



Campus Universitário de Almada
Instituto de Estudos Interculturais e Transdisciplinares de Almada

Bruno Alexandre Pereira Viegas

**Os Jovens Universitários: O Impacto da Autoestima e da Literacia em
Saúde Mental no Consumo de Álcool e na Vivência dos Sintomas
Psicopatológicos**

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde
Orientador: Professor Doutor David Dias Neto

Almada, 2016

DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE

A presente dissertação foi realizada por Bruno Alexandre Pereira Viegas, estudante do Ciclo de Estudos de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, no ano letivo de 2015/2016.

O seu autor declara que:

- (i) Todo o conteúdo das páginas que se seguem é de autoria própria, decorrendo do estudo, investigação e trabalho do seu autor.
- (ii) Este trabalho, as partes dele, não foi previamente submetido como elemento de avaliação nesta ou outra instituição de ensino/formação.
- (iii) Foi tomado conhecimento das definições relativas ao regime de avaliação sob o qual este trabalho será avaliado, pelo que se atesta que o mesmo cumpre as orientações que lhe foram impostas.
- (iv) Foi tomado conhecimento de que a versão digital deste trabalho poderá ser utilizada em atividades de deteção eletrónica de plágio, por processos de análise comparativa com outros trabalhos, no presente e/ou no futuro.
- (v) Foi tomado conhecimento que este trabalho poderá ficar disponível para consulta no Instituto Piaget e que os seus exemplares serão enviados para as entidades competentes e prevista na legislação.

(Data)

Assinatura

Este documento foi elaborado segundo o Novo Acordo Ortográfico de 1990 e o Guia para o Estilo de Escrita da APA (versão para a 6ª edição), salvo exceções relacionadas com as diretrizes propostas pelo ISEIT.

Agradecimentos

A presente dissertação de mestrado cumpre uma etapa importante, dando azo a sentimentos de realização, não só acadêmica, como pessoal. Deste modo, quero agradecer a todos aqueles que me apoiaram ao longo de todo o processo.

Aos meus amigos, sem os quais a conclusão da dissertação não seria possível.

À minha mãe e aos meus avós que sempre mostraram uma disponibilidade imensurável, e sem os quais a concretização deste projeto não seria uma realidade.

Ao meu orientador de tese de mestrado, Professor Doutor David Dias Neto, pelos conhecimentos que transmitiu ao longo do tempo, bem como pelos constantes incentivos que foi prestando.

Aos colegas, pela ajuda e pelos momentos de partilha de conhecimentos frequentes ao longo de todo o percurso, e que tão úteis me foram ao longo de toda esta fase.

A todos os que, direta ou indiretamente, me deram força e transmitiram sentimentos positivos, e sem os quais não teria ânimo ou coragem para concretizar mais este projeto acadêmico.

Agradecimentos infinitos!

“Live as if you were to die tomorrow. Learn as if you were to live forever.”

Mahatma Gandhi

Resumo

Uma autoestima negativa está positivamente correlacionada com consumos significativos de álcool, bem como com vivência de sintomas psicopatológicos. A literacia em saúde mental também tem impacto nas últimas duas variáveis referidas, sendo que quanto menor for a literacia, maiores serão os consumos, e número e gravidade dos sintomas. O objetivo central do estudo incide no impacto que a literacia em saúde mental e a autoestima podem ter no consumo de álcool e vivências da sintomática psicopatológica. Neste sentido, foram aplicados os seguintes questionários: *Breve Inventário de Sintomas* (Derogatis, 1993), adaptado por Canavarro (1999); *Alcohol Use Disorder Identification* (Cunha, 2002); *Rosenberg Self Esteem Scale* (Rosenberg, 1965), adaptada por Santos e Maia (1999); *Mental Health Literacy Scale* (Casey, Leanne & Clough, 2014) adaptada por Rocha (2016). A aplicação foi realizada com 135 estudantes universitários entre os 18 e os 29 anos, seguindo-se a análise dos dados através de uma regressão linear simples e Teste-T para amostras independentes. Os resultados indicam que uma baixa literacia em saúde mental e uma autoestima negativa, não tem um poder preditivo forte nos consumos de álcool e vivências psicopatológicas. Verificam-se apenas diferenças entre as médias obtidas na variável "vivência de sintomas psicopatológicos" nos grupos com autoestimas positiva e negativa. Os participantes mostram, na generalidade, uma autoestima positiva, literacia em saúde mental elevada, baixos consumos de álcool e uma média reduzida na vivência de sintomas, justificando os resultados apurados. Propõem-se mais estudos, a fim de clarificar qual a relação existente entre todas as variáveis consideradas.

Palavras chave: Autoestima; Literacia em saúde mental; Consumo de álcool; Sintomas psicopatológicos

Abstract

Negative self-esteem correlates positively with significant alcohol consume, as well as psychopathological symptoms. Mental health literacy also impacts on the last two mentioned variables: the lower the level of literacy is, the bigger the alcohol consume and amount / gravity of the symptoms are. The study aims to assess the correlation between mental health literacy and self-esteem on alcohol consume and psychopathological symptoms. The following enquires were used: *Breve Inventário de Sintomas* (Derogatis, 1993), adapted by Canavarro (1999); *Alcohol Use Disorder Identification* (Cunha, 2002); *Rosenberg Self Esteem Scale* (Rosenberg, 1965), adapted by Santos e Maia (1999); *Mental Health Literacy Scale* (Casey, Leanne & Clough, 2014) adapted by Rocha (2016). 135 college students aged between 18 and 29 were enquired, and the data collected was analysed through a simple linear regression and a T-Test to independent samples. The results show that low literacy in mental health and negative self-esteem, do not have a strong predictive power in alcohol consume and psychopathological experiences. Slight differences were observed in the variable means of psychopathological symptoms experiences in both groups with negative and positive self-esteem. In general, the participants revealed positive self-esteem, high mental health literacy, low alcohol consume and a low means of psychopathological symptoms, justifying the obtained results. Further research is necessary to clarify the relation between all the variables in study.

Keywords: Self-esteem; Mental health literacy; Alcohol consume; Psychopathological symptoms

Índice

1. Introdução.....	8
2. Revisão de literatura.....	10
Autoestima e o consumo de álcool	10
Autoestima e os sintomas psicopatológicos.....	14
Literacia em saúde mental e o consumo de álcool.....	18
Literacia em saúde mental e os sintomas psicopatológicos	21
3. Desenho do estudo	25
4. Método	26
Participantes.....	26
Instrumentos.....	27
Procedimento	30
Análise Estatística.....	31
5. Resultados	32
Informação clínica	32
Relações entre as variáveis	33
6. Discussão.....	36
7. Conclusões e sugestões	43
8. Referências	43
9. Anexos.....	50
Anexo A. Declaração de consentimento informado	50
Anexo B. Questionário Sócio-Demográfico e de Informações Clínicas	51
Anexo C. <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> (Rosenberg, 1965).....	54
Anexo D. <i>Alcohol Use Disorder Identification</i> (Cunha, 2002)	56
Anexo E. <i>Mental Health Literacy Scale</i> (Casey, Leanne & Clough, 2014)	58

1. Introdução

As perturbações mentais continuam a ser comumente diagnosticadas em Portugal. Os contextos universitários não são exceção - em contexto académico, 46% dos estudantes sofrem ou conhecem alguém com uma perturbação mental. As mais conhecidas no seio dos estudantes são: ataques de pânico, perturbações do comportamento alimentar, demência e esquizofrenia. Contudo, o grupo de perturbações é diferente quando se questiona os participantes acerca da perigosidade que os indivíduos com problemas mentais podem representar para os outros; neste âmbito, o consumo de drogas, álcool e esquizofrenia foram as perturbações mais associados ao perigo que podem representar para os outros sujeitos e estão, tipicamente, associadas a uma maior culpabilização dos sujeitos. Estas perturbações são vistas mais como uma escolha do que uma condição física (Palha, Guimarães, Castro-Henriques, Costa, & Campos, 2008). Os mesmos autores apontam para o facto de existir, tendencialmente, a crença, por parte dos estudantes, que os colegas com perturbação mental não podem recuperar totalmente e que os tratamentos e terapias não são eficazes.

De acordo com os dados mencionados, existe uma fraca literacia em saúde mental nos adolescentes e jovens adultos, condicionando a procura de ajuda aos próprios sujeitos e aos outros. A baixa literacia em saúde mental está relacionada com crenças e conhecimentos que provocam comportamentos desajustados para fazer face às perturbações e no tipo de relações que se estabelece com os indivíduos com perturbação. Assim sendo, impõe-se estudar a relação que uma baixa literacia em saúde mental pode acarretar na vivência dos sintomas psicopatológicos no meio universitário, não só considerando o sofrimento do *self*, como dos outros que os rodeiam. A relação entre estas variáveis é importante para prestar, então, ajuda e reduzir os sintomas, podendo também ser importantes numa lógica de prevenção. Uma baixa literacia em saúde mental e a grande incidência de perturbações mentais no meio universitário são indicadores de que o estudo destas variáveis é importante não só para atenuar os sintomas, como também para preveni-los. Sugeriram que nos contextos universitários, a autoestima é mais negativa quando comparada com indivíduos dentro da mesma faixa etária e que não frequentam o ensino superior. Desta forma, reforçam a importância de se estudar estas variáveis no contexto académico.

Por outro lado, a prevalência do consumo de álcool também é significativa neste meio estudantil – um dos grupos mais vulneráveis ao consumo de álcool centra-se na faixa dos jovens adultos (idades compreendidas entre os 18 e os 29 anos), especialmente nos que

frequentam o ensino superior (Paswan, Gai, & Jeon, 2015). Nesta população 25% dos indivíduos reportou episódios de *binge drinking*. A importância do estudo dos consumos torna-se clara pela sua alta prevalência. A OMS (2004) refere que, neste âmbito, níveis diminuídos de literacia em saúde mental se associam ao consumo de álcool e têm um impacto no adiamento da procura de ajuda ou mesmo na sua ausência. Nesta lógica, é importante estudar aprofundadamente esta relação, uma vez que uma baixa literacia em saúde mental se encontra, como se viu, associada a consumos de álcool e à ausência de procura de ajuda. Mais uma vez, tendo em conta a prevalência significativa que ambas as variáveis têm no contexto universitário, o estudo da relação entre as mesmas assume-se como essencial. O conhecimento mais aprofundado destas variáveis é essencial para que se possam reduzir ou mesmo cessar os consumos, bem como preveni-los. O estabelecimento desta relação é importante para que se possam criar programas de intervenção adequados nesta população (Reavley & Jorm, 2010)

No entanto, as crenças e o conhecimento, componentes vitais da literacia, não explicam a totalidade das vivências psicopatológicas e do consumo de álcool – a carga emocional que lhes está associada também é relevante. No que concerne ao consumo de álcool, a autoestima tem um impacto na concretização ou inexistência de comportamentos de risco, porém a variável tem sido pouco abordada no contexto das adições, nos quais está contemplada a ingestão de álcool (McNair, Carter, & Williams, 2008). Justifica-se assim a necessidade de estudar o efeito da autoestima no consumo de álcool, não só porque pode determinar a sua ocorrência ou não, bem como tem sido uma variável arredada de grande parte dos estudos nesta área. Acresce o facto de a autoestima ser significativamente mais negativa nos jovens universitários, quando comparados com outros na mesma faixa etária e que não prosseguiram os estudos (Shaw-Zirt, Popali-Lehane, & Bergman, 2005), conferindo importância ao estudo desta variável em contextos académicos. Um estudo de Greenberg, Lewis e Dodd (1999) sugeriu que, surpreendentemente, a relação entre a autoestima e o consumos de álcool não foi encontrada em muitos estudos na literatura, no que diz respeito ao poder preditivo da primeira variável. Torna-se essencial o aprofundamento da relação que a autoestima pode exercer nos consumos. Segundo os últimos autores citados, a análise deve ser realizada numa lógica de predição, obtendo valores mais precisos sobre o impacto que a autoestima tem na ingestão de álcool, permitindo estabelecer-se uma relação de causalidade direta.

A autoestima detém, igualmente, associações com a vivência de sintomas psicopatológicos. Neste prisma, pode-se assumir a autoestima como causa da psicopatologia, e noutro, como uma consequência. Ou seja, ambas as variáveis podem surgir como

anteriores ou consequentes. A relação entre as variáveis tem sido identificada nas faculdades: é frequente encontrarem-se situações de abandono e desadaptação no ensino universitário, principalmente no primeiro ano; quando existem cenários de não-adaptação e isolamento, há uma tendência para o abaixamento da autoestima que se revela em panoramas de saúde mental mais débeis (Freitas & Pinheiro, 2015). Outro estudo aponta resultados semelhantes, salientando as percepções dos estudantes: os indivíduos com níveis mais baixos de autoestima percebem negativamente o seu estado de saúde mental (Suzanne et al., 2016). Desta feita, denota-se que a vivência de sintomas psicopatológicos é afetada pela autoestima dos estudantes universitários, sendo importante verificar a associação de ambas as variáveis, com o propósito de entender de que forma os estudantes avaliam a sua saúde mental, monitorizar a forma como percebem as perturbações mentais e consequentemente o modo como agem para erradicar ou minimizar os sintomas. Os estudantes universitários apresentam uma incidência de perturbações mentais que se associam à autoestima, sendo que o número de estudos nesta área ainda não é suficiente, exigindo mais investigações nesta área.

Os modelos preditivos, ainda escassos ou pouco consensuais, segundo a literatura encontrada, são importantes para distinguir as variáveis que a autoestima e literacia em saúde mental explicam no que diz respeito ao consumo de álcool e vivência de sintomas psicopatológicos. Desta forma, os objetivos do estudo vão focar-se na avaliação do impacto que as variáveis “autoestima” e “literacia em saúde mental” têm no consumo de álcool e vivência de sintomas típicos da psicopatologia.

2. Revisão de literatura

Autoestima e o consumo de álcool

A autoestima refere-se a uma avaliação que é feita e mantida pelos indivíduos em relação a si próprios. Implica um sentimento de valor que engloba uma componente predominantemente afetiva e é expressa numa atitude de aprovação ou desaprovação em relação ao *self* (Rosenberg, 1965). A autoestima, segundo Coopersmith (1967), é uma avaliação que o indivíduo cria e mantém, e expressa uma atitude de valorização que indica em que medida acredita ser capaz, significativo, com competências para ser bem-sucedido e possuir valor. Trata-se de um julgamento que o indivíduo faz acerca de si próprio e isso revela-se na manifestação de comportamentos e atitudes para consigo mesmo e com os outros que o rodeiam.

