mental tem de ser enfatizado.

Preconceitos e Discriminação

Os preconceitos referem-se à utilização e generalização de estereótipos negativos que se traduzem numa resposta emocional negativa que, por sua vez, dá lugar a atitudes estigmatizantes, os preconceitos (as pessoas com doença mental são violentas e incompetentes e, por isso, eu tenho medo) (Corrigan, 2004).

A discriminação refere-se à dimensão comportamental e manifesta-se através de acções negativas em relação às pessoas com doença mental (as pessoas com doença mental são violentas e incompetentes e por isso eu tenho medo, logo não estou disposto a empregá-las) (Corrigan, 2004).

Para explorar os preconceitos e a discriminação foi considerada a categoria Impacto da Doença Mental do outro.

Perante a hipótese de conhecer alguém com uma doença mental os jovens identificaram comportamentos hipotéticos que teriam:

- ✓ *Falar normalmente e tentar ajudar* (Rapaz 2: “Se eu tivesse um amigo ou um familiar com isso, eu faria...ajudá-lo, falar com ele, tratá-lo como uma pessoa normal, não ia tratá-lo como uma pessoa diferente, como por exemplo oferecer-lhe coisas, trataria como um amigo qualquer, falar normalmente e acho que isso o faria sentir-se como outra pessoa qualquer e acho que iria, ia mostrar-lhe coisas novas, não o deixando isolar-se das pessoas e ficar em casa. Acho que isso é fundamental para uma pessoa que tenha essas doenças.” Júlio: “E eu tava aqui a pensar, uma pessoa que se isola, e que esteja sempre mal-disposta por exemplo, não dá muita vontade de ir lá ter com ela...vocês acham que é fácil chegar até essas pessoas ?”
Rapaz 2: “Não, nós temos que insistir e não podemos perder a esperança de o ajudar, porque se fosse assim havia muitas mais pessoas a precisar de ajuda, havia muitas mais pessoas com esses problemas.”)
- ✓ *Passar mais tempo com a pessoa e arranjar ocupação* (Rapaz 1: “Na minha opinião, se fosse na minha família ou mesmo doutra, um conhecido, acho que ajudava, dava-lhe novas experiências para ele viver e acho que é muito importante dar a conhecer a essas pessoas novas experiências para não estarem sempre focadas na mesma coisa.”).

De um modo geral, os participantes não explicitaram estereótipos, preconceitos nem comportamentos estigmatizantes em relação à Doença Mental. Este aspeto poderá estar relacionado com três aspetos.

A proximidade à doença mental, atendendo à elevada prevalência de doenças mentais na população, existe uma grande probabilidade de que qualquer jovem adolescente tenha já tido contacto próximo com uma pessoa com um problema de saúde mental (Jorm, 2006).

O nível sócio-económico da escola, uma vez que os jovens expostos a contextos de desenvolvimento socioeconómicos desfavorecidos estão mais vulneráveis a um desequilíbrio entre fatores de risco e fatores protetores para o desenvolvimento de problemas de saúde mental (WHO, 2005)

Questões de deseabilidade social/resposta aprendida. Contudo, o facto de considerarem a *normalidade* uma característica da doença mental deve ser entendido como uma evidência da presença de um ambiente tolerante e integrador em relação à

diferença, evidente na forma como os participantes se referiram a casos de colegas com doença mental na escola.

Qual a influência da proximidade a doenças mentais/problemas de saúde mental e do género, no tipo de informação sobre saúde mental e no estigma, explicitados por um grupo de jovens de 8º ano de escolaridade?

Para explorar a influência da proximidade a problemas de saúde mental nos conhecimentos explicitados pelos jovens foram consideradas todas as subcategorias englobadas nas seguintes categorias: 1.1. Características e Sintomas, 1.4. Doenças Mentais enunciadas e 1.10 Proximidade.

Após identificar os participantes que identificaram ter *amigos com doença mental* (Rapariga 1, Rapaz 1 e Rapaz 2) e os participantes que identificaram conhecer *outra pessoa com doença mental* (Rapariga 1, Rapariga 2, Rapaz 2) foram exploradas as características/sintomas e doenças mentais que cada um destes participantes identificou. A sistematização desta informação pode ser conferida na quadro 5.

	Rapariga 1	Rapariga 2	Rapaz 1	Rapaz 2
Amigos com doença mental	Sim (não especificada)	Não	Sim (<i>Síndrome de La Tourette</i>)	Sim (<i>Síndrome de La Tourette</i>)
Outros com doença mental	Sim (<i>Depressão</i>)	Sim (não especificada)	Não	Sim (não especificada)
Doenças Mentais enunciadas	<ul style="list-style-type: none"> <i>Depressão</i> 	<i>Nenhuma</i>	<ul style="list-style-type: none"> <i>Síndrome de La Tourette</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Síndrome de La Tourette</i>
Características e Sintomas identificados	<ul style="list-style-type: none"> <i>Ideias estranhas</i> <i>Focar-se nos aspetos negativos</i> <i>Estar sempre chateado</i> <i>Ideação suicida</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Mania da perseguição</i> <i>Ideias estranhas</i> <i>Falar com árvores e flores</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Prisão à rotina,</i> <i>Repetir sons ou palavras</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Autoexclusão</i> <i>Dizer palavras,</i> <i>Oscilação,</i> <i>Nervosismo</i>