A construção da autoestima assenta na maneira como cada um se vê, formada a partir do *feedback* pessoal recebido e no *feedback* dos outros, ao longo das interações que vão ocorrendo nos múltiplos papéis sociais que o ser humano desempenha (González-Pienda, Pérez, Glez-Pumariiega, & García, 1997). A autoestima reflete-se na autoimagem e os afetos são-lhe subjacentes, sendo que uma autoestima negativa é carregada de afetos negativos, e a positiva, de afetos com a mesma natureza (Leary, Tambor, Terdal, & Downs, 1995). Estes autores também a consideram muito importante para a contextualização dos comportamentos humanos ao longo do tempo. A autoestima assume-se como uma variável que explica grande parte das manifestações comportamentais. Formiga, Souza, Picanço e Santos (2014) propõem, nesta ótica, que a autoestima deve ser estudada na sua relação com os comportamentos aditivos, nomeadamente o álcool

Foi confirmada a existência de uma autoestima negativa numa grande parte dos consumidores de álcool (DeHart, Tennen, Armeli, Todd, & Mohr, 2009). Normalmente, o consumo aumenta para fazer face a sentimentos de não-aceitação por parte dos pares, vivida pelos indivíduos com uma autoestima mais negativa (DeHart et al., 2009). A autoestima, como referido antes constrói-se na relação com o outro. A autorregulação depende do nível de autoestima. Foi verificado que uma autoestima negativa se encontra associada a níveis de autorregulação deficientes (DeHart & Pelham, 2007). Patock-Peckham, Cheong, Balhorn e Nagoshi (2001) demonstraram que menores níveis de autorregulação estão relacionados com o uso problemático de álcool. Deste modo pode-se afirmar que uma autoestima mais negativa está associada a uma autorregulação mais deficiente, o que por sua vez estará associado a uma ingestão elevada de álcool. Neste contexto, um estudo de Neal e Carey (2004) que abordou as intervenções motivacionais na redução dos consumos em 92 participantes, mostrou que quando existe uma boa autorregulação, a mudança ocorre, mesmo quando a recompensa ou recompensas ainda se perspetivam a longo prazo. É esperado que um aumento da capacidade de autorregulação possa promover a mudança, particularmente uma mudança de comportamentos e uma procura efetiva de ajuda para reduzir ou mesmo cessar os consumos.

Mann, Hosman, Schaalma e Vries (2004) sugeriram que existe uma relação entre uma autoestima negativa e os chamados comportamentos de risco. Existe uma disparidade entre os consumos de álcool entre os sujeitos com uma autoestima negativa e positiva (DeHart et al., 2009). Para além disso, estudantes com autoestima mais negativa têm uma maior probabilidade de se envolverem em grupos com hábitos de consumo nos dias em que as relações interpessoais são insatisfatórias. Ou seja, nos dias marcados pelo estabelecimento de relações interpessoais menos satisfatórias, e perante sujeitos que também consomem, os

estudantes acabam por beber mais nestas ocasiões. As relações interpessoais surgem, deste modo, relacionadas com a autoestima. Quando os indivíduos apresentam uma autoestima mais negativa, tendem a estar mais sujeitos à pressão do grupo de pares (Zimmerman, Copeland, Shope, & Dielman, 1997). Os jovens universitários sentem uma pressão para a conformidade e criam sentimentos de pertença relativamente aos grupos, materializando-se a pressão de pares desta forma (Borsari & Carey, 2001). Quando a autoestima é mais negativa, os sujeitos tendem a ceder mais à pressão para a conformidade, e se estiverem num grupo com um padrão de hábitos de consumo de álcool, estão numa posição vulnerável. Quando existe uma autoestima menos positiva é provável que hajam maiores necessidades de aprovação e, por conseguinte, uma maior vulnerabilidade à pressão dos pares para consumir álcool. Gullette e Lyons (2006) estabeleceram uma associação direta entre a autoestima e o estabelecimento de amizades, socialização e consumo de álcool. Em diferentes interações com os outros podem-se criar diferentes perceções de rejeição que variam de acordo com a valência da autoestima. Tendencialmente, os indivíduos com uma autoestima negativa usam o álcool como estratégia para fazer face às experiências interpessoais negativas e à rejeição percebida (DeHart et al., 2009). Deste modo, a influência dos grupos acaba por ser importante. Ham e Hope (2003) referem que o consumo nas universidades é explicado em grande medida pelos contextos em que se inserem, pensamentos e vivências stressantes. Observaram e conferiram também uma grande importância dos fatores ambientais, observando que os consumos eram maiores quando os estudantes que faziam parte de associações académicas. A pertença a estes grupos e a pressão que por eles exercida é um fator importante quando se estuda os comportamentos aditivos.

Existem uma relação vincada entre os consumos de álcool, tal como a autoestima, e mesmo na associação destas variáveis. Uma investigação mostra que indivíduos com uma autoestima contingencial, ou seja, cujo valor que atribuem a si mesmos depende de contingências externas, ou seja, *feedback* recebido dos outros significativos, experienciam mais consequências negativas relacionadas com o consumo de álcool, quando comparados com os indivíduos com uma autoestima não-contingencial (Zeigler-Hill, Stubbs, & Madson, 2013). Por outro lado, também observaram que uma autoestima negativa está relacionada positivamente com o consumo de álcool, explanando que a ingestão é redutora de ansiedade e incrementadora do valor atribuído ao *self*. Deste modo, uma autoestima negativa, identicamente a uma positiva contingencial, está associada a consumos de álcool maiores.

Porém, nem sempre têm sido verificadas relações significativas entre as variáveis. Num estudo de Walitzer e Sher (1996) observou-se que não é claro o poder preditivo que uma

autoestima negativa poderá ter para o consumo de álcool nos jovens. A discordância existe no que toca aos resultados verificados em casos em que existe uma autoestima negativa ou positiva. Os jovens que possuem uma autoestima negativa têm uma necessidade de aceitação que pode propiciar um consumo mais eminente, no entanto uma autoestima demasiado positiva também se pode relacionar com um consumo problemático de álcool. Indivíduos com uma percepção muito positiva de si próprios têm uma maior propensão ao não entendimento dos riscos que a ingestão de álcool acarreta (Agante, 2009). Resultados foram semelhantes num estudo de McNair et al. (2008) no qual foi observado que uma autoestima positiva está associada a menores níveis de percepção de risco, indicando que poderá criar um falso sentimento de segurança. No entanto, a gravidade dos consumos é menor: indivíduos com uma autoestima positiva também recorrem ao álcool com o intuito de celebrar eventos positivos, não estando associados a um consumo problemático como ocorre no caso dos indivíduos cuja autoestima é mais negativa (Cooper, Russell & George, 1988).

Nesta lógica, os consumos podem ocorrer de forma expressiva, caso estejamos perante uma autoestima positiva ou negativa, no entanto pode-se afirmar que os estudantes universitários apresentam frequências altas no consumo de álcool e dependência, e quanto mais grave for o padrão, menor a pontuação dada na autoestima. Existe uma formação e manutenção de competências sociais pobres, despoletando efeitos no desenvolvimento da autoestima dos mais jovens, reforçando a ideia anterior de que poderá suscitar-se uma maior vulnerabilidade à pressão dos outros. Contudo, a associação existe nos dois sentidos: o consumo de álcool também afeta a autoestima, em muito responsável pelo ajustamento emocional e comportamental, tendo efeitos nas relações interpessoais e os seus códigos sociais. Uma autoestima negativa leva alguns indivíduos a procurar um alívio temporário pelo meio de substâncias, tal como as adições podem conduzi-los a sentimentos de perda de controlo e falhanço que provocam uma autoestima mais negativa (Greenberg et al., 1999).

Observou-se, desta feita, que existe uma relação causal entre a autoestima e o consumo de álcool e o último na autoestima, tratando-se de uma relação bilateral. Importa ainda referir que Isabel e Gomes (2008) observaram que uma autoestima negativa propicia recaídas no consumo de álcool, mostrando que as variáveis são importantes não só na criação do problema, como na sua manutenção.

Assim sendo, existe uma multidireccionalidade na relação entre as variáveis. Porém, um estudo de Swain, Gibb, Horwood e Fergusson (2012) que se debruçou sobre a relação do abuso ou dependência de álcool em jovens com 18, 21, 25 e 30 anos com múltiplas variáveis, sugeriu que o número de sintomas psicopatológicos é superior quando existe abuso ou

dependência de álcool. No entanto, os autores alertam para o facto de que a relação pode dever-se a inúmeras variantes não avaliadas como o fator temporal, situações de desemprego ou outros fenómenos tipicamente associados. Desta forma, propõem que existem muitos fatores que concorrem na explicação do consumo de álcool, não sendo ainda claro qual a verdadeira variância que a variável “autoestima” possui. Tendo em conta o número elevado de variáveis que podem mediar, moderar ou mesmo explicar as variáveis, por vezes torna-se difícil estabelecer qual o verdadeiro valor preditivo da autoestima.

Os estudos não têm sido contundentes, dado que existe um sem numero de fatores a considerar. A literatura mostra ainda que nem sempre foram encontradas relações entre a autoestima e os consumos; num estudo de Stein, Newcomb e Bentler (1983) que abordou as diferenças entre os géneros no que diz respeito ao impacto da autoestima na ingestão de álcool, foi constatado que a autoestima não é uma variável preditora com impacto significativo quanto à ingestão de álcool. O mesmo aconteceu num estudo de Greenberg et al.(1999) sobre o impacto da autoestima em várias adições – como por exemplo, chocolate, tabaco e exercício físico – na qual se incluía o álcool. Os investigadores observaram que a autoestima não prediz significativamente o consumo de álcool. Josephs et al. (1992), por outro lado, apurou resultados diferentes numa investigação ao observar que os indivíduos com uma autoestima negativa tinham uma tendência menor para por em prática comportamentos aditivos, inclusivamente no consumo de álcool. Indagou que os indivíduos com baixa autoestima mostram pudor em demonstrar as suas fraquezas e adotam atitudes recatadas. Neste sentido, esforçam-se por não revelar a sua autoestima negativa e tendem a evitar o consumo de substâncias psicoativas, nas quais se insere o álcool.

Os estudos mencionados mostraram uma grande diversidade de resultados. Na generalidade, uma autoestima negativa tem sido associada a consumos maiores de álcool, no entanto, quando é marcadamente positiva também pode estar relacionada com os consumos. Existe também uma bidireccionalidade das variáveis, uma vez que ambas se influenciam mutuamente. Houve ainda estudos que não mostraram relações com significância, fazendo referência a muitos outros fatores importantes que devem ser estudados *per si* ou em complementaridade com as variáveis do presente estudo.

Autoestima e os sintomas psicopatológicos

A construção e procura da autoestima existe no dia-a-dia e é evidenciada nas relações interpessoais. A autoestima depende em muito do *feedback* dos outros e nesse sentido, a avaliação que fazemos de nós próprios reflete o grau de aceitação dos outros. Nesse sentido,

não é surpreendente que a autoestima surja frequentemente associada à expressão da psicopatologia (Crocker & Park, 2004).

Quando se pensa no impacto que a autoestima poderá ter no surgimento ou agravamento dos sintomas psicopatológicos, verifica-se existência de um grande número de ligações. O modo como se constrói a autoestima ao longo do tempo, os resultados que daí advêm, e a sua proteção e promoção são fundamentais para o melhoramento da saúde mental (Mann et al., 2004). Esta sugestão é reforçada num estudo sobre a conceptualização da escala de Rosenberg ao referir a autoestima como uma variável preditora de uma boa saúde mental (Hyland, Boduszek, Dhingra, Shevlin, & Egan, 2014).

Uma autoestima com uma natureza negativa pode desencadear inúmeras consequências, nas quais se insere uma maior vulnerabilidade psiquiátrica. Ou seja, uma autoestima mais negativa associa-se a uma maior probabilidade de sofrer com uma perturbação do foro mental. A autoestima com uma natureza mais negativa associa-se a comportamentos desajustados e a uma menor confiança no *self* que tem impactos nas decisões que se tomam quotidianamente, reduzindo o alcance de todo o seu potencial. Estes fenómenos têm um impacto na deterioração do bem-estar mental (Mann et al., 2004).

Quando se verifica uma autoestima negativa, a probabilidade dos indivíduos se depressimem torna-se mais alta, bem como outros problemas psiquiátricos (Garber, Robinson, & Valentiner, 1997). Têm sido evidenciadas relações entre a autoestima e as mais variadas vivências psicopatológicas. Uma investigação que pretendeu perceber de que forma como um conjunto de variáveis, na qual se insere a autoestima, se relaciona com o suicídio no contexto universitário, sugere que uma autoestima com uma valência negativa está relacionada com problemas psiquiátricos, tendo sido destacada a depressão (Abramson, Metalsky, & Alloy, 1989; Garber et al., 1997; Kliewer & Sandler, 1992). Wilburn e Smith (2005) também investigaram a relação entre estas variáveis, focando-se essencialmente na ideação suicida. Observaram que uma autoestima mais negativa surge como variável preditora não só da ideação, como com das vivências depressivas. Todavia, a depressão também poderá ter um impacto na autoestima ao alterar a forma como os indivíduos processam informações relevantes estando relacionada, por exemplo, com os níveis atencionais (Orth et al., 2008). Estas sugestões indicam que a vivência de sintomas psicopatológicos desencadeia uma redução da autoestima, bem como a possibilidade de uma autoestima negativa causar o surgimento ou agravamento da psicopatologia, podendo-se afirmar que existe uma relação de bilateral entre as variáveis.

Estudos verificaram ainda a existência de uma relação entre baixas competências sociais a uma autoestima mais negativa e o surgimento da perturbação de défice de atenção e hiperatividade na infância ou adolescência (Shaw-Zirt et al., 2005), estabelecendo-se mais uma vez uma relação direta entre a autoestima e a deterioração dos processos da atenção. Os autores sugerem ainda que é provável que os défices na interação social e da atenção permaneçam na idade adulta. Seguindo esta lógica, os estudantes universitários com sintomas deste tipo de perturbação na infância e adolescência, tenderão a mante-los durante a sua vida. Os resultados desta pesquisa mostraram também que a autoestima se correlaciona negativamente com os sintomas desta perturbação e podem mesmo piorar o quadro clínico. Sugeriram que nos contextos universitários, a autoestima é mais negativa quando comparada com indivíduos dentro da mesma faixa etária e que não frequentam o ensino superior. Desta forma, reforçam a importância de se estudar estas variáveis no contexto académico, pelo facto de existir uma autoestima mais negativa e pela prevalência dos sintomas.

A autoestima assume-se, então, como negativa no contexto académico e relaciona-se com variadas perturbações, nas quais se incluem a depressão, perturbações alimentares e outros indicadores de saúde mental (Mecca, Smelser, & Vasconcelos, 1989). Neste aspeto, a autoestima é mais que um sintoma, existindo uma causalidade direta, segundo as contribuições de um estudo de Kernis e Waschull (1995). Num estudo com jovens adultos, compararam-se dois grupos: um com psicopatologia, neste caso, BDD - *Body Dismorphic Disorder*, ou seja, perturbação corporal dismorfofóbica - e outro saudável. Os resultados mostraram que o grupo com perturbação mental apresentou níveis de autoestima mais reduzidos, quando comparado com o grupo de controlo (Buhlmann, Teachman, Naumann, Fehlinger, & Rief, 2009). Os mesmos autores também observaram que os casos clínicos menos graves apresentavam uma autoestima mais positiva, comparativamente aos mais graves.

Deci e Ryan (1995), por outro lado, focaram-se mais nas especificidades da autoestima. Exploraram diferentes tipos de autoestima e puderam observar que os indivíduos com uma autoestima global mais positiva estão menos vulneráveis à sintomatologia psicopatológica. No entanto, referem também que uma autoestima global positiva nem sempre se traduz numa saúde mental positiva, uma vez que poderá estar relacionada com sentimentos de ansiedade perante as derrotas que vão ocorrendo ao longo da vida. Torna-se claro que a ansiedade poderá ser vivida como consequência de uma autoestima globalmente positiva, tal como ocorre nas perturbações narcísicas e na fase maníaca da perturbação bipolar. No entanto, Leary (1983) afirma que a ansiedade social está relacionada negativamente com uma

autoestima positiva. Ou seja, este tipo particular de ansiedade encontra-se relacionada com uma autoestima com uma valência negativa.

Os autores referidos acima estudaram a autoestima em ambas as vertentes – positiva e negativa. Grossbard, Lee, Neighbors e Larimer(2009)reforçam o facto de uma autoestima globalmente positiva se associar a uma vulnerabilidade mais baixa às mais variadas perturbações psicopatológicas. Uma autoestima positiva pode constituir-se desta forma como um fator de proteção no que diz respeito ao surgimento de perturbações psicopatológicas. Existem, então, sugestões na literatura que apontam para o papel de autoestimas positiva e negativa como preditoras de vivências psicopatológicas. Uma autoestima negativa pode estar positivamente associada à vivência de sintomas psicopatológicos, tal como nos casos em que surge como positiva. Kernis (2003) sugere que uma autoestima positiva também pode agravar a vivência de sintomas psicopatológicos, devido ao facto de se dividir em dois grupos: autoestima positiva segura e autoestima positiva frágil. Quando estamos perante uma autoestima positiva segura, não existe uma necessidade constante de validação por parte dos outros ou sentimentos de superioridade relativamente àqueles que nos rodeiam, contrariamente à frágil. Deste modo, uma autoestima positiva frágil está correlacionada com a vivência de sintomas psicopatológicos. A caracterização da autoestima é essencial no que se refere à sua ligação à saúde mental. Greenwald e Banaji (1995) distinguem dois tipos de autoestima: explícita e implícita. Na primeira existem sentimentos e considerações conscientes sobre o *self*, sendo que na implícita são inconscientes. Deste modo, quando existe uma discrepância entre as duas - por exemplo, uma autoestima explícita positiva e autoestima implícita negativa - existe uma probabilidade superior de se experimentar vivências psicopatológicas, essencialmente em perturbações narcísicas, alimentares e dismorfofobia (Schroder-Abé, 2007). DeHart et al., (2009) sugeriram que estes dois tipos de autoestima estão relacionados com a apreciação que os outros fazem sobre nós, sendo que o papel que estes outros assumem pode ser maior ou menor, dependendo das características do indivíduo.

Outro aspeto a considerar prende-se com a estabilidade da autoestima. Segundo Kernis (2003), quando a autoestima é demasiado flutuante, pode-se caracterizar como instável. Roberts (2006), a título de exemplo, observou ligações entre uma autoestima instável e a depressão, e foram igualmente estabelecidas relações com algumas perturbações psicopatológicas, designadamente as de personalidade paranoide, bipolar e em indivíduos com traços de personalidade borderline (Zeigler-Hill, 2011).

Importa também perceber, quando se mede o poder preditivo da autoestima sobre a vivência de sintomas psicopatológicos, qual o grau autenticidade revelada pelos participantes.

Segundo Kernis (2005) muitos indivíduos não estão conscientes de qual a sua verdadeira autoestima e quais as implicações que pode ter no dia-a-dia. Quando não existe uma percepção adequada dos sentimentos de valor e de que forma afetam os comportamentos, acresce a dificuldade no estudo das variáveis.

Por outro lado, Boden, Baumeister e Smart (2008) não verificaram uma relação forte entre as variáveis, isoladamente, propondo que se insiram outras na equação, como a componente motivacional. Ichiyama, Farilie e Wood (2009) também sublinharam a importância das componentes emocionais, sobrepondo-as àquelas mais ligadas ao conhecimento.

A autoestima encontra-se, desta feita, correlacionada com as mais variadas perturbações, todavia com características muito particulares. É essencial conhecer qual a valência da autoestima dos indivíduos – positiva ou negativa – para que possa compreender qual o impacto que poderá ter relativamente ao surgimento ou agravamento dos sintomas. A sua fragilidade, discrepância e estabilidade são variáveis a considerar quando se estuda a sua relação com a vivência de sintomas psicopatológicos. É importante reafirmar que não existe uma unilateralidade na relação que ambas as variáveis assumem. A relação causal estabelece-se nos dois sentidos: a autoestima surge como consequente e antecedente das vivências psicopatológicas. Ainda concorrem um sem numero de variáveis que podem mediar ou moderar a relação entre as variáveis e que têm sido propostas na literatura.

Literacia em saúde mental e o consumo de álcool

Primeiro que tudo é fundamental definir literacia, como conceito lato. A literacia distingue-se de alfabetização: “O conceito de alfabetização traduz o ato de ensinar e de aprender algo novo (...) a literacia traduz a capacidade de usar as competências (ensinadas e aprendidas) de leitura, escrita e cálculo” (Francisco, 2008, pág.2).

A literacia está relacionada com a alfabetização, mas depende largamente dos tramites culturais e da estruturação social, condicionando os atos de cidadania praticados por todos nós. Deste modo, depende de fatores de ordem cultural, das exigências impostas pela sociedade e poderá, em ultima instância, não refletir os conhecimentos e competências adquiridos por via da escolaridade (Loureiro, Sequeira, Rosa, & Gomes, 2015).

A literacia em saúde deriva da literacia enquanto conceito mais globalizante, no entanto eleva algumas especificidades; diz respeito à capacidade para fazer escolhas ajustadas, interpretar informação de saúde, tal como o reconhecer e utilizar os serviços profissionais mais adequados em função das mais variadas patologias (Loureiro, Mendes, Barroso, Santos,

Oliveira, Ferreira, 2012). A prevenção e a gestão dos sintomas são mais adequadas quando se está perante uma literacia em saúde adequada (Loureiro et al., 2015).

A literacia em saúde mental pode ser definida em primeiro plano como um conjunto de conhecimentos que possibilitam a identificação de doenças e perturbações mentais (Reavley & Jorm, 2010; Reavley & Wright, 2007). A literacia em saúde mental apresenta diferentes dimensões: o reconhecimento do desenvolvimento de perturbações e/ou doenças mentais no sentido da facilitação da procura de ajuda em fase precoce, o conhecimento dos serviços profissionais mais eficazes e aos quais se pode recorrer, o conhecimento e habilidades para por em prática um conjunto de estratégias de ajuda, conhecimentos, e competências que permitam o auxílio de outros e conhecimentos para prevenir doenças e perturbações ligadas à saúde mental (Reavley, McCann, Cvetkovski, & Jorm, 2014). A literacia em saúde mental não se fecha apenas no círculo do conhecimento e crenças ligadas à perturbação mental, estendendo-se a um conhecimento com valor pragmático que visa a melhoria das condições de vida não só de nós próprios, como dos indivíduos com perturbação mental que nos são próximos (Jorm & Anthony, 2012).

Os níveis de literacia mental na população em geral não são elevados. Pesquisas prévias indicam que menos de 50% dos jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 25 anos não são capazes de identificar corretamente uma depressão e apenas 1/4 mostra-se capaz de identificar perturbações psicóticas (Wright et al., 2005). A literacia em saúde mental também se caracteriza como baixa relativamente às competências e crenças sobre a ajuda especializada – os profissionais de saúde continuam a ser vistos como prestadores de auxílio no caso de condições médicas físicas, descurando as suas competências para lidar com perturbações mentais (Burns & Rapee, 2006). Estes resultados surgem como um fator de manutenção do problema, sendo que no lado oposto se encontram fatores facilitadores da procura de ajuda, como o encorajamento social, atitudes positivas, o conhecimento, e crenças positivas acerca dos profissionais (Rickwood, Deane, & Wilson, 2007). Aparte das atitudes e encorajamento social, estas são variáveis importantes dentro da literacia em saúde mental que incitam à procura de ajuda, incluindo-se cenários em que existem consumos de álcool problemáticos.

Pessoas mais jovens tendem a não associar as perturbações mentais aos comportamentos aditivos, impondo-se o entendimento de que forma isto pode estar envolvido no aparecimento ou incremento do consumo de álcool. É importante, neste sentido, avaliar em que medida isto pode estar relacionado com as adições, nomeadamente o consumo de álcool. A psicoeducação, por exemplo, habitualmente contemplada nos programas de promoção de

literacia em saúde mental, apresenta resultados positivos quer na melhoria da dependência do álcool, quer na redução da vivência de sintomas psicopatológicos (Milanez, Luedemann, & Hargrave, 2011). Níveis mais modestos de literacia em saúde mental estão relacionados com um menor conhecimento e consciência da perturbação (Loureiro, 2013), o que está frequentemente associado ao consumo elevado de álcool.

Um estudo com uma população adulta indicou que menores níveis de literacia na saúde estão positivamente correlacionados com o aumento da severidade da dependência do consumo de álcool (Lincoln et al., 2006). Opostamente, a procura de ajuda é menos expressiva quando os indivíduos apresentam atitudes negativas perante a ajuda dos profissionais de saúde (Rickwood et al., 2007). Por conseguinte, um conhecimento parco sobre saúde mental e a vivência de sintomatologia psicopatológica desencadeiam uma menor procura de ajuda, tendo como consequência a iniciação ou agravamento dos consumos. Tendo por base que o conhecimento provoca mudança de comportamento - neste caso, a procura de ajuda profissional - um estudo realizado na Austrália verificou que através de uma intervenção foi possível aumentar a literacia em saúde mental dos estudantes universitários e deste modo conseguiu-se aumentar a procura de ajuda, reduzindo-se o consumo de bebidas alcoólicas (Reavley & Jorm, 2010).

A baixa literacia em saúde mental na comunidade pode ter um impacto substancial no tipo de respostas que os abusadores de álcool encontram para solucionar o problema (Jakobsson, Hensing, & Spak, 2004). A literacia em saúde mental é essencial para se estar consciente de como e quando se deve encorajar um consumidor de álcool para procurar os tratamentos mais apropriados. Esta é uma competência bastante importante, uma vez que uma das principais barreiras dos indivíduos com dependência de álcool tem que ver com a ausência de procura de ajuda.

A melhoria dos conhecimentos e o desenvolvimento de aptidões no dia-a-dia proporcionam uma melhoria da saúde dos indivíduos e da comunidade. As condições da sociedade em que nos inserimos e o conhecimento que delas temos é essencial para prever e remediar os fatores de perigosidade individuais e os comportamentos de risco (Gaspar, 2006). Grosso modo, o meio que nos circunda e o conhecimento que temos acerca dele é essencial na prevenção de comportamentos de risco. Uma alta literacia em saúde mental é determinante para os moldes em que ocorre a ingestão de álcool ou mesmo na sua iniciação ou cessação. A literacia em saúde mental permite saber onde e como procurar ajuda, tendo um impacto não só nos consumos próprios, como no dos outros.

Literacia em saúde mental e os sintomas psicopatológicos

O consumo de álcool apresenta várias associações com a literacia em saúde mental. A literacia em saúde mental está muito associada ao consumo de álcool e à procura ou não de ajuda e ao tipo de profissionais aos quais se recorre. Esta é uma questão idênticamente importante quando se estuda a vivência de sintomas psicopatológicos. A maioria das pessoas com perturbação mental não procura ajuda e tem dificuldades em reconhecer uma perturbação mental (Regier, Farmer, & Rae, 1993). A literacia em saúde mental é importante para ter as competências para identificar os sintomas e a perturbação. É também importante para conseguir identificar os profissionais que podem ajudar não só a aliviar os sintomas, numa lógica de remediação, como para reduzir a probabilidade do seu aparecimento, numa lógica preventiva.

Uma literacia em saúde mental alta associa-se a um melhor reconhecimento das perturbações mentais, uma melhor gestão dos sintomas e, ao mesmo tempo, pode exercer um papel preventivo na vivência de sintomas psicopatológicos. Um reconhecimento correto das perturbações facilita e acentua a procura de ajuda relacionada com a saúde mental, o que produz uma diminuição do sofrimento. A identificação e conhecimentos ligados às perturbações mentais permitem resolver mais eficazmente os problemas e previnem o surgimento de condições mais severas Loureiro et al. (2015).

Ao procurar ajuda criam-se benefícios ao evitar-se o agravamento dos sintomas ou mesmo a sua ausência. A literacia em saúde mental é um fator determinante para que os indivíduos com perturbação mental procurem ajuda – níveis altos de literacia em saúde mental determinam a procura de ajuda quando existe psicopatologia. O recurso a profissionais de saúde perante a vivência de sintomas foi observado num estudo de Jorm (2000) que se focou essencialmente em indivíduos com depressão e esquizofrenia. No que diz respeito às perturbações da ansiedade, fala-se na relevância da educação na literacia em saúde mental – jovens com uma educação mais adequada apresentaram melhores níveis de literacia em saúde mental, o que lhes permitiu identificar eficazmente o seu estado de saúde (Coles & Coleman, 2010).

Todavia, o reconhecimento não se arroga como o único fator importante: a literacia em saúde mental, quando apresenta níveis baixos leva não só a uma ineficácia no diagnóstico da doença, como pode desencadear atitudes de estigmatização e discriminação dos indivíduos com perturbação com os quais nos deparamos ao longo da vida (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer, & Rowlands, 2000). Neste sentido, a psicopatologia será, certamente, vivida de forma mais inadequada e penosa, quer para os indivíduos com perturbação mental com uma literacia

baixa, como para aqueles que os rodeiam. Jorm (2000) referiu que níveis mais baixos de literacia em saúde mental produzem um sentimento de ‘fardo’ económico, social e individual ainda maior para os indivíduos com perturbação. Similarmente, Palha et al. (2008) estudaram a estigmatização e conhecimento associados às perturbações mentais nas faculdades. Obtiveram uma amostra de 100 estudantes, agrupados de acordo com o curso que frequentavam e questionaram-nos acerca da perigosidade que os indivíduos com problemas mentais podem representar para os outros e as perturbações associadas ao consumo de álcool foram consideradas largamente prejudiciais neste sentido. Os autores apontam ainda para o facto de existir, tendencialmente, a crença por parte dos estudantes de que os colegas com perturbação mental não podem recuperar totalmente e que os tratamentos e terapias não são eficazes.