Quadro 5- Influência da proximidade a doenças mentais no tipo de conhecimentos sobre doença mental

Os dados indicam que a Rapariga 1, que identificou conhecer alguém com uma Depressão identificou também três sintomas de humor depressivo (*focar-se nos aspetos negativos, estar sempre chateado, ideação suicida*). A Rapariga 2 que identificou conhecer alguém com doença mental mas não especificou o diagnóstico, identificou sintomatologia psicótica (*Mania da perseguição, Ideias estranhas, Falar com as árvores e flores*). Os Rapazes 1 e 2 identificaram ter um amigo com o Síndrome de La Tourette e enunciaram diferentes características e sintomas dessa doença. Estes dados parecem indicar que o contacto com pessoas com doença mental é uma importante fonte de informação para os jovens.

Para explorar a influência do género nos conhecimentos acerca de saúde mental explicitados pelos jovens foi considerado o género dos participantes para averiguar eventuais diferenças entre os conhecimentos explicitados por rapazes e por raparigas. Para esse efeito foram consideradas as categorias 1.1. Características e Sintomas, 1.4. Doenças Mentais enunciadas. Esta informação encontra-se sistematizada na quadro 6.

	Rapazes	Raparigas
Doenças Mentais enunciadas	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Esquizofrenia,</i> • <i>Síndrome de La Tourette</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Depressão,</i> • <i>Síndrome de Down</i>
Características e Sintomas identificados	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mania da perseguição,</i> • <i>Focar-se nos aspetos negativos,</i> • <i>Autoexclusão,</i> • <i>Prisão à rotina,</i> • <i>Ser diferente,</i> • <i>Normalidade,</i> • <i>Dizer palavras,</i> • <i>Comportamento involuntário,</i> • <i>Distúrbios na compreensão,</i> • <i>Existência de um amigo imaginário</i> • <i>Oscilação,</i> • <i>Não perceber que se tem um problema,</i> • <i>Nervosismo,</i> • <i>Pensamento dinâmico ou tecnológico,</i> • <i>Repetir sons ou palavras,</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ideias estranhas,</i> • <i>Focar-se nos aspetos negativos,</i> • <i>Ser diferente,</i> • <i>Normalidade,</i> • <i>Estar sempre chateado</i> • <i>Estranheza,</i> • <i>Falar com árvores e flores</i> • <i>Ideação suicida,</i> • <i>Não ouvir o que os outros dizem,</i> • <i>Solidão</i>

Quadro 6- Influência do género nos conhecimentos sobre doença mental

Os Rapazes identificaram a *Esquizofrenia* e o *Síndrome de La Tourette* e características e sintomas que lhes estão associados. Por outro lado as Raparigas identificaram a *Depressão* e o *Síndrome de Down* como psicopatologias e destacaram sintomatologia psicótica e depressiva. Assim, os resultados obtidos não permitem detetar nenhuma diferença em função do género dos participantes.

Qual é a pertinência e quais são as necessidades sobre questões de saúde mental referidas por um grupo de jovens de 8º ano de escolaridade ?

Para explorar a opinião dos jovens em relação à pertinência e necessidades ao nível de conteúdo e formato de ações de sensibilização pró-saúde mental foram consideradas as categorias 3.1 Contacto prévio, 3.2. Formato das sessões, 3.3. Interesse na participação e 3.4. Pertinência.

Em relação ao *contacto prévio*, os jovens referiram a *inexistência de contacto prévio* com o tema da saúde mental (“Eu agora gostava de vos perguntar se vocês alguma vez já tinham tido oportunidade de discutir este tipo de temas com alguém? Seja em casa, seja com os vossos familiares, na escola...” Rapariga 3: “É a primeira vez.”).

Quanto ao formato das sessões, os jovens identificaram quatro aspetos, o *conteúdo das sessões* (*Aprender a lidar com a Doença Mental, Como prevenir a Doença Mental, Como tratar/ajudar a Doença Mental, Doenças Mentais e Informação Nova*), as *atividades* (*interativas*), a *duração* (*45 minutos, 90 minutos*) e a *frequência* (*duas vezes por mês*).

Os participantes distinguiram entre o *interesse do próprio* em participar e a *recomendação a um amigo* (Rapariga 2: “Eu também acho que vinha e também recomendaria às outras pessoas.”)

Em relação à pertinência de tais sessões, o aspeto que os jovens destacaram foi *perceber que as pessoas com doença mental são iguais* (Rapariga 3: “Eu também viria e também recomendaria porque há muitas pessoas que discriminam as pessoas com algum problema, mental ou físico e porque acham que essas pessoas não são normais e isso também podia abrir um bocado os olhos a essas pessoas, para saberem que essas pessoas também têm uma vida normal como a nossa e que devem ser tratadas da mesma maneira.”).

Quais os interesses globais dos alunos do 8º ano ao nível de música, literatura, filmes e séries? Quais as suas figuras de referência?

Para explorar os interesses globais dos alunos do 8º ano foram consideradas as sub-categorias 4.1. Filmes, 4.2. Literatura, 4.3. Música e 4.4. Personalidades.

Quanto aos interesses explicitados pelos jovens em relação a *filmes* os jovens identificaram os seguintes filmes: *Amor Estúpido e Louco*, *Espartanos do Pior*, *Johnny English* e *O Padrinho*.

Em relação aos interesses explicitados pelos participantes quanto à *literatura*, os jovens identificaram os seguintes livros: *A Lua de Joana*, *Cherub*, *Harry Potter*, *O Diário de Anne Frank* e *O Padrinho*.

Os interesses explicitados pelos jovens em relação a *música* foram os seguintes: *AC/DC*, *Linkin Park*, *Maroon 5*, *Pitbull* e *U2*.

Finalmente, as *personalidades* de referência que os jovens identificaram foram as seguintes: *Amy Whinehouse*, *Bruno Mars*, *Kobe Bryant* e *Reinaldo Ventura*.

O facto de um jogador de hóquei patins do Futebol Clube do Porto ter sido referido sugere que as associações desportivas regionais poderão ser um potencial “aliado” para a implementação de programas de promoção de saúde mental em contexto escolar. Este tipo de associação destaca-se pela acessibilidade e facilidade de contacto inerentes à presença a nível local.

Conclusão

A metodologia utilizada nesta etapa do “Abrir espaço à saúde mental - Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14 anos): Desenvolvimento e avaliação da eficácia de uma intervenção” é qualitativa, com o objetivo de valorizar a perspetiva dos participantes acerca da intervenção em desenvolvimento. Este caráter indutivo e exploratório da metodologia qualitativa é um aspeto essencial para compreender as principais conclusões que o estudo empírico levado a cabo permite retirar.

Em relação aos conhecimentos explicitados pelos participantes, destacam-se: o facto de parecer haver uma relação entre as doenças mentais enunciadas e os sintomas e características enunciados; o facto de os conhecimentos em relação aos fatores de risco e causas tenderem a valorizar aspetos sociais e relacionados com a saúde física; o facto de os conhecimentos evidenciados em relação à autoajuda, ajuda profissional e ajuda da rede social de suporte serem vagos e confusos; e o facto de a informação em relação à saúde e à doença mental ser, sobretudo, obtida através do contacto direto com o problema.

Em relação ao estigma, de um modo geral, os participantes não explicitaram estereótipos, preconceitos nem comportamentos estigmatizantes em relação à Doença Mental. Este aspeto não implica, necessariamente, que os estereótipos, preconceitos e comportamentos discriminatórios não existam entre os jovens do 8º ano, sendo, por isso, importante realizar novos estudos que procurem explorar este aspeto.

Em relação à influência do contacto prévio com o tema da Doença Mental, refira-se que, atendendo à inexistência de contacto prévio com o tema da saúde mental em contexto escolar referida pelos jovens, o contacto direto com a doença mental poderá ser a principal fonte de obtenção de informação. Estes dados reforçam a importância que a implementação de programas de promoção de saúde mental em contexto escolar tem, podendo dar aos jovens recursos adicionais para lidar diretamente com problemas de saúde mental. A ausência de forma para cruzar os dados recolhidos através do *Questionário Socio-Demográfico* com as intervenções de cada participante ao longo da discussão, foi uma limitação, na medida em que alguns dos objetivos da investigação tiveram de ser atingidos unicamente através do recurso à informação emergente do *focus-group*. Os resultados obtidos não permitem detetar nenhuma diferença nos conhecimentos explicitados acerca da saúde e da doença mental em função do género dos participantes.

Quanto à pertinência e à necessidade de implementação de programas de promoção de saúde mental em contexto escolar, as respostas dos participantes destacam a inexistência de contacto prévio com o tema da saúde mental e a capacitação para lidar com problemas de saúde mental no futuro.

Considerando que os interesses globais dos jovens em relação à literatura, música e cinema tendem para produtos estrangeiros (e por isso, menos acessíveis para colaborar com programas de promoção de saúde mental em contexto escolar), deve valorizar-se o facto de uma personalidade regional ter sido mencionada enquanto modelo de referência, na medida em que a colaboração deste tipo de personalidade pode reforçar o interesse na participação dos jovens em programas de promoção de saúde mental em contexto escolar.

Limitações

Ao longo do processo de construção de conhecimento científico inerente à presente investigação, diferentes limitações surgiram.

Em primeiro lugar, o facto de o recrutamento de participantes ter sido feito através de um estabelecimento de ensino privado assumiu-se como uma limitação, na medida em que a heterogeneidade e a representatividade de um estabelecimento de ensino público foram consideradas mais adequadas para esta investigação. No entanto, a necessidade de cumprir prazos determinou o recurso a um estabelecimento de ensino privado.

O papel dos dinamizadores no *focus-group* é também um aspeto que aponto como limitação à recolha dos dados. Pela minha experiência enquanto dinamizador principal, senti uma necessidade da minha colega em assumir um papel mais ativo. Pela minha experiência enquanto co-dinamizador, senti a necessidade de assumir um papel mais ativo quando a minha colega sentiu dificuldades. Assim, julgo que os dois dinamizadores deveriam ter funcionado mais em dupla e não enquanto principal e auxiliar.

Proposta para investigações futuras

Tal como foi dito no capítulo Conclusão, é fundamental implementar programas de promoção de saúde mental em contexto escolar. O conhecimento dos jovens em relação à saúde mental é escasso e provém essencialmente do contacto direto com a doença mental. Os dados obtidos indicam que os jovens do 8º ano têm pouco acesso a informação relativa a doença/saúde mental. Porém, atendendo às limitações apresentadas, torna-se necessário ter em consideração alguns aspetos a refletir.