Opostamente, níveis elevados de literacia em saúde mental têm como vantagem uma adesão efetiva a tratamentos recomendados pelos profissionais da saúde mental, incentivam o recurso a estratégias adaptativas de autoajuda, tal como propiciam comportamentos e atitudes menos estigmatizantes (Jorm & Anthony, 2012). Desta forma, o combate à fraca literacia em saúde mental deve existir e para que isso aconteça é necessário saber quais as principais barreiras a quebrar. Issakidis, Andrews e Slade (2002) sugeriram duas categorias fundamentais nas quais se fundam as maiores barreiras: atitudinais, nas quais se inserem crenças sobre doença e tratamento, e os estruturais, como por exemplo a falta de tempo. Observaram que os fatores relacionados com as atitudes são mais proeminentes para a explicação da ausência de pedidos de ajuda. No mesmo nível, a falta de conhecimento acerca das doenças e perturbações, bem como o conhecimento dos locais onde se pode buscar tratamentos também são comuns nos sujeitos que não procuram ajuda. O adiamento da procura de ajuda pode causar um agravamento dos sintomas. Nas fases marcadas por uma maior severidade, existe uma procura de ajuda mais acentuada (Thompson, Hunt, & Issakidis, 2004), como por exemplo, quando existe uma comorbilidade entre a ansiedade e a depressão – comorbilidade bastante frequente - existe uma severidade sintomática acentuada, disparando o número de indivíduos que procuram ajuda profissional. Nestes casos dá-se uma melhoria dos sintomas que estão tipicamente associados a estas perturbações (Noyes, Christiansen, & Reich, 1990; Kessler, McGonagle, & Zhao, 1994). Noutro estudo de Turner, Hammon, Gilchrist e Barlow (2007) perguntou-se aos estudantes se no último ano tinham experienciado humor ansioso ou deprimido ou algum problema emocional. As respostas mostraram que 72% dos inquiridos apresentaram sintomas usualmente associados a estas perturbações, e dentro dessa amostra 31% não procuraram qualquer apoio. Tendo em conta os indivíduos que

procuraram ajuda, 28% recorreram aos amigos e apenas 4% se dirigiram a serviços especializados, como centros de aconselhamento (Turner, Hammond, Gilchrist, & Barlow, 2007). Os autores observaram que aqueles que procuraram os serviços adequados viram uma melhoria dos sintomas. Deste modo, a literacia em saúde mental teve um impacto numa melhoria significativa dos sintomas psicopatológicos. Os dados indicam que os sujeitos tendem a protelar a procura de ajuda, devido ao desconhecimento e à falta de competências para identificar a gravidade dos sintomas, comprometendo a melhoria da sintomática. Deste modo, um dos passos mais importantes no que diz respeito à procura de ajuda tem que ver com a tomada de consciência e reconhecimento do problema. O não reconhecimento da perturbação mental impõe-se como uma barreira à procura ativa de ajuda, sublinhando a relevância do conhecimento dos serviços de saúde mental mais apropriados para os efeitos psicopatológicos. A este nível, nem sempre são consultados os profissionais mais adequados para as perturbações vividas. O mesmo pode acontecer quando a procura e posterior tratamento são feitos em serviços sem capacidade de resposta para as condições dos sujeitos (Jang, Yoon, Chiriboga, Molinari, & Powers, 2014).

Contudo, os resultados são, por vezes, positivos. Na literatura encontra-se o estudo de Furnham e Wineslaus (2012) que estudou a familiaridade dos rótulos das perturbações psicopatológicas, no qual foi averiguado que o termo “paranoide” é comum nos *media*, provocando um reconhecimento adequado por parte dos participantes. Os indivíduos que participaram no seu estudo demonstraram, deste modo, um conhecimento acurado relativamente à perturbação da personalidade paranoide. Num estudo de Wright, Jorm e MacKinnon (2012) foi ainda verificado que a maioria dos participantes acreditava que os antipsicóticos eram eficientes para a melhoria dos sintomas paranoides, apontando também para um conhecimento adequado relativamente às ferramentas a utilizar para reduzir os sintomas. Existe também uma correta identificação da perturbação obsessivo-compulsiva - numa investigação que abordou o reconhecimento de diferentes perturbações mentais em jovens universitários, observou-se que esta perturbação foi corretamente identificada, juntamente com os sintomas que fazem parte do seu diagnóstico. A perturbação obsessivo-compulsiva obteve uma das maiores proporções de respondentes a identificarem-na como “doença mental”, contrariamente a perturbações como a fobia social ou de ataques de pânico, nas quais apenas 1 em cada 10 as categorizou desta forma. As perturbações obsessivo-compulsiva, de ansiedade, pânico e depressão foram sinalizadas como as que mais requerem a procura de ajuda profissional. Os autores justificam o reconhecimento, conhecimento e competências para encaminhar os indivíduos com esta perturbação, pela exposição mediática

que a perturbação obsessivo-compulsiva encontra nos *mass media* – surge com frequência em programas de televisão como “Oprah”, ou mesmo em filmes como o “The Aviator”. Por outro lado, Marques et al. (2010) referiram que cerca de 50% dos indivíduos com esta perturbação não sabem a quem recorrer, e que muitos deles recebem tratamentos desajustados para os seus sintomas, verificando-se nestes casos uma pioria dos sintomas.

Os estudos referidos acima mostram diferentes resultados, no entanto, existem algumas perturbações que ainda não amplamente estudadas na sua relação com a literacia em saúde mental. Considera-se que as perturbações ligadas à ansiedade têm sido pouco estudadas, ao nível da procura de ajuda, fundamentalmente quando apresenta comorbilidade com vivências depressivas. Estes dados devem ser realçados, uma vez que ambas apresentam uma alta prevalência na população estudantil universitária. Apenas 25% dos indivíduos com estas perturbações procuraram ajuda profissional (Roness, Mykletun, & Dahl, 2005). Quando as perturbações de ansiedade são acompanhadas por sintomas típicos da depressão, existe uma escassez de procura de ajuda que reflete a falta de confiança nos profissionais de saúde, a crença de que não poderão erradicar ou melhorar os sintomas e a estigmatização associada aos problemas da saúde mental. Muitos indivíduos consideram, ainda, que a depressão e a ansiedade fazem parte de um funcionamento normal, não procurando ajuda. Este tipo de crenças tem influências na não-procura de ajuda, não só nestas perturbações, como noutras (Roness et al., 2005). Pôde-se observar nestes dados que os indivíduos apresentaram dificuldades ao diferenciar os sintomas que se enquadram na “normalidade” e aqueles com um carácter patológico. A dificuldade na distinção entre o que é normal e patológico mostra uma baixa literacia em saúde mental na amostra, dificultando a procura de ajuda e uma fraca gestão dos sintomas, uma vez que não existe sequer a consciência de que sofrem com uma perturbação mental.

Um estudo implementado nos Estados Unidos contraria as contribuições dos autores referidos anteriormente. Foi observado que existe um conhecimento significativo das perturbações do humor (Regier, Goodwin, Lazar, Hirschfeld, & Burke, 1988). Todavia, os autores remetem para o facto de que as consequências somáticas, ou seja, manifestações físicas consequentes dos estados de humor depressivos, serem desconhecidas pelos indivíduos que compuseram a pesquisa. Deste modo, a somatização associada às perturbações ainda é alvo de desconhecimento, mostrando que a literacia em saúde mental varia, não só pelas características dos indivíduos, como pelas consequências dos sintomas psicopatológicos. Os autores, inversamente a outros estudos apresentados anteriormente, concluíram que o conhecimento acerca de perturbações muito prevalentes como a depressão são amplamente

conhecidas e reconhecidas pelos estudantes. Por outro lado, pode existir uma correta identificação dos sintomas e isso não se refletir numa procura de ajuda eficaz, não existindo uma boa literacia em saúde mental, sendo que nestes casos existe um agravamento da sintomática.

Estabeleceram-se na literatura várias ligações positivas entre uma literacia em saúde mental alta e a melhoria dos sintomas. No entanto, Rickwood, Cavanagh, Curtis e Sakrouge (2004) referem que nem sempre uma boa literacia em saúde mental se traduz na procura de ajuda e melhoria dos sintomas. Indivíduos com uma boa literacia em saúde mental têm bons conhecimentos acerca das perturbações e dos profissionais aos quais devem recorrer, no entanto procuram ajuda informal, não melhorando os seus sintomas. O mesmo acontece quando se consideram grupos pertencentes a minorias étnicas ou residentes em meios rurais que estando mais sujeitos a barreiras à literacia, acabam por viver mais intensamente os sintomas (Wolf, Gazmararian, & Baker, 2007). Komiya, Good e Sherrod (2000), por outro lado, ao identificarem barreiras à procura de tratamento psicológico em adolescentes com depressão e ideação suicida, não contabilizaram variáveis associadas ao conhecimento, estando outras como a disponibilidade financeira ou mesmo a falta de tempo mais associadas. Deste modo, estas questões mais práticas e ligadas à rotina parecem ter mais influência na não-procura de ajuda. Os jovens podem saber onde procurar uma ajuda efetiva, no entanto não o fazer devido a um sem numero de condicionantes ligados aos contextos de vida.

Uma alta literacia em saúde mental é, com uma dimensão geral, imprescindível para a procura de ajuda, e esta última para a atenuação e mesmo prevenção dos sintomas psicopatológicos. Também se incluem competências relacionadas com a autoajuda e a procura dos serviços de saúde mais adequados. Existem diferenças culturais inerentes aos níveis de literacia em saúde mental e diferentes graus de conhecimento refletem no surgimento ou aumento da severidade dos sintomas psicopatológicos. Diferentes dados são encontrados na literatura, muitos deles contraditórios, fornecendo relevância ao tema.

3. Desenho do estudo

A literacia em saúde mental, tal como a autoestima, pode assumir-se como variável preditora do consumo de álcool e da vivência de sintomas psicopatológicos. No entanto, os estudos têm apenas revelado uma associação entre as variáveis, sendo ainda escassos aqueles que testam uma relação de causalidade entre as mesmas. Assim sendo, o objetivo pretende-se averiguar qual o poder preditivo que as variáveis independentes “autoestima” e “literacia em

saúde mental” podem ter nos consumos e na vivência de sintomas psicopatológicos, tornando mais clara a sua relação.

O desenho do estudo é quantitativo, com natureza descritiva. É composto por 4 variáveis, sendo que duas são independentes - “autoestima” e “literacia em saúde mental”- e as restantes, dependentes - “consumo de álcool” e “vivência de sintomas psicopatológicos”.

O presente estudo apresenta uma metodologia transversal, dado que se pretende verificar a existência ou ausência de uma relação preditiva entre variáveis. Pretende-se indagar qual o valor preditivo das variáveis “literacia em saúde mental” e “autoestima” sobre as variáveis “consumo de álcool” e “vivência de sintomas psicopatológicos”.

4. Método

Participantes

A amostra é constituída por 135 participantes e a maioria é do sexo feminino ($n=89$). Existe uma disparidade quando se compara o número de participantes do sexo feminino e do sexo oposto ($n=56$). Obteve-se, na variável “sexo”, uma mediana e moda de 1. A média de idades situou-se nos 23,067 anos, com um DP de 3.285, e valores mínimo e máximo de 18 e 29 anos.

Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes são solteiros ($n=115$), seguindo-se os casados ou em união de facto ($n=16$). Os restantes são divorciados, viúvos ou noutras situações. Obteve-se o valor 2 na mediana e moda desta variável. Averigua-se que existe uma esmagadora maioria de participantes solteiros na presente amostra, sendo que os viúvos, divorciados ou noutra situação representam uma fatia muito pouco expressiva.

No que concerne às pessoas com quem os participantes habitam, a generalidade dos referiu morar com os pais ($n=82$), seguindo os que residem com a mulher, marido, companheiro ou sozinhos ($n=36$), os que partilham casa com amigos ($n=14$), e os restantes com tios, avós ou em situações não especificadas. Obteve-se o valor de mediana de 1, tal como a moda, o que significa que existe uma predominância de participantes a viver com os pais, tendo uma representatividade de mais de metade da amostra.

Relativamente ao número de matriculas, observou-se uma média de 3,015 matriculas e um DP de 1.560. O numero mínimo de matriculas foi 1 e o máximo, 8. Verificou-se que grande parte dos estudantes frequenta a licenciatura.

No que diz respeito ao local de residência, foram obtidas as seguintes informações: a maior parte dos participantes reside no Distrito de Lisboa ($n=87$), seguido do Distrito de

Setúbal ($n=46$), Distrito de Évora ($n=1$) e Distrito de Leiria ($n=1$). O valor da mediana foi 12,326 e a moda, 11. Deste modo, foram abrangidos poucos locais de residência, dado que o número de estudantes residentes nos distritos de Lisboa e Setúbal estão próximos da totalidade amostral.

Os participantes também referiram qual o curso que frequentavam, existindo alguns na licenciatura e outros em mestrado. Como foi já referido, a maior parte encontra-se na primeira fase de estudos apontada. Os cursos mais referidos foram “Turismo” ($n=33$), seguindo-se “Jornalismo” ($n=20$), “Motricidade Humana” ($n=14$) e “Gestão” ($n=12$). Os cursos mencionados representam mais de metade do conjunto amostral.

Finalmente, no que se refere à situação profissional, os participantes que não trabalham representam a maioria ($n=92$), sendo que os restantes têm uma profissão para além da frequência académica ($n=43$). Cerca de 1/3 da amostra não trabalha, e os restantes têm uma profissão.

Instrumentos

RSES (Rosenberg Self Esteem Scale)

Para medir a autoestima dos estudantes universitários foi usada a RSES (*Rosenberg Self Esteem Scale*) criada por Rosenberg (1965) e adaptada para a população portuguesa por Santos e Maia (1999).

A RSES é constituída por 10 itens e apresenta conteúdos que se relacionam com o respeito e aceitação do *self*. Metade dos itens estão formulados na positiva e outra metade na negativa.

As opções de resposta emolduram-se numa gama de 4 opções (1 - “Discordo totalmente”; 2 - “Discordo”; 3 - “Concordo” e 4 - “Concordo totalmente”). Depois de realizadas as devidas inversões, o instrumento proporcionou uma pontuação total com um valor compreendido entre os 10 e os 40 pontos, sendo que quanto mais elevadas foram as pontuações obtidas, maior se revelou a autoestima dos sujeitos. Neste sentido, quanto mais alto for o valor, maior serão os sentimentos positivos e o respeito por si próprio, enquanto valores mais baixos revelam autorrejeição, insatisfação e desprezo pelo EU (Agante, 2009; Faria, 2012).

A escala apresenta uma boa consistência interna, com um coeficiente de $\alpha=.92$. Pelo processo de teste-reteste, por um período superior a 2 semanas, revelou correlações de .85 e .88, indicando uma boa estabilidade. Na presente aplicação obteve-se $\alpha=.851$, havendo uma boa consistência interna.