Em futuras investigações semelhantes, sugere-se o recurso a um estabelecimento de ensino público, cuja população seja mais representativa e heterogénea. Os jovens expostos a contextos de desenvolvimento socioeconómicos desfavorecidos estão mais vulneráveis a um desequilíbrio entre fatores de risco e fatores protetores para o desenvolvimento de problemas de saúde mental. Eventuais diferenças quer ao nível da literacia em saúde mental, quer ao nível do estigma poderão também existir.

Futuras investigações semelhantes deverão também considerar a utilização de uma forma de cruzar os dados do *Questionário Sócio-Demográfico* com os dados da discussão do *focus-group* aquando da recolha dos dados. O recurso a um crachá

aquando da discussão é uma boa forma de identificar os participantes e cruzar os dados.

O facto de a presente investigação qualitativa se integrar num projeto maior, que contempla etapas qualitativas e etapas quantitativas (metodologia mista), fez-me refletir acerca das eventuais diferenças que a presente investigação teria se fosse independente, o que me levou a concluir que o carácter indutivo desta investigação poderá ter sido comprometido pelo projeto “maior” (ex: o *guião do focus-group* e a criação de um tronco comum de categorias obedecem a uma lógica dedutiva). Sugere-se que futuras investigações qualitativas com o objetivo de explorar os conhecimentos de jovens acerca de saúde mental numa lógica indutiva, sejam mais “autónomas”, isto é, que os dados sejam recolhidos independentemente dos objetivos e paradigmas pré-definidos. *“A pesquisa qualitativa, como um conjunto de atividades interpretativas, não privilegia nenhuma única prática metodológica em relação a outra. É difícil definir claramente a pesquisa qualitativa como um terreno de discussão ou de discurso. Ela não possui uma teoria ou um paradigma nitidamente próprio.”* (Denzin & Lincoln, 1994). Este aspeto poderia ser concretizado quer ao nível da recolha dos dados (um guião menos estruturado e menos preso aos conceitos teóricos que estão a ser explorados), quer ao nível da análise dos dados (criação de um tronco comum de categorização apenas no final).

Referências Bibliográficas

- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Bailey, S., Dolan, M. eds. (2004) *Adolescent forensic psychiatry*. London: Arnold
- Bardin, Laurence (1977). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.
- 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
- 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:
- 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. (2004). How Stigma interferes with mental health care. *Journal of the American Psychological Association* vol 59 nº7 pp. 617-625
- Corrigan, P. & Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *Forum – stigma and mental illness*, 16-20.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (Eds.) (1994). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- EC Health and Consumer Protection Directorate-General. (2005). Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union. Bruxelas
- Ferreira, B. (2000) Análise de conteúdo. *Revista Aletheia*. n.11, p. 13-20.
- Gaspar, T., Pais Ribeiro, J. L., Matos, M. G., Leal, I. (2008). Promoção da qualidade de vida em crianças e adolescentes. *Psicologia, saúde e doenças*, 9 (1), pp. 55-71.
- Jorm, A. (2000) Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*; 177: 396–401.

- Jorm, A. (2006). Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40 pp. 3-5
- Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B., Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia* 166:182–186.
- Jorm, A., Christensen, H., Griffiths, K. (2005) The public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about treatment changes in Australia over 8 years. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 40: pp.35–40.
- Kelly, C., Jorm, A. & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Getting There: Proto-Psychiatry*, 187, 7, 26-30.
- Kislitsyna, O. A. (2010) The social and economic risk factors of mental disorders of adolescents. *Russian Education and Society*, vol. 52, no. 10, pp. 69–84.
- Kitchener, B., & Jorm, A. (2006). Mental health first aid training: Review of evaluation studies. *Australian & New Zealand Journal Psychiatry*, 40, 6-8.
- Kitzinger J. (1994) 'The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants', *Sociology of Health* 16 (1): 103-21.
- Mathieson, A., Koller, T. (2008). Social cohesion for mental well-being among adolescents. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Mapila, D., Olds, S. & Feldman, R. (2001). *O mundo da criança*. Lisboa: McGraw Hill
- Ministério da Saúde (2006). Programa Nacional de Saúde Escolar. *Diário da República* nº 110 de 7 de Junho, despacho nº 12.045/2006
- Morgan, A. (2006). Mental well-being in school-aged children in Europe: associations with social cohesion and socioeconomic circumstances. In: Social Cohesion for mental well-being among adolescents. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008
- National Institute of Mental Health (2005). The science of Mental Illness. Colorado Springs: BSCS
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., McGorry, P. (2007) Mental Health of young people: a global public health challenge. *Lancet* vol 369: pp. 1302-1313
- Paykel, E., Brugha, T., Fryers, T. (2005). Size and burden of depressive disorders in Europe. *European neuropsychopharmacology*, 15 pp.411-423

- 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.
- Roose, G. A., John, A. M. (2003). A focus group investigation into young children's understanding of mental health and their views on appropriate services for their age group. *Child: Care, Health & Development*, 29, 6, 545-550
- 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
- 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>
- WHO (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa: Canadian Public Health Association.
- WHO. (2005) Mental Health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen,

Anexos

1

**Anexo 1: Consentimento Informado dos Encarregados de
Educação**



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 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 dos 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* Piloto

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

1. Dados formais do grupo

Local: [REDACTED]	Moderadores: Júlio e Inês
Data de realização 30/09/2011	
Hora de início: 15h40	Hora de fim: 16h30
Tempo total de realização do grupo: 70 minutos	
Ano lectivo: 7º ano	Número de participantes: 10
Outras observações: _____	

2. Aspectos formais da realização do grupo

Espaço físico no qual decorreu o grupo: Adequado
Cumprimento de regras: Existiram momentos em que o cumprimento da regra "falar um de cada vez" não se verificou, contudo, houve alguns desses momentos que chegaram a tornar-se mais ricos.
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 FISTAS PARA COMPREENSÃO DAS QUESTÕES	DÚVIDAS/ DIFICULDADES
Definição de doença mental Sinais/comportamentos/outras designações	<i>Explicito</i>		
Causas e Riscos na doença mental	<i>Pouco Explicito</i>	<i>Uteis</i>	<i>Questões ao nível da utilização da linguagem por parte da moderadora</i>
Impacto da doença mental/consequências da doença mental	<i>Não realizada</i>		
Tratamento e Prognóstico	<i>Boa</i>	<i>Bem adequadas</i>	
Intenções comportamentais	<i>Boa</i>		
Definição de saúde mental e questões relacionadas com a sua promoção	<i>Razoável</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).	Bom		
Levantamento de informações sobre formas de ocupação dos tempos livres	Bom		



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><i>Grupo activo e interessado, todavia, existem três elementos com maior dominância de participação, existindo, também, outros dois elementos com uma participação quase nula.</i> <i>Na questão em torno do "conhecimento de alguém próximo com doença mental" notou-se alguma desejabilidade social.</i></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>Foi possível perceber as ideias do grupo cumprindo-se, assim, a generalidade dos objectivos, ainda que não tenha sido abordado o "impacto da doença mental".</i></p> <p><i>Neste grupo são visíveis as crenças em torno dos temas.</i></p> <p><i>Não sei se a dominância de um dos elementos poderá ter condicionado a escuta e a participação de outros.</i></p>
<p>Impressão geral</p>	<p><i>Foi um grupo bastante participativo e, penso que, bastante rico, na medida em que transpareceu crenças interessantes e frutuosas, bem como um grande conhecimento dúbio ou certo, dependendo das participações, do tema.</i></p>
<p>Outros aspectos a salientar</p>	

Anexo 5: Guião do *Focus Group*



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

<p>1. Apresentação breve</p> <p>"Bom dia a todos, o meu nome é (...) e o do meu colega é (...).</p> <p>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.</p> <p>A vossa participação nestes grupos foi feita a partir de um sorteio, isto é, ao acaso.</p> <p>Queremos, desde já, agradecer o facto de estarem aqui connosco, durante a próxima 1h30min.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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."</p>
--

Abrir Espaço à Saúde Mental (PTDC/PSI-PCL/112526/2009)
Guião dos *Focus Groups*

<p>2. Quebra-gelo</p> <p>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 <i>microchips</i> 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!".</p>
--

<p>3. Questões de partida</p> <ul style="list-style-type: none"> O que vos chama a atenção nesta história? 	<p>Pistas</p> <ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 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	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Qualquer pessoa pode desenvolver uma <i>doença mental</i>? 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Todas as pessoas podem ter uma <i>doença mental</i> ou é algo que acontece só a algumas pessoas? Porquê?
	Causas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ O que acham que pode contribuir para termos uma <i>doença mental</i>? 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ De onde vem a <i>doença mental</i>? ❖ 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?

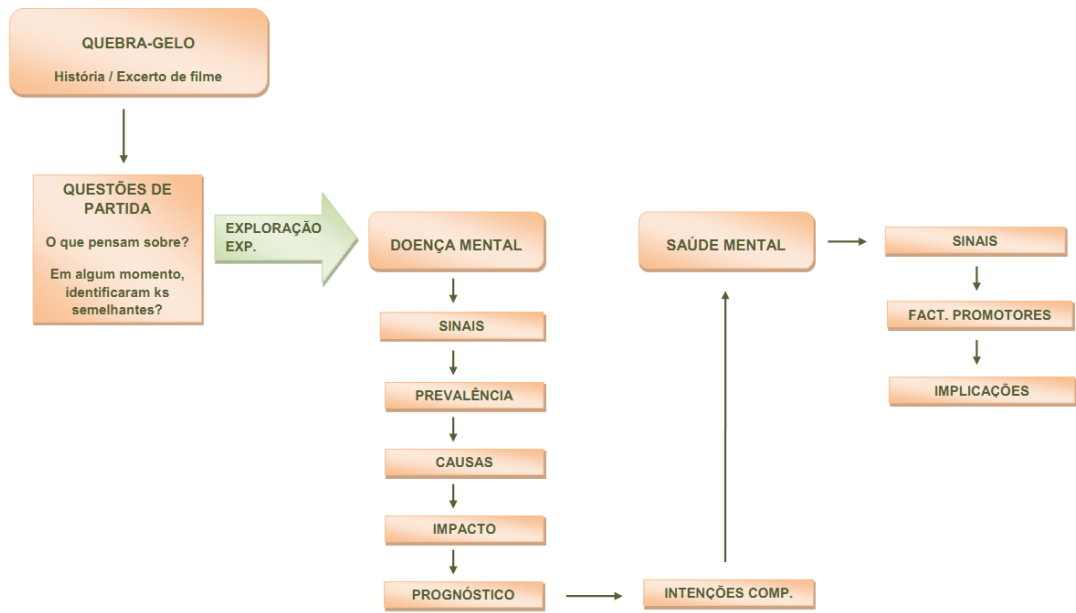
DOMÍNIO	CONCEITO	QUESTÕES	PISTAS
Doença Mental (cont.)	Consequências	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Quais as consequências de uma DM? ❖ O que implica ter uma DM? 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ter uma <i>doença mental</i> é algo que tem consequências na vida de uma pessoa? Que tipo de consequências? 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 <i>doença mental</i>?
	Prognóstico	<ul style="list-style-type: none"> ❖ A <i>doença mental</i> tem tratamento? ❖ Qual o prognóstico de uma pessoa com uma <i>doença mental</i>? ❖ A <i>doença mental</i> tem cura? 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Uma pessoa com uma <i>doença mental</i> pode (voltar a) ter uma vida igual à das outras pessoas? Como? ❖ Existe cura para a <i>doença mental</i>? ... 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 <i>doença mental</i>? 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Como acham que se sentiriam se algum familiar ou amigo vosso tivesse uma <i>doença mental</i>? 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	❖ 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	❖ 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?