A escala apresenta ainda uma validade elevada ao nível concorrente, preditivo e do constructo, e correlaciona-se significativamente com outros medidores da autoestima como a *Coopersmith Self-Esteem Inventory* (Rosenberg, 1979).

Breve Inventário de Sintomas (BSI)

O inventário tem uma formulação de autorresposta e foi desenvolvido por Derogatis (1993) e adaptado para a língua portuguesa por Canavarro (1999). É constituído por 53 itens nos quais os sujeitos devem classificar o grau em que cada problema descrito os afetou ao longo da sua última semana. Este instrumento permite avaliar sintomas psicopatológicos em 9 dimensões básicas: ‘somatização’, ‘obsessões-compulsões’, ‘sensibilidade interpessoal’, ‘depressão’, ‘ansiedade’, ‘hostilidade’, ‘ansiedade fóbica’, ‘ideação paranóide’ e ‘psicoticismo’. Contém também 3 índices com as seguintes dimensões: Índice Geral de Sintomas (IGS), Total de Sintomas Positivos (TSP) e o Índice de Sintomas Positivos (ISP).

A dimensão “Somatização” espelha o mal-estar resultante da perceção de funcionamento somático, ou seja, queixas focadas nos sistemas gastrointestinal, respiratório, ou outro qualquer com funções autonómicas (Itens: 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37). A dimensão “obsessões-compulsões” inclui cognições, impulsos e comportamentos considerados como persistentes, apesar de ego-distónicos (Itens: 5, 15, 26, 27, 32 e 36). Quanto à dimensão “Sensibilidade interpessoal”, pode-se defini-la como respeitante a sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade, hesitação, desconforto e timidez, e os encontros sociais são vividos com ansiedade (Itens: 20, 21, 22 e 42). Na “Depressão” incluem-se sintomas de afeto e humor disfóricos, perda de energia, motivação e interesse pela vida (itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50). A dimensão “Ansiedade”, por sua vez, traduz-se em indicadores gerais como nervosismo, tensão, ataques de pânico e ansiedade generalizada. Os itens correspondentes são: 1, 12, 19, 38, 45 e 49. A “Hostilidade” abrange pensamentos, emoções e comportamentos típicos da cólera (itens 6, 13, 40, 41 e 46). A dimensão “Ansiedade fóbica” refere-se a um medo que persiste e surge em resposta a situações, locais ou pessoas, de forma desproporcional; conduz, por estes motivos, a comportamentos de evitamento (Itens: 8, 28, 31, 43 e 47). A dimensão “Ideação paranóide” engloba um problema de funcionamento cognitivo marcado por pensamento projetivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo de perda de autonomia e delírios (itens 4, 10, 24, 48 e 51). A última escala refere-se ao “Psicoticismo” que reflete uma experiência humana continua pontuada por isolamento e um estilo de vida esquizoide e sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo do pensamento. A dimensão considera um continuo gradual desde o isolamento interpessoal

ligeiro às situações dramáticas de psicose (Itens 3, 14, 34, 44 e 53). A descrição das subescalas encontra-se no estudo de validação de Canavarro (1999).

No que diz respeito às suas qualidades psicométricas, o instrumento obteve $\alpha = 0,97$ para a completude da escala. Dentro das escalas, as qualidades psicométricas são as seguintes: no domínio da “somatização” encontramos $\alpha = .813$, na “Obsessão compulsão” calculou-se um $\alpha = .798$, obteve-se um $\alpha = .661$ na “Sensibilidade Interpessoal”, sendo maior na “Depressão” com $\alpha = .805$, um $\alpha = .779$ no domínio “Ansiedade” e $\alpha = 0,746$ na “Hostilidade”. Na “Fobia” obteve-se $\alpha = .685$ e por fim um alfa de Cronbach de $.638$ no domínio “Psicoticismo” (Canavarro, 1999).

Foi calculada consistência interna do inventário para a nossa aplicação, tendo sido obtido o valor $\alpha = .968$, revelando uma consistência interna muito boa.

Alcohol Use Disorder Identification (AUDIT)

Este instrumento foi desenvolvido pela OMS para o rastreio do uso problemático do álcool (Moretti-Pires & Corradi-webster, 2011) e adaptado para a população portuguesa por Cunha (2002).

O instrumento é composto por 10 itens cujas opções de resposta variam entre 0 e 4 pontos, sendo que a pontuação total pode variar entre os 0 (zero) e os 40 pontos. Abrange 3 domínios teóricos, sendo eles: a frequência de consumo de álcool, o grau de dependência e consequências possivelmente associadas (e.g.: ‘Com que frequência sentiu culpa ou remorsos depois de beber?’). As conceções mostradas anteriormente podem ser encontradas no estudo de Santos, Gouveia, Fernandes, Souza e Grangeiro (2012).

O questionário permite aceder a 4 categorias de consumo: 1) Normal; 2) Risco; 3) Prejudicial; 4) Dependência (Santana & Negreiros, 2008). Obteve-se $\alpha = .744$ na aplicação do estudo, o que indica uma consistência interna razoável.

Mental Health Literacy Scale (MHLS)

A escala foi construída por Casey, Leanne e Clough (2014) e adaptada para a população portuguesa por Rocha (2016), com um $\alpha = .860$.

A escala é composta por 35 itens e pode ser facilmente administrada e cotada. Deve ser usada para quantificar e aceder a um conjunto de conhecimentos e atitudes sobre a saúde mental, bem como a procura de ajuda. É eficaz na deteção de indivíduos com baixos níveis de literacia em saúde mental, o que poderá ser positivo para mudanças nos programas de intervenção e suas implementações.

As questões que possuem uma escala de 4 pontos e são cotadas da seguinte forma: 1- “Muito Improvável/ Não ajuda nada” a 4- “Muito Provável/ Ajuda muito”. As de 5 pontos devem cotar-se do seguinte modo: 1- “Discordo fortemente/ Definitivamente indisponível” a 5- “Concordo fortemente/ Definitivamente disponível”. A pontuação máxima situa-se nos 160 pontos e a mínima nos 35.

Possui uma boa consistência interna e uma boa confiabilidade, medidas através de um processo de teste-reteste (Casey et al., 2014). Na versão destes autores, foram retirados 22 itens que redefiniram o valor de $\alpha=.879$.

Na presente aplicação foi calculado $\alpha=.849$, verificando a existência de uma boa consistência interna.

Procedimento

Os participantes foram escolhidos por conveniência em várias instituições de ensino superior da região da Grande Lisboa e do Distrito de Setúbal. O único critério de inclusão foi a inscrição num curso de nível superior, excluindo-se assim todos os participantes que não se encontram nesta situação.

Foram excluídos os participantes cujas idades são inferiores aos 18 anos, dado que são cidadãos menores e não se incluem na população de risco definida na revisão de literatura por Paswan et al. (2015). Os participantes com idades superiores a 29 anos, pelo facto de também não estarem incluídos na população-alvo referenciada também não entraram nos critérios de inclusão da presente investigação. Foram excluídos 18 participantes do presente estudo por não estarem enquadrados nas idades pretendidas e/ou pelo facto de não terem preenchido parte ou mesmo o conjunto total de itens de um ou mais questionários. Evitou-se desta forma o aparecimento de vieses.

A aplicação dos questionários foi realizada na Faculdade de Arquitetura da Universidade de Lisboa (UL), ISPA-IU, Instituto Politécnico de Lisboa, Faculdade de Letras (UL), Faculdade de Ciências (UL), Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa, Escola Superior de Hotelaria e Turismo do Estoril e no Instituto Superior Piaget, em Almada.

Todas as escalas foram, deste modo, aplicadas no contexto universitário, nas cantinas e bares das universidades, por uma questão de conveniência, à exceção do que ocorreu no ISEIT, em que foram administradas em contexto de sala de aula. O início do preenchimento deu-se depois de serem cumpridas as devidas formalidades inerentes ao processo: pedido de autorização redigido à reitoria do Instituto Piaget, seguindo-se o contacto com os

coordenadores dos cursos do instituto (excetuando os de Psicologia, uma vez que os participantes deste curso causariam vieses, pelo facto de o seu conhecimento em literacia em saúde mental ser mais abrangente, comparativamente à restante população), a assinatura do consentimento informado pelos participantes – no qual eram informados sobre os seus direitos, deveres, garantia do anonimato dos dados e possibilidade de cessarem a aplicação quando desejassem – preenchimento do Questionário Sócio-demográfico e de Informações Clínicas, e por fim, as instruções relativas às escalas. O tempo de aplicação dos questionários durou entre 30 e 45 minutos.

A forma com que se construiu o protocolo foi aleatória, ou seja, nem todos os participantes responderam aos questionários pela mesma ordem. Desta forma preveniu-se que os vieses associados ao cansaço de preenchimento dos instrumentos não recaíssem sempre sobre o mesmo teste.

Análise Estatística

A análise dos dados foi feita com recurso ao IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19.

Os dados foram introduzidos no programa e inverteram-se os devidos itens. Seguidamente foi efetuada a estatística descritiva para a caracterização sócio-demográfica da amostra e informações clínicas relevantes. Posteriormente, testaram-se as assunções necessárias para se usar os testes pretendidos. Neste estudo pretende-se averiguar o poder preditivo das variáveis independentes “autoestima” e “literacia em saúde mental” nas dependentes, ou seja, “consumo de álcool” e “vivência de sintomas psicopatológicos”, seguindo as propostas de literatura que apontam a importância não só de se estudar a correlação entre as variáveis, como o seu valor preditivo. Procurou-se encontrar um modelo linear que permita explicar e estabelecer uma previsibilidade entre as variáveis dependentes e independentes, e não apenas uma correlação. Então, foram testadas as condições para tornar claro se era possível analisar os dados através de uma regressão linear simples. As variáveis são contínuas e o *scatterplot* mostrou que eram também lineares. Também se garantiu que não existiam *outliers* e o teste de multicolineariedade mostrou que todas as variáveis não tinham uma relação que pudesse causar vieses no estudo, uma vez que os valores de tolerância se encontram acima de .10. A normalidade das variáveis foi testada através do Teste Kolmogorov-Smirnov, sendo que a variável autoestima mostrou uma distribuição normal ($p < .05$), tal como a literacia em saúde mental ($p < .05$), vivência de sintomas psicopatológicos (p

< .01) e o consumo de álcool ($p < .001$). Perante o cumprimento de todas as assunções, foi possível utilizar o teste, seguindo-se para as etapas seguintes.

Procedeu-se à análise da regressão através do consultado valor de R – coeficiente de correlação que mede a força da relação entre as variáveis – e foi tido em conta o valor de R^2 que revela a capacidade preditiva do modelo, indicando a variância explicada pelas variáveis. Também se analisou os valores obtidos pelo teste da correlação de Pearson, bem como os valores de significância.

Considerando que os resultados se mostraram pouco comuns, de acordo com a revisão de literatura, realizou-se uma divisão de grupos, a fim de recorrer a uma análise através do Teste-T para amostras independentes. O teste foi aplicado a fim de entender se existe uma diferença entre grupos relativamente às médias apresentadas no consumo de álcool e vivência de sintomas psicopatológicos. A amostra foi dividida em 2 grupos, distinguindo-se os de “alta literacia em saúde mental” e “baixa literacia em saúde mental”, e outros 2 distribuídos de acordo com uma “autoestima positiva” e “autoestima negativa”. A divisão foi concretizada de acordo com as médias encontradas na literatura referentes às escalas, às quais se subtraiu o DP. Casey, Leanne e Clough (2014) referiram uma média de 127.38 e um DP de 12.63, e Santos (2016) observou uma média de 31.24 com um DP de 4.02 numa amostra universitária. Neste sentido, o valor de referência para dividir os grupos quanto à sua literacia em saúde mental foi de 114,75 e 27,22 para a autoestima.

Para analisar as diferenças entre grupos no Teste-T analisaram-se os valores t e os níveis de significância.

5. Resultados

Informação clínica

Os participantes foram questionados em relação a consumos presentes ou passados de álcool, indicando os seus antecedentes pessoais. Uma minoria pouco expressiva dos participantes apresenta ou apresentou problemas relacionados com o consumo de álcool ($n=1$), existindo uma fraca prevalência dos consumos na amostra.

Relativamente aos antecedentes ou rede de amigos com problemas de álcool, cerca de 1/3 dos participantes revelou ter amigos ou familiares com problemas relacionados com o álcool, e os restantes, não. Isto significa que, apesar de não serem reportados problemas significativos relacionados com o álcool nos participantes, existe uma prevalência moderada de antecedentes e/ ou pertença a grupos de amigos com consumos de álcool.

No que diz respeito à vivência de sintomas psicopatológicos, a maioria respondeu negativamente. Dentro do grupo que respondeu afirmativamente, os participantes designaram “depressão” ($n=4$), “Início de depressão” ($n=1$) e “Depressão com ansiedade generalizada”. Assim sendo, apenas foram relatadas perturbações do humor, sendo que num dos casos surgiram ligadas a uma perturbação da ansiedade. A tabela 1. apresenta mais dados sobre a informação clínica dos participantes.

Tabela 1.

Informação clínica acerca de problemas presentes ou passados ao nível da saúde mental e álcool, bem como dos antecedentes.

Variável	N	Opções	Frequência	Mediana	Moda
Problemas relacionados com o álcool?	135	Sim	1	.0	2
		Não	134		
Apresenta ou apresentou algum problema de natureza mental?	135	Sim	6	.0	2
		Não	129		
Tem ou teve familiares ou amigos com problemas de álcool?	135	Sim	46	.0	2
		Não	89		

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Relações entre as variáveis

A análise da regressão linear simples, com recurso ao método *stepwise*, foi usada de forma a perceber qual o poder preditivo da autoestima e da literacia em saúde mental nos consumos de álcool e vivência de sintomas psicopatológicos.

Foi observado que a autoestima explica apenas 4% da variância do consumo de álcool na amostra, existindo um poder preditivo fraco. A relação entre variáveis não é estatisticamente significativa ($p > .05$) e encontra-se uma associação negativa fraca entre as variáveis, segundo os resultados obtidos na correlação de Pearson. A literacia em saúde mental explica apenas 0,5% da variância do consumo de álcool, tendo um poder preditivo

fraco. A relação entre variáveis não é estatisticamente significativa ($p > .05$) e apresenta uma correlação positiva fraca, segundo os resultados da correlação de Pearson.

No que diz respeito ao poder preditivo da autoestima na vivência de sintomas psicopatológicos, encontra-se uma variância explicada de 21,2%. Esta é a variável com maior poder preditivo em todos os modelos. A relação entre as variáveis é estatisticamente significativa ($p < .001$) e existe uma correlação positiva moderada, de acordo com os valores obtidos na correlação de Pearson. Por outro lado, a literacia em saúde mental explica 0.7% da variância dos sintomas psicopatológicos, existindo um poder preditivo fraco. A relação entre as variáveis não é estatisticamente significativa ($p > .05$) e existe uma correlação positiva fraca, justificado pelo valor obtido na correlação de Pearson. Todos os dados referidos, bem como outros relevantes, podem ser consultados na Tabela 2.