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

https://www.fct.mctes.pt/cts/signcomments/d330401/images/FCT_logo_oficio_v2011.png 26-04-2012



Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar

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

Identificação da Entidade / Investigador

Nome da entidade
 Faculdade de Educação e Psicologia - Universidade Católica Portuguesa

Nome do investigador
 Maria Luísa Sílves Pereira Coelho Vieira de Campos

E-mail do investigador
 mlv_saudefmental@uicp.ucp.pt

Dados do Inquérito

Número de registo
 012809003

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 contribuíam, aproximadamente, em 12% para o burden global da doença, prevenindo-se que este valor atinja os 19% em 2020 [2]. De acordo com o World Health Report 2001, pelo menos 1 em cada 5 jovens sofre de problemas de desenvolvimento emocional ou comportamentais [3]. 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 assumem-se como uma prioridade ao nível da saúde pública [2].

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 Unidades Promotoras de Saúde, contemplando a mobilização de recursos e a criação de oportunidades que favoreçam não só a saúde física, como também a saúde mental dos alunos, considerando a literatura disponível em Portugal, o único projecto de intervenção em meio escolar, desenvolvido de forma estruturada, com o objetivo de avaliar questões relacionadas com a saúde mental e o estigma associado às perturbações mentais junto de jovens e o "UPN Faz a Diferença" [6, 7], projecto implementado pela INCCOCTEARE-SE, uma IPSS que visa contribuir para o desenvolvimento dos serviços de saúde em Portugal.

Faz-se o pedido à Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa (FEUPUCP), com financiamento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (PTDC/PS-PC/112006/2009), encorajando-se o desenvolvimento do projecto Abrir Espaço à Saúde Mental - Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14), desenvolvimento e avaliação de uma intervenção, tendo por objetivos 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 perceções 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 pré-idade mental e de follow-up;

Assim, visando o desenvolvimento de um instrumento de avaliação eficaz de "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 (do 8.º da mesma faixa etária) discentes que depois serão alvo de intervenção (12 a 14 anos), no Colégio Nossa Senhora do Rosário - 1.ª etapa do projecto.

Posteriormente, com o objetivo de avaliar a validade do instrumento de avaliação e a adequação das acções de sensibilização pré-idade 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 - 2.ª etapa do projecto.

A etapa seguinte terá respeito por 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 400 alunos do 2.º ano, de 8 escolas da Zona Norte de Portugal, nomeadamente: Escola Secundária Camões da Orla, Escola Secundária de Senhora de Fátima, Escola Secundária de São João de Amaro, Escola Secundária Clara de Assis, Escola Secundária da Tróia, Colégio Nossa Sr.ª do Rosário, INED Nevogilde, Colégio de Nossa Sr.ª de Lourdes e Instituto 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 (previdendo o debate e o esclarecimento de dúvidas por parte dos participantes). Com o objetivo de avaliar a eficácia da intervenção, os alunos preencherão o questionário mencionado anteriormente, no início de primeira sessão e no final da segunda - 2.ª etapa do projecto. Três meses após a participação nas acções de sensibilização, será realizado um follow-up - 4.ª etapa do projecto.

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

Faculdade de Educação e Psicologia - Universidade Católica Portuguesa

[.Sae.]

Área reservada

- Dados de entidade
- Consultar inquéritos
- Registar inquérito
- Instruções

• Início

• Resgatar inquéritos

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

Objetivos:

Objetivos Gerais do Projeto "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 perceções estigmatizantes face à perturbação mental.

Objetivos dos Focos Grupos (1ª etapa do projeto "Abrir espaço à saúde mental"): O objetivo do desenvolvimento do Foco Grupos 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.

Objetivos do Estudo-Piloto (2ª etapa do projeto "Abrir espaço à saúde mental"): avaliar a validade do instrumento de avaliação e a adequação das ações de sensibilização pro-saúde mental desenvolvidas (através da 1ª etapa do projeto).

Objetivos de Implementação da Intervenção (3ª etapa do projeto "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.

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

Periodicidade:

Periódica

Data do início do período de recolha de dados:

07-11-2011

Data do fim do período de recolha de dados:

30-11-2013

Universos:

1ª etapa) Focos grupos: 20 alunos do 2º 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 2º ciclo do ensino básico (7º, 8º e 9º anos)

Método de recolha de dados:

Conhecimentos informais e questionários socio-demográficos – todas as etapas; Guia Focos grupos – 1ª etapa; Questionário de avaliação "mental health literacy" e das perceções estigmatizantes face à perturbação mental – 2, 3ª e 4ª etapas.

Inquérito registado no Sistema Estatístico Nacional:

Sim

Inquérito aplicado pela entidade:

Sim

Instrumento de inquirição:

0138_20110704(728_Documento) xls (2P - 200,42 KB)

Nota metodológica:

Outros documentos:

0128_20110704(116_Documento) pdf (PDF - 208,95 KB)

Data de registo:

18-10-2011

Versão:

2 (2)

Dados adicionais:

Estado:

Aprovado

Avaliação:

Excecção: Senhor(a) D(á): Maria Luísa Brites Pereira Coelho Vieira de Campos

Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma

...relatório, submetido a análise, cumpre os requisitos de qualidade técnica e metodológica para tal devendo, no entanto, ter em atenção as observações efetuadas.
Com os melhores cumprimentos,
Isabel Oliveira
Diretora de Serviços de Inovação Educativa
DSIC

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 efetuar no âmbito deste projeto devem ser respeitadas todas as considerações de Comissão Nacional de Proteção de Dados - "instituída no Regulamento nº 11098/2011".

Outras observações:
Sem observações.

Anexo7: Grelha de Monitorização do *Focus Group*

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

1. Dados formais do grupo

Local: Colégio de Nossa Senhora de Lourdes	Moderadores: Júlio, Miriam
Data de realização 29 / 09 / 2011	
Hora de início: 15:30 Hora de fim: 16:40	Tempo total de realização do grupo: 70 min
Ano lectivo: 8º ano	Número de participantes: 10
Outras observações: _____	

2. Aspectos formais da realização do grupo

<p>Espaço físico no qual decorreu o grupo: adequado</p> <p>Cumprimento de regras: O cumprimento das regras (p.ex. levantar a mão para pedir para falar) foi exemplar e espontâneo apesar as regras elementares para uma boa comunicação no contexto escolar não terem sido esclarecidas.</p> <p>Outras observações gerais: _____</p> <p>_____</p>

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	Boa		
Causas e Riscos na doença mental	Boa		
Impacto da doença mental/consequências da doença mental	Boa		
Tratamento e Prognóstico	Boa		
Intenções comportamentais	Boa		Desejabilidade social
Definição de saúde mental e questões relacionadas com a sua promoção	Dificuldade em compreender	Boa	Dificuldade em ver a saúde como algo mais abrangente do que o oposto da doença
Levantamento de necessidades e balanço do grupo de discussão	Boa		

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).	Não houve tempo para abordar este tema	Não houve tempo para abordar este tema	Não houve tempo para abordar este tema
Levantamento de informações sobre formas de ocupação dos tempos livres	Não houve tempo para abordar este tema	Não houve tempo para abordar este tema	Não houve tempo para abordar este tema

ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL

Monitorização da realização dos Focus Groups-Piloto

4. Características gerais do grupo

CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO	OBSERVAÇÕES
Tipo de grupo e.g. <ul style="list-style-type: none"> • Activo/ passivo; • Interessado/desinteressado; • Dominância/passividade de algum(ns) elemento(s); • Questões de desejabilidade social; • Outras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo activo e interventivo • Grupo interessado • As participações foram, de uma forma geral, bem distribuídas • Sobretudo quanto ao tema “intenções comportamentais” foi evidente a tendência para responder de uma forma “adequada e convencional”
Aspectos contextuais (salientar, se necessário, algum aspecto específico de algum elemento)	1 dos participantes revelou ter acompanhamento psicológico e posteriormente emocionou-se ao partilhar um episódio da sua avó. Tal poderá ter “contagiado” os outros elementos e poderá tê-los facilitado a partilhar as suas próprias histórias.
Outros aspectos a salientar	

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>✓ Sim</p> <p>✓ Ligeiramente</p> <p>✓ Não foi identificada nenhuma barreira específica</p>
<p>Impressão geral</p>	<p>Aquilo que se pretendia que fosse um grupo de discussão acabou por tornar-se um espaço de partilha de experiências com maior carga emocional do que seria ideal.</p>
<p>Outros aspectos a salientar</p>	

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

6. Auto-avaliação do moderador (continuação)

Moderador 2: Miriam

“Como me senti, enquanto moderador?”

Descrição: O papel enquanto moderadora secundária foi sem dúvida uma mais valia, na medida em que tive a oportunidade de ter uma perspectiva da discussão mais distanciada e atenta a outro tipo de “pormenores” que não prestei atenção enquanto moderadora principal.

Aspectos positivos do desempenho: Considero ter tido um desempenho constructivo, apesar do meu colega ter conseguido moderar adequadamente a sessão.

Aspectos menos positivos do desempenho: Em determinados momentos julgo que poderia ter aproveitado certos conteúdos dos jovens para explorar em grupo.