Tabela 2.

Tabelas de regressão linear simples utilizando como preditores a autoestima e a literacia em saúde mental e a autoestima e consumo de álcool como variáveis dependentes

Variáveis Dependentes	Preditores	R	R ² Ajustado	B	r	p
Consumo de álcool	Autoestima	.105	.04	-.105	-.105	.225
	Literacia em saúde mental	.046	-.005	.046	.046	.594
Vivência de sintomas psicopatológicos	Autoestima	.461	.212	-.461	-.461	.000***
	Literacia em saúde mental	.121	.007	-.121	-.121	.162

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Os resultados não eram esperados e para averiguar potenciais diferenças foi realizada uma divisão da amostra em dois grupos independentes de acordo com “autoestima mais alta” e “autoestima mais baixa”, e “literacia alta” e “literacia baixa”.

O grupo com autoestima positiva ($n = 24$) apresentou uma média de 2.917 na sua relação com o consumo de álcool e um DP de 3.944. O grupo com autoestima positiva ($n = 111$) apresentou uma média de 3,541 na sua relação com o consumo de álcool, com DP de 3.487. No que diz respeito à comparação de médias na vivência de sintomas psicopatológicos, os

estudantes com autoestima negativa e positiva obtiveram uma média de 1.232 e .721 e um DP de .570 e .494, respectivamente. Verificou-se através Teste de Levene que existe uma homogeneidade de variâncias ($p > .05$), pelo que foram usados os valores que a consideravam. A Tabela 3. mostra que não existem diferenças entre grupos na relação entre a autoestima e o consumo de álcool ($t(133)=-.766, p = .439$) contudo verificaram-se diferenças entre grupos na relação entre a primeira variável mencionada e a vivência de sintomas psicopatológicos ($t(133)=4.473, p = 000$).

Tabela 3.

Teste-t para amostras independentes para testar diferenças entre grupo com autoestima negativa e autoestima positiva quanto ao consumo de álcool e vivência de sintomas psicopatológicos

Variáveis	T	Df	P
Consumo de álcool	-.766	133	.439
Sintomas psicopatológicos	4,473	133	.000***

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

O grupo com alta literacia ($n=98$) apresentou uma média de 3.673 no consumo de álcool e um DP de 3.635. O grupo com baixa literacia ($n=36$) apresentou uma média de 2.861 no consumo de álcool, com DP de 3.348. No que diz respeito à comparação de médias na vivência de sintomas psicopatológicos, os estudantes com alta literacia e baixa obtiveram uma média de .768 e .934, e um DP de .477 e .690, respectivamente. Verificou-se através Teste de Levene que não existe uma homogeneidade de variâncias ($p > .05$) na associação entre , pelo que foram usados os valores que não a consideravam no *output*. Observou-se, tal como se pode verificar na tabela 4., que não existem diferenças entre grupos na relação entre a literacia em saúde mental e o consumo de álcool ($t(67.318)=-1.216, p > .05$) e na vivência de sintomas psicopatológicos ($t(47.849)= 1.336, p > .05$).

Tabela 4.

Teste-t para amostras independentes para testar diferenças entre grupo com alta e baixa literacia em saúde mental no consumo de álcool e vivência de sintomas psicopatológicos

Variáveis	T	Df	P
-----------	---	----	---

Consumo de álcool	-1.216	67.318	.228
Sintomas psicopatológicos	1.336	47.849	.188

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

6. Discussão

Os resultados mostram que a maioria dos participantes não tem ou nunca teve problemas relacionados com o álcool, no entanto uma parte considerável tem antecedentes ou pertence a grupos com consumos de álcool expressivos. Uma autoestima globalmente positiva está associada a consumos baixos; na presente amostra, as pontuações mostraram uma média da autoestima relativamente alta, explicando os consumos baixos ou mesmo inexistentes. Contudo, o facto de uma percentagem considerável dos participantes referir pertencer a grupos com consumos de álcool fazia esperar a existência de consumos, o que não foi revelado. Isto pode ser explicado pelo facto de, ao apresentarem uma autoestima positiva não estarem tão sujeitos à pressão de pares (Zimmerman et al., 1997). Relativamente à saúde mental, o numero de participantes que sofrem ou já sofreram de uma perturbação mental é pouco significativo.

Observou-se através dos resultados que as variáveis “autoestima” e “literacia em saúde mental” têm pouco poder preditivo no que diz respeito ao consumo de álcool e vivência de sintomas psicopatológicos. Quando foram comparados os grupos, verificou-se que não existiam diferenças, à exceção das médias apuradas na variável “vivência de sintomas psicopatológicos” entre os grupos com autoestima positiva e negativa.

Quando nos debruçamos sobre a relação entre a autoestima e o consumo de álcool, identificam-se múltiplos fatores com alguma abrangência que devem ter sido em conta para explicar os resultados apurados. Importa mencionar que nas universidades existem fatores como os traços de personalidade, pensamento, vivências stressantes, o tipo de ambientes que os estudantes frequentam – por exemplo, os estudantes que se envolvem em associações tendem a beber mais – e a componente emocional ligada ao valor próprio que se associam ao consumo de álcool (Ham & Hope, 2003). As situações de desemprego também são consideradas como facilitadoras dos consumos. Neste sentido, o contexto em que os estudantes do presente estudo se encontram pode explicar de forma mais efetiva o consumo de álcool. Na presente investigação, apenas foram tidos em conta fatores internos, ligados aos processos cognitivos (literacia em saúde mental) e emocionais (autoestima), descurando-se a componente ambiental, importante preditora dos consumos.

As questões comportamentais dos estudantes ligadas ao preenchimento dos instrumentos também devem ser contempladas. Os jovens podem ter apresentado alguma relutância quando responderam a questões focadas nos seus consumos de álcool, devido à deseabilidade social, muito ligada às crenças associadas ao consumo de álcool. O consumo de álcool é indesejável socialmente, sendo que os estudantes podem ter apresentado alguma relutância no que toca a expor a regularidade e quantidades que consomem. Nesta lógica podem existir respostas que não representam verdadeiramente o comportamento dos participantes, devido à tentativa de enquadramento nos parâmetros socialmente definidos. Caso se verifique esta hipótese, a análise dos dados caracteriza-se como pouco fidedigna quer ao nível do poder preditivo da autoestima sobre os consumos, quer na comparação de grupos.

Deste modo, o comportamento da amostra no momento de avaliação é essencial, tal como a sua composição. Indivíduos do sexo feminino consomem consistentemente menos álcool que o sexo oposto (Cooper, Waterhouse, & Sobell, 1979). Os homens têm, ainda, uma maior probabilidade de beber e de serem dependentes do álcool, comparativamente às mulheres (Deal & Gavalier, 1994). Tendo em conta que a amostra é maioritariamente composta por elementos do sexo feminino, os consumos apresentam-se como muito baixos, sendo que se houvesse mais participantes do sexo oposto, os dados poderiam ter sido diferentes. Na presença de maiores disparidades seria, com certeza, mais clara a relação entre as variáveis. Desta forma, seria possível estabelecer uma relação mais rigorosa entre a autoestima e a ingestão de álcool.

É necessário identicamente ter em conta o funcionamento saudável ou destrutivo por parte dos participantes. Greenberg et al.(1999) não encontraram uma associação significativa entre a autoestima e os comportamentos aditivos. Os autores assumem que não tiveram em conta o grau em que os estudantes têm consciência dos seus consumos, tal como a disrupção que os mesmos provocam no dia-a-dia e possíveis situações stressantes que podem desencadear. Neste estudo, estas questões também não foram tidas em conta, não sendo possível averiguar se o conhecimento que têm acerca dos seus consumos é acurado, tal como a disfuncionalidade e stress que podem causar no seu dia-a-dia.

Pelo contrário, na variável “autoestima”, os participantes podem estar conscientes da mesma e tê-la escondido. Segundo Josephs, Marcus e Tafarodi (1992), indivíduos com uma autoestima negativa tendem a escondê-la, uma vez que desejam prevenir que os seus defeitos transpareçam. Os autores sugerem ainda que os indivíduos com sentimentos de valor próprio negativos tendem a evitar comportamentos de risco que possam revelar as suas características menos positivas. Neste sentido, os participantes podem não ter revelado a sua autoestima

como mecanismo de defesa, tal como os seus verdadeiros consumos de álcool. Também se coloca a hipótese dos participantes desta amostra, com uma autoestima negativa, evitarem os consumos, a fim de não perderem o controlo dos seus comportamentos, potencialmente revelador dos seus defeitos.

Assim, a exposição do nível de autoestima pode não corresponder à realidade, no entanto a forma como foi medida também pode não ter revelado algumas especificidades que permitem compreender melhor o seu poder preditivo no consumo. O poder de predição fraco que existiu na relação entre a autoestima e o consumo de álcool pode ter que ver com o facto de não terem sido contemplados alguns elementos que fazem parte da autoestima. É importante distinguir-se, nesta matéria, uma autoestima implícita e explícita. Tendo em conta que a escala utilizada não o mede, esta poderá ser uma justificação para os dados obtidos. Os participantes podem ter mostrado uma autoestima positiva explícita, não coincidindo com a autoestima implícita. O mesmo acontece com o caso da estabilidade da autoestima, ou seja, a variação do nível de autoestima ao longo do tempo, sendo que alguns participantes da amostra podem ter sentimentos de valor que variam de acordo com o momento e contextos em que se inserem. A contingencialidade (ou não) da autoestima dos participantes também não foi medida. Deste modo, podem concorrer muitos fatores com um poder preditivo mais elevado, tal como se pode estar perante uma amostra com uma autoestima flutuante ao longo do tempo, sendo difícil prever de que forma os resultados seriam os mesmos num estudo futuro com a mesma população. O facto de não ter sido verificada a existência de autoestimas mais contingenciais, que podem ser positivas, contudo baseadas em validações externas, também pode ajudar a compreender os resultados. O estudo também considerou a literatura que aponta a autoestima como uma variável essencialmente emocional, no entanto, a variável também apresenta uma vertente cognitiva. O facto deste domínio não ter sido explicitado também pode ter implicações nos resultados.

Assim, se tivessem sido incluídos especificidades, como a estabilidade da autoestima, a sua contingencialidade, as componentes implícitas e explícitas, e o seu domínio cognitivo, os resultados poderiam ter sido diferentes. Variáveis contextuais, como o facto de pertencer ou não a uma associação, também podem ter justificado a fraca relação existente entre a autoestima e o consumo de álcool, bem como fatores ligados à desejabilidade social e ao facto de os estudantes com uma autoestima negativa protegerem-se em momentos de avaliação, ocultando as suas reais vertentes atitudinais, comportamentais e cognitivas.

Fatores referidos *a priori* como a contingencialidade, a componente explícita e implícita e a estabilidade da autoestima também não foram tidos em conta aquando do estabelecimento

do poder preditivo da autoestima na vivência de sintomas psicopatológicos, tal como a possibilidade de alguns participantes terem ocultado o seu verdadeiro grau de autoestima. Sendo os resultados confiáveis, ou não, surgiu uma autoestima marcadamente positiva na amostra, o que pode justificar o fraco poder preditivo que assume na vivência de sintomas. A autoestima também surge como uma variável que influencia e é influenciada pela sintomatologia psicopatológica, e faz parte do diagnóstico de algumas perturbações. Uma autoestima negativa faz parte dos sintomas de várias perturbações mentais como a bulimia, personalidades evitantes, perturbação esquizoafetiva, ou mesmo no sentido oposto: uma autoestima positiva prejudicial pode ser encontrada no diagnóstico das perturbações narcísicas, fases maníacas da perturbação bipolar, entre muitas outras referidas no estudo de Zeigler-Hill et al. (2013). Outro exemplo: a depressão está intimamente ligada à autoestima, sendo difícil definir qual a variável que causa e impacta a outra. Nesta lógica, uma autoestima negativa ou, por outro lado, com uma valênciapositiva, contudo prejudicial, podem ter feito parte dos sintomas vividos pelos participantes cujas médias nas vivências psicopatológicas foram mais altas. A depressão foi o único problema ligado à saúde mental identificado pelos participantes. Como foi sugerido, é difícil prever qual das variáveis exerce um maior poder preditivo sobre a outra, e neste sentido pode ter havido uma relação forte entre as variáveis, não sendo possível medir o impacto que a autoestima tem nestes casos da amostra. Deste modo, pode ter havido uma sobreposição das variáveis, o que poderá ter enviesado os resultados.

Também não se tiveram em conta alguns aspetos contextuais ligados à autoestima. Segundo Kernis (2005) existem fatores que devem ser considerados e devidamente avaliados quando se mede a vivência de sintomas psicopatológicos. O bem-estar psicológico/ saúde mental são muito influenciados por fatores como a estabilidade financeira, bem-estar físico, segurança e as sensações de prazer no geral. Estes fatores podem ter tido um valor preditivo mais relevante na explicação da vivência de sintomas psicopatológicos no presente estudo. Os participantes podem estar inseridos noutros contextos que têm um impacto maior sobre a vivência de sintomas psicopatológicos.

Boden et al. (2008), por sua vez, salientam a importância de se estudar o impacto que a autoestima pode assumir na vivência de perturbações psicopatológicas. No entanto, estas variáveis devem ser estudadas em conjunto com outras que assumem especial importância como as experiências negativas vividas em famílias disfuncionais. Zeigler-Hill et al. (2013) também afirmam a importância do estudo das famílias disfuncionais nesta dinâmica, acrescentando-se as vivências que reportam à infância. Estes fatores poderão ter estado em

jogo. A disfuncionalidade familiar e as experiências infantis podem ter tido um peso mais apreciável na explicação dos sintomas, quando comparados com a autoestima.

Apesar de ter existido um fraco poder preditivo na relação, encontraram-se diferenças significativas entre os grupos com “autoestima positiva” e “autoestima negativa” no que diz respeito à vivência de sintomas. Esta observação não causa surpresas, uma vez que, tal como foi exposto, ambas as variáveis se influenciam mutuamente, encontrando uma correlação forte. Esta relação também pode ser explicada pelo facto de os estudantes com uma autoestima mais negativa avaliarem pior o seu estado de saúde mental (Suzanne et al., 2016), e assim os participantes que pontuaram mais baixo na variável “autoestima” podem ter percecionado pior os seus sintomas.