Anexo 8: Árvore de categorias

Árvore de categorias

1. Conhecimentos e crenças relativos à Doença Mental

1.1. Características e sintomas

- 1.1.1. Auto-exclusão
- 1.1.2. Comportamento involuntário
- 1.1.3. Distúrbios na compreensão
- 1.1.4. Dizer palavras
- 1.1.5. Estar sempre chateado
- 1.1.6. Estranheza
- 1.1.7. Existência de um amigo imaginário
- 1.1.8. Falar com árvores e flores
- 1.1.9. Fases
- 1.1.10. Focar-se nos aspectos negativos
- 1.1.11. Ideação suicida
- 1.1.12. Ideias estranhas
- 1.1.13. Mania da Perseguição
- 1.1.14. Não ouvir o que os outros dizem
- 1.1.15. Não perceber que se tem um problema
- 1.1.16. Nervosismo
- 1.1.17. Normalidade
 - 1.1.17.1.1. Apanhar o autocarro
 - 1.1.17.1.2. Responsabilidade
 - 1.1.17.1.3. Ter casa
- 1.1.18. Obsessão
- 1.1.19. Oscilação
- 1.1.20. Passar-se
- 1.1.21. Pensamento dinâmico ou tecnológico
- 1.1.22. Pensamentos diferentes ou estranhos
- 1.1.23. Prisão à rotina
- 1.1.24. Repetir sons ou palavras
- 1.1.25. Ser diferente
- 1.1.26. Solidão
- 1.1.27. Tiques
- 1.1.28. Viver noutro mundo

1.2. Causas

- 1.2.1. Adquiridas
 - 1.2.1.1.1. Filmes e TV
 - 1.2.1.1.2. Operações
- 1.2.2. Congénitas
 - 1.1.1. Hereditárias

1.3. Consequências

- 1.3.1. Atrofia o cérebro**
- 1.3.2. Ficar mais maluco**
- 1.3.3. Suicídio**

1.4. Doenças mentais enunciadas

- 1.4.1. Depressões**
- 1.4.2. Esquizofrenia**
- 1.4.3. Mania da Perseguição**
- 1.4.4. Síndrome de Down**
- 1.4.5. Síndrome de La Tourette**
- 1.4.6. Tiques**

1.5. Doenças mentais renunciadas

- 1.5.1. Síndrome de Down**

1.6. Factores de risco

- 1.6.1. Achar que ninguém gosta de si**
- 1.6.2. Doença física**
- 1.6.3. Infelicidade**
- 1.6.4. Não-aceitação**
- 1.6.5. Não sair de casa**
- 1.6.6. Operações cirúrgicas**
- 1.6.7. Prisão à rotina**
- 1.6.8. Ser diferente**
- 1.6.9. Solidão**

1.7. Factores precipitantes

- 1.7.1. Perda de alguém**
- 1.7.2. Saída do filho de casa**

1.8. Impacto da Doença Mental do outro

- 1.8.1. Comportamental**
 - 1.8.1.1. Arranjar ocupação**
 - 1.8.1.2. Falar normalmente**
 - 1.8.1.3. Passar mais tempo com a pessoa**
 - 1.8.1.4. Tentar ajudar**

1.9. Prognóstico

- 1.9.1. Factores de bom prognóstico**
 - 1.9.1.1. Grau inicial**
 - 1.9.1.2. Pensar noutras coisas**
 - 1.9.1.3. Ter ajuda**
- 1.9.2. Factores de mau prognóstico**
 - 1.9.2.1. Dificuldade em aceitar a doença**

- 1.9.2.2. Falta de apoio
- 1.9.2.3. Guardar para si
- 1.9.2.4. Solidão
- 1.9.3. Tratamento
 - 1.9.3.1. Existência de tratamento
 - 1.9.3.2. Impacto do tratamento
 - 1.9.3.2.1. Mais difícil de tratar
 - 1.9.3.2.2. Tratamentos ineficazes
 - 1.9.3.2.2.1. Farmacológico
- 1.9.4. Proximidade
 - 1.9.4.1. Amigos com Perturbação Mental
 - 1.9.4.2. Outros com Perturbação Mental
- 1.9.5. Terminologia
 - 1.9.5.1. Deficiência
 - 1.9.5.2. Doença
 - 1.9.5.3. Esquizofrénico
 - 1.9.5.4. Perturbações
 - 1.9.5.5. Problemas da mente

2. Conhecimentos e crenças relativos à Saúde Mental

2.1. Características pessoais e sinais

- 2.1.1. Encarar problemas como um desafio
- 2.1.2. Normalidade
- 2.1.3. Relacionamento fácil
- 2.1.4. Ter uma rotina

2.2. Factores protectores e promotores

- 2.2.1. Aceitação
 - 2.2.1.1. Pelos outros
- 2.2.2. Apoio familiar
- 2.2.3. Boa relação corpo-mente
- 2.2.4. Desabafar
- 2.2.5. Evitar a exposição a substâncias tóxicas
- 2.2.6. Não ver muita TV
- 2.2.7. Ocupação
- 2.2.8. Socializar

3. Acções de sensibilização

3.1. Contacto prévio

- 3.1.1. Inexistente

3.2. Formato das sessões

- 3.2.1. Actividades