Porém, estas forma as únicas variáveis que apresentaram diferenças na divisão de grupos, sendo também o melhor modelo de regressão. O modelo que explicou pior a variância foi encontrado nos valores de predição entre a literacia em saúde mental e o álcool. Na relação que se estabelece entre a literacia e o consumo de álcool, verificou-se que não existem diferenças significativas entre os grupos e uma correlação negativa fraca, o que se pode dever ao facto de os consumos terem sido baixos ou mesmo inexistentes, e a literacia em saúde mental ser satisfatória. Isto pode ser explicado através da citação de um estudo que se focou na intervenção em indivíduos com um consumo problemático de álcool e no qual foi observado que o conhecimento e a informação não se mostram efetivos em mudanças comportamentais que incidem sobre o consumo de álcool, sugerindo que a motivação e outras componentes emocionais têm um impacto maior (Ichiyama et al., 2009). Neste sentido, a literacia em saúde mental, fortemente associada a uma componente de informação e conhecimento, poderá não ter um papel determinante para o consumo de álcool, contrapondo-se com variáveis como a motivação. Baixos níveis de motivação associam-se a consumos altos da substância. No estudo de Reavley et al. (2014) que pretendeu averiguar o poder de uma intervenção baseada no aumento da literacia em saúde mental, entre algumas variáveis, estando incluído o consumo de álcool, mostrou que não se produziram efeitos, existindo, mais uma vez, dados que apontam a fraca relação entre o conhecimento, as competências para procurar ajuda e ajudar os outros, e o consumo de álcool. A literacia em saúde mental, sendo uma componente essencialmente cognitiva, abarca todas estes fatores que se têm mostrado ineficazes na prevenção e redução dos consumos. Neste sentido não é surpreendente o facto de a literacia ter apresentado uma relação fraca com a ingestão de álcool nos resultados obtidos, também se podendo voltar a aludir para o facto de os resultados poderem não revelar

os consumos efetivos dos participantes – a indesejabilidade social é um fator de inibição no que toca à exposição dos reais consumos por parte dos indivíduos.

A forma como a amostra foi escolhida, tal como o seu comportamento, também pode surgir como uma limitação do estudo. Loureiro et al. (2015) referem que o estrato social em que nos enquadrámos tem impacto na literacia em saúde mental. Ao selecionar uma amostra com a inclusão desta variável poderiam ter sido encontradas relações mais significativas entre as variáveis.

A vivência de sintomas psicopatológicos, transversalmente com o consumo de álcool, também foi pouco explicada pela literacia em saúde mental. Good et al. (2000) estudaram as barreiras que podiam estar na génese da ausência de procura de ajuda por parte dos estudantes, observando que a falta de tempo, as questões de privacidade e as condições financeiras desfavoráveis são fatores com um peso considerável. Deste modo, os autores não identificaram questões relativas ao conhecimento, estando presentes questões mais práticas, como por exemplo, as questões ligadas ao rendimento disponível, ou por outro lado com uma componente emocional. Deste modo, a vivência de sintomas psicopatológicos é associada a múltiplos fatores em alguns estudos, nos quais não se incluem aqueles com uma componente mais cognitiva. No presente estudo poderão estar envolvidos muitos outros fatores que podem ser mais decisivos que a literacia em saúde mental na vivência de sintomas psicopatológicos, sendo que se requer a conjugação de mais fatores associados à autoestima. Rickwood et al. (2004) sugerem que é muito mais fácil aumentar o conhecimento através de programas de intervenção, comparativamente à procura de ajuda de ajuda profissional. Propõem que o conhecimento aumenta sem que haja uma maior procura de ajuda. Isto pode explicar o facto de a literacia não ter um papel preponderante na explicação dos sintomas, uma vez que o conhecimento pode ser elevado e não existir uma verdadeira intenção de reduzir os sintomas.

Tal como no estudo das restantes variáveis, é similarmente necessário ter em conta as características da amostra para se perceber os resultados – a literacia em saúde mental é um conceito ocidental que, por vezes, entra em conflito com crenças populares. Jorm e Anthony (2012) sugeriram que nos grupos minoritários existe uma fraca adesão aos serviços de saúde ligada à saúde mental que se deve, em parte, a uma fraca literacia neste domínio. Nestes grupos, em regra geral, existe uma maior prevalência da vivência de sintomas psicopatológicos. O mesmo acontece em áreas rurais – a maior parte dos serviços de saúde mental encontram-se nas áreas densamente povoadas, existindo uma clara discrepância no número de profissionais existentes nas áreas urbanas e rurais. As intervenções realizadas no âmbito dos conhecimentos ligados à saúde mental também são mais frequentes nas áreas mais

habitantes e a literacia nesta área também difere largamente em ambos os ambientes. Deste modo, a amostra do presente estudo concentra-se fundamentalmente num espaço urbano (Distrito de Lisboa e Setúbal), tendo um elevado número de profissionais ligados à área com proximidade geográfica e uma literacia em saúde mental alta. Presume-se que a procura de serviços seja elevada na população em estudo, devido ao que foi referido anteriormente. A prevenção encontra-se também fortemente associada à utilização dos serviços, o que pode explicar o facto de os participantes terem médias baixas na vivência de sintomas psicopatológicos. Não foram tidos em conta estudantes residentes noutros contextos que poderiam ter fornecido resultados diferentes, salientando-se mais uma vez, o valor da componente ambiental para explicar a forma como os estudantes vivenciam os sintomas e os seus conhecimentos sobre eles. O facto de também não estarem incluídos participantes que pertencem a minorias étnicas também pode explicar a ausência de um poder preditivo forte, uma vez que nestas existe uma baixa literacia e uma vivência mais intensa dos sintomas. Neste sentido, a inclusão de participantes inseridos nestas micro comunidades poderia trazer novos resultados. Se estas condições fossem tidas em causa, a generalização dos dados poderia ter sido mais precisa, uma vez que a amostra teria sido mais diversificada e, por conseguinte, teriam sido gerados dados mais desiguais.

Também importa referir que um reconhecimento correto das perturbações facilita e e acentua a procura de ajuda relacionada com a saúde mental, o que produz uma diminuição do sofrimento, permite resolver mais eficazmente os problemas e previne o surgimento de condições mais severas (Loureiro et al., 2015). Os participantes da investigação apresentaram uma literacia em saúde mental elevada, explicando as médias baixas na vivência de sintomas psicopatológicos. Também se espera, desta forma, que os participantes vivam poucos sintomas psicopatológicos no futuro, uma vez que uma boa literacia em saúde mental tem, igualmente, um papel preventivo.

Assim, os resultados obtidos podem dever-se a uma multiplicidade de fatores ligados a questões mais práticas: as questões financeiras, a falta de tempo e a componente emocional, num sentido lato, foram identificadas na literatura, a par do conhecimento, com uma ligação à vivência de sintomas psicopatológicos. Para além disso, a amostra também não foi suficientemente diversa para que se possa generalizar, com as devidas cautelas, os dados obtidos. Grupos minoritários, estudantes pertencentes a outras etnias ou mesmo residentes em meios rurais não estão presentes na amostra, justificando os resultados apurados.

A correlação, poder preditivo e diferenças entre grupos entre as variáveis em estudo mostraram, na generalidade, que existem têm relações pouco fortes que podem ser

esclarecidas através de vieses causados pela medição dos constructos, pelas características da amostra, do seu comportamento, e/ ou outros fatores, além da autoestima e da literacia em saúde mental, que podem ser crassos para explicar o consumo de álcool e vivência de sintomas nos estudantes universitários. A literatura não mostra uma consensualidade na relação que é estabelecida entre estas variáveis, pelo que não devem ser arredadas de futuros estudos e, se possível, estudadas na conjugação de outras variáveis essenciais.

7. Conclusões e sugestões

O estudo mostrou que as variáveis “autoestima” e “literacia em saúde mental” não têm um predizem significativamente o consumo de álcool e vivência de sintomas psicopatológicos, o que se pode dever ao comportamento da amostra ou algumas limitações ao nível da sua escolha. Uma das limitações prende-se com o facto de não terem sido consideradas variáveis de inclusão como os estratos sociais, minorias étnicas ou mesmo participantes residentes em áreas rurais. Os grupos também obtiveram médias muito semelhantes no que diz respeito à autoestima e literacia em saúde mental, dificultando a análise. Um dos aspetos a ter em conta, a fim de evitar esta homogeneidade, prende-se com a seleção de uma amostra com um n superior. O nível de significância obtido não permite generalizar os dados, requerendo-se mais estudos com um poder conclusivo maior.

Sugere-se também a inclusão de mais variáveis que permitam esclarecer a relação entre todas as variáveis, uma vez que é difícil prever, isoladamente, qual o seu valor preditivo.

Os dados que têm sido encontrados na literatura têm revelado diferenças substanciais, propondo mesmo conclusões opostas, pelo que se sugere o estudo cada vez mais aprofundado da relação entre estas variáveis.

8. Referências

- Abramson, L. Y., & Metalsky, G. I. (1989). Hopelessness Depression : A Theory-Based Subtype of Depression, (2), 358–372.
- Agante, D. (2009). Comportamentos Relacionados Com O Consumo De Bebidas Alcoólicas Durante As Festas Académicas Nos Estudantes Do Ensino Superior.
- Andrews, G., Slade, T. I. M., & Issakidis, C. (2002). Deconstructing current comorbidity: data from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *The British Journal of Psychiatry*, 181(4), 306-314
- Borsari, B., & Carey, K. B. (2001). Peer influences on college drinking: A review of the

- research. *Journal of Substance Abuse*, 13(4), 391–424. [http://doi.org/10.1016/S0899-3289\(01\)00098-0](http://doi.org/10.1016/S0899-3289(01)00098-0)
- Buhlmann, U., Teachman, B. a., Naumann, E., Fehlinger, T., & Rief, W. (2009). The meaning of beauty: Implicit and explicit self-esteem and attractiveness beliefs in body dysmorphic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(5), 694–702. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.02.008>
- Burns, J. R., & Rapee, R. M. (2006). Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and help seeking. *Journal of Adolescence*, 29(2), 225–239. <http://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.05.004>
- Casey, Leanne & Clough, B. A. (2014). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Submitted for Publication*, 1–6. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.064>
- Coles, M. E., & Coleman, S. L. (2010). Barriers to treatment seeking for anxiety disorders: initial data on the role of mental health literacy. *Depression and Anxiety*, 27(1), 63–71. <http://doi.org/10.1002/da.20620>
- Cooper, A. M., Waterhouse, G. J., & Sobell, M. B. (1979). Influence of gender on drinking in a modeling situation. *Journal of studies on alcohol*, 40(7), 562-570.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. Consulting Psychologists Pr.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4–7. <http://doi.org/10.1192/bjp.177.1.4>
- Crocker, J., & Park, L. E. (2004). The costly pursuit of self-esteem. *Psychological Bulletin*, 130, 392–414.
- Cunha, J. (2002). Validação da versão portuguesa dos Questionários AUDIT e Five-Shot para identificação de consumo excessivo de álcool. *Lisboa: Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul*
- Deal, S. R., & Gavaler, J. S. (1994). Are women more susceptible than men to alcohol-induced cirrhosis?. *Alcohol Health & Research World*, 18(3), 189-192.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1995). Human autonomy. In *Efficacy, agency, and self-esteem* (pp. 31-49). Springer US
- Derogatis, L. R. (1993). *Brief Symptom Inventory: Administration, scoring, and procedures manual*. National Computer Systems (NCS).
- DeHart, T., & Pelham, B. W. (2007). Fluctuations in state implicit self-esteem in response to daily negative events. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43(1), 157–165.

<http://doi.org/10.1016/j.jesp.2006.01.002>

- DeHart, T., Tennen, H., Armeli, S., Todd, M., & Mohr, C. (2009). A diary study of implicit self-esteem, interpersonal interactions and alcohol consumption in college students. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45(4), 720–730. <http://doi.org/10.1016/j.jesp.2009.04.001>
- Faria, D. (2012). Estudo Comparativo dos Estilos de Vida dos Estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior no Início e no Final do Curso, 38. Retrieved from <http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/0/1192/tesedanielafariapdf.pdf>
- Formiga, N., Souza, R., Picanço, É., & Santos, J. (2014). Transtorno no uso do álcool e autoestima : verificação de um modelo empírico em diferentes grupos sociais *, 22(1), 9–19.
- Francisco, R. (2008). *A Literacia*.
- Freitas, V., & Pinheiro, C. (2015). Implicações da vinculação amorosa e suporte social na autoestima em jovens universitários, 3, 303–315.
- Furnham, A., & Wincelous, J. (2011). Psychiatric literacy and the personality disorders. *Psychopathology*, 45(1), 29–41
- Garber, J., Robinson, N. S., & Valentiner, D. (1997). The Relation Between Parenting and Adolescent Depression: Self-Worth as a Mediator. *Journal of Adolescent Research*, 12(1), 12–33. <http://doi.org/10.1177/0743554897121003>
- Gaspar, P. (2006). Educação para a Saúde e estudantes: as fontes e o impacto da informação. *Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas E Políticas Universidade de Aveiro*, (Educação para a SAÚDE), e.
- González-Pienda, J. a., Carlos Núñez Pérez, J., Glez-Pumariega, S., & Garcia García, M. S. (1997). Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar. *Psicothema*, 9(2), 271–289. Retrieved from <http://www.psicothema.com/pdf/97.pdf>
- Gullette, D. L., & Lyons, M. A. (2006). Sensation seeking, self-esteem, and unprotected sex in college students. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 17(5), 23–31
- Greenberg, J. L., Lewis, S. E., & Dodd, D. K. (1999). Overlapping addictions and self-esteem among college men and women. *Addictive Behaviors*, 24(4), 565–571. [http://doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00080-X](http://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00080-X)
- Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological review*, 102(1), 4
- Grossbard, J. R., Lee, C. M., Neighbors, C., & Larimer, M. E. (2009). Body Image Concerns and Contingent Self-Esteem in Male and Female College Students. *Sex Roles*, 60(3–4),

- 198–207. <http://doi.org/10.1007/s11199-008-9535-y>
- Ham, L. S., & Hope, D. a. (2003). College students and problematic drinking: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 23(5), 719–759. [http://doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00071-0](http://doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00071-0)
- Hyland, P., Boduszek, D., Dhingra, K., Shevlin, M., & Egan, A. (2014). A bifactor approach to modelling the Rosenberg Self Esteem Scale. *Personality and Individual Differences*, 66, 188–192. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2014.03.034>
- Ichiyama, M. A., Fairlie, A. M., Wood, M. D., Turrisi, R., Francis, D. P., Ray, A. E., & Stanger, L. A. (2009). A randomized trial of a parent-based intervention on drinking behavior among incoming college freshmen. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement*, (16), 67-76.
- Jakobsson, A., Hensing, G., & Spak, F. (2005). Developing a willingness to change: treatment-seeking processes for people with alcohol problems. *Alcohol and Alcoholism*, 40(2), 118-123
- Jang, Y., Yoon, H., Chiriboga, D. a., Molinari, V., & Powers, D. a. (2014). Bridging the Gap between Common Mental Disorders and Service Use: The Role of Self-Rated Mental Health among African Americans. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 1–8. <http://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.02.010>
- Jorm, A. F., & Anthony, F. (2012). Mental Health Literacy, 67(3), 231–243. <http://doi.org/10.1037/a0025957>
- Josephs, R. A., Markus, H. R., & Tafarodi, R. W. (1992). Gender and self-esteem. *Journal of personality and social psychology*, 63(3), 391.
- Kernis, M. H., & Waschull, S. B. (1995). THE INTERACTIVE ROLES OF SELF-ESTEEM : RESEARCH AND THEORY.
- Kernis, M. H. (2005). Measuring self-esteem in context: The importance of stability of self-esteem in psychological functioning. *Journal of Personality*, 73(6), 1569–1605. <http://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00359.x>
- Kernis, M. H. (2005). Measuring self-esteem in context: The importance of stability of self-esteem in psychological functioning. *Journal of personality*, 73(6), 1569-1605
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), 8-19
- Kliewer, W., & Sandler, I. (1992). Locus of Control and Self-Esteem as Moderators of

- Stressor-Symptom Relations in Children and Adolescents, 20(4).
- Komiya, N., Good, G. E., & Sherrod, N. B. (2000). Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *Journal of counseling psychology, 47*(1), 138.
- Leary, M. R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin, 9*(3), 371-375
- Leary, M. R., Tambor, E. S., Terdal, S. K., & Downs, D. L. (1995). Self-Esteem as an Interpersonal Monitor : The Sociometer Hypothesis, 68(3), 518–530.
- Lincoln, A., Paasche-Orlow, M. K., Cheng, D. M., Lloyd-Travaglini, C., Caruso, C., Saitz, R., & Samet, J. H. (2006). Impact of health literacy on depressive symptoms and mental health-related quality of life among adults with addiction. *Journal of General Internal Medicine, 21*(8), 818–822. <http://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00533.x>
- Loureiro Mendes, A., Barroso, T., Santos, J., Oliveira, R., Ferreira, R., L. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência, 6*, 157–166.
- Loureiro, J. (2013). Estigma pessoal e percebido acerca do abuso de álcool e intenção de procura de ajuda, 59–66.
- Loureiro, L., Sequeira, C., Rosa, A., & Gomes, S. (2015). Rótulos Psiquiátricos: “Bem-me-quer, mal-me-quer, muito, pouco e nada...” *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 40*(October), 40–46.
- Mann, M. M., Hosman, C. M. H., Schaalma, H. P., & Vries, N. K. De. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion, 19(4), 357–372. <http://doi.org/10.1093/her/cyg041>
- McNair, L. D., Carter, J. a, & Williams, M. K. (2008). Self-esteem, gender, and alcohol use: relationships with HIV risk perception and behaviors in college students. *Journal of Sex & Marital Therapy, 24*(1), 29–36. <http://doi.org/10.1080/00926239808414666>
- Mecca, A. M., Smelser, N. J., & Vasconcellos, J. (1989). *The social importance of self-esteem*. Univ of California Press.
- Milanez, B., Luedemann, G., & Hargrave, J. (2011). Rs in, 1–54.
- Moretti-Pires, R. O., & Corradi-webster, C. M. (2011). Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, 27*(3), 497–509. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300010>

- Neal, D. J., & Carey, K. B. (2005). A follow-up psychometric analysis of the self-regulation questionnaire. *Psychology of Addictive Behaviors, 19*(4), 414.
- Noyes, R., Reich, J., Christiansen, J., Suelzer, M., Pfohl, B., & Coryell, W. A. (1990). Outcome of panic disorder: relationship to diagnostic subtypes and comorbidity. *Archives of General Psychiatry, 47*(9), 809-818
- Orth, U., Robins, R. W., & Roberts, B. W. (2008). Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *Journal of personality and social psychology, 95*(3), 695.
- Paswan, A. K., Gai, L., & Jeon, S. (2015). Alcohol and college students : Reasons , realization and intention to quit. *Journal of Business Research, 68*(10), 2075–2083. <http://doi.org/10.1016/j.jbusres.2015.03.005>
- Patock-Peckham, J. A., Cheong, J., Balhorn, M. E., & Nagoshi, C. T. (2001). A social learning perspective: a model of parenting styles, self-regulation, perceived drinking control, and alcohol use and problems. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 25*(9), 1284–1292. <http://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2001.tb02349.x>
- Reavley, N., & Jorm, A. (2010). Prevention and early intervention to improve mental health in higher education students: A review. *Early Intervention in Psychiatry, 4*(2), 132–142. <http://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2010.00167.x>
- Reavley, N., McCann, T. V, Cvetkovski, S., & Jorm, A. F. (2014). A multifaceted intervention to improve mental health literacy in students of a multicampus university: a cluster randomised trial. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49*(10), 1655–66. <http://doi.org/10.1007/s00127-014-0880-6>
- Regier, A., Goodwin, K., Lazar, J. B., Hirschfeld, M. A., & Burke, J. D. (1988). No Title, (November), 1351–1357.
- Roberts, J. E. (2006). Self-esteem from a clinical perspective. In M. H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (pp. 298–305). New York: Psychology Press.
- Roness, A., Mykletun, A., & Dahl. (2005). Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression, 51–58. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00433.x>
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). *Acceptance and commitment therapy. Measures package, 61*.
- Santos, P. J., & Maia, J. (1999). Adaptação e análise factorial conformatória da Rosenberg self-esteem scale com uma amostra de adolescentes: resultados preliminares
- Santos, P. J. (2016). Validação da Rosenberg self-esteem scale numa amostra de estudantes

- do ensino superior, (September).
- Santos, W. S., Gouveia, V. V., Fernandes, D. P., de Souza, S. S. B., & de Moura Grangeiro, A. S. (2012). Alcohol use disorder identification test (AUDIT): Explorando seus parâmetros psicométricos. *J Bras Psiquiatr*, *61*(3), 117-23
- Shaw-Zirt, B., Popali-Lehane, L., & Bergman, A. (2005). Adjustment, Social Skills, and Self-Esteem in College Students With Symptoms of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *8*(3), 109–120. <http://doi.org/10.1177/1087054705277775>
- Stein, J. A., Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1992). The effect of agency and communality on self-esteem: Gender differences in longitudinal data. *Sex Roles*, *26*(11), 465-483
- Thompson, A., Hunt, C., & Issakidis, C. (2004). Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *39*(10), 810–817. <http://doi.org/10.1007/s00127-004-0816-7>
- Walitzer, K. S., & Sher, K. J. (1996). A prospective study of self-esteem and alcohol use disorders in early adulthood: evidence for gender differences. *Alcohol Clin Exp Res*, *20*(6), 1118–1124. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=8892537
- Wilburn, V. R., & Smith, D. E. (2005). Stress, self-esteem, and suicidal ideation in late adolescents. *Adolescence*, *40*(157), 33–45. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15861616>
- Wilson, C. J., Rickwood, D., & Deane, F. P. (2007). Depressive symptoms and help-seeking intentions in young people. *Clinical Psychologist*, *11*(3), 98–107. <http://doi.org/10.1080/13284200701870954>
- Wolf, M. S., Gazmararian, J. A., & Baker, D. W. (2007). Health Literacy and Health Risk Behaviors Among Older Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, *32*(1), 19–24. <http://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.08.024>
- World Health Organization. Global status report on alcohol. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004> (acessado em 20/Jan/2005).
- Wright, A., Jorm, A. F., & Mackinnon, A. J. (2011). Labeling of mental disorders and stigma in young people. *Social science & medicine*, *73*(4), 498-506
- Zeigler-Hill, V., Stubbs, W. J., & Madson, M. B. (2013). Fragile Self-Esteem and Alcohol-Related Negative Consequences Among College Student Drinkers. *Journal of Social and*

Clinical Psychology, 32(5), 546–567. <http://doi.org/10.1521/jscp.2013.32.5.546>

Zimmerman, M., Copeland, L., Shope, J., & Dielman, T. (1997). A longitudinal study of self-esteem: Implications for adolescent development. *Journal of Youth and Adolescence*, 26(2), 117–141. <http://doi.org/10.1023/A:1024596313925>

9. Anexos

Anexo A. Declaração de consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, em curso no Instituto Superior de Estudos Interculturais e Transdisciplinares - Instituto Piaget, em Almada, está a ser levado a cabo um estudo de dissertação de tese (orientada pelo Professor Doutor David Manuel Dias Neto: david.neto@almada.ipiaget.pt) que pretende averiguar de que forma a literacia em saúde mental e a autoestima podem ter um impacto na vivência de sintomas psicopatológicos e no consumo de álcool. Para conseguir alcançar estes objetivos **precisamos da sua participação**. O **anonimato** e **aconfidencialidade** dos dados por si fornecidos serão assegurados, sendo que nenhum deles será diretamente publicado, colocando em causa a sua **privacidade** e **identidade**.

Durante o preenchimento dos inquéritos é **livre para colocar qualquer questão** que se englobe no âmbito do presente estudo e tem **liberdade para abandoná-lo** em qualquer momento da aplicação. Caso seja queira requerer informações acerca do estudo proceda ao **contacto** através do número **919815957**.



Obrigado pela sua participação!

Data: ____/____/2016

Autor do estudo

Anexo B. Questionário Sócio-Demográfico e de Informações Clínicas

Utilizado para obter informações mais detalhadas sobre a amostra

Questionário Sócio-Demográfico e de Informações clínicas

Dissertação de Mestrado

Por favor preencha todos os itens com atenção. Agradece-se, desde já, a sua participação!

Dados Sócio – demográficos

Sexo: _____

Idade: _____

Estado Civil

Casado/a ou em união de facto

Solteiro/a

Divorciado/a

Viúvo/a

Outra situação

Vivo com:

Com os meus pais

Com tios ou avós

Com amigos

Sozinho/a

Com marido/ mulher ou companheiro/a

Outra situação

Curso: _____

Nº de matriculas: _____

Local de habitação:

Distrito de Aveiro

Distrito de Beja

Distrito de Braga

Distrito de Bragança

Distrito de Leiria

Distrito de Lisboa

Distrito de Portalegre

Distrito do Porto

Distrito de Castelo Branco

Distrito de Santarém

Distrito de Coimbra

Distrito de Setúbal

Distrito de Évora

Distrito de Viana do Castelo

Distrito de Faro

Distrito de Vila Real

Distrito da Guarda

Distrito de Viseu

R.A. dos Açores

R.A. da Madeira

Para além de ser estudante, tem alguma outra profissão?

Sim

Não

Informações clínicas

Apresenta ou apresentou algum problema relacionado com o álcool?

Sim

Não

Apresenta ou já apresentou algum problema de natureza mental?

Sim

Não

Se respondeu “Sim” na pergunta anterior, explicita qual/quais o(s) problema(s):

Antecedentes: tem ou teve algum familiar ou amigo(s) próximo(s) com problemas de álcool?

Sim

Não

Anexo C. Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965)

Adaptada por Santos e Maia (1999), usada para medir a autoestima.



Segue-se uma lista de afirmações que dizem respeito ao modo como se sente acerca de si próprio(a). À frente de cada uma delas assinale com uma cruz (X), na respetiva coluna, a resposta que mais se lhe adequa.

**Concordo
fortemente**

Concordo

Discordo

**Discordo
fortemente**

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Globalmente, estou satisfeito(a) comigo próprio(a). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Por vezes penso que não sou bom/boa em nada. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sinto que tenho algumas qualidades. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Por vezes sinto-me, de facto, um(a) inútil. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Sinto-me uma pessoa de valor, pelo menos tanto quanto a generalidade das pessoas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Bem vistas as coisas, inclino-me a sentir que sou um(a) falhado(a). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Adopto uma atitude positiva para comigo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anexo D. Alcohol Use Disorder Identification (Cunha, 2002)

Utilizado para avaliar os consumos de álcool na amostra.

Questionário AUDIT

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? [Escreva o número que melhor corresponde à sua situação.]

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semanas 4 = quatro ou mais vezes por semana

2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

0 = uma ou duas

1 = três ou quatro

2 = cinco ou seis

3 = de sete a nove

4 = dez ou mais

3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

0 = nunca

1 = menos de um vez por mês

- 2 = pelo menos uma vez por mês
3 = pelo menos uma vez por semana 4 =
diariamente ou quase diariamente

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

- 0 = nunca
1 = menos de um vez por mês
2 = pelo menos uma vez por mês
3 = pelo menos uma vez por semana 4 =
diariamente ou quase diariamente

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

- 0 = nunca
1 = menos de um vez por mês
2 = pelo menos uma vez por mês
3 = pelo menos uma vez por semana 4 =
diariamente ou quase diariamente

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?

- 0 = nunca
1 = menos de um vez por mês
2 = pelo menos uma vez por mês
3 = pelo menos uma vez por semana 4 =
diariamente ou quase diariamente

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

- 0 = nunca
1 = menos de um vez por mês
2 = pelo menos uma vez por mês
3 = pelo menos uma vez por semana 4 =
diariamente ou quase diariamente

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

- 0 = nunca
1 = menos de um vez por mês
2 = pelo menos uma vez por mês
3 = pelo menos uma vez por semana
4 = diariamente ou quase diariamente

9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

- 0 = não
1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

- 0 = Não
1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

Anexo E. *Mental Health Literacy Scale* (Casey, Leanne & Clough, 2014)

Adaptado por Rocha (2016), utilizado para avaliar o grau de literacia em saúde mental na amostra

Escala de Literacia em Saúde Mental

O objectivo destas questões é ganhar compreensão sobre o seu conhecimento de vários aspetos relacionados com saúde mental. Ao responder, estamos interessados no seu grau de conhecimento. Assim sendo, ao escolher a sua resposta considere que:

Muito improvável = Eu tenho a certeza que NÃO é provável

Improvável = Eu penso que é improvável mas não tenho a certeza

Provável = Penso que é provável, mas não tenho a certeza

Muito provável = Tenho a certeza que é muito provável

1.

Se uma pessoa ficou extremamente nervosa ou ansiosa numa ou mais situações com outras pessoas (ex. numa festa) ou em situações de desempenho (ex. falar numa reunião) em que essa pessoa teve medo de ser avaliada por outros, e que agiu de forma humilhante ou sentindo-se embaraçada, então em que medida considera provável que essa pessoa tenha

Fobia Social.

O resultado final é produzido pelo somatório de todos os itens (ver os itens cotados inversamente em baixo). As questões com uma escala de 4-pontos são cotadas: 1 - Muito improvável/ Não ajuda nada a 4 - Muito provável/ Ajuda muito e para a escala de 5 pontos: 1 - Discordo fortemente/ Definitivamente indisponível a 5 - Concordo fortemente/Definitivamente disponível

Muito improvável **Improvável** **Provável** **Muito provável**

2.

Se uma pessoa ficou muito preocupada com um determinado número de eventos ou atividades onde este nível de preocupação é despropositado, teve dificuldade em controlar esta preocupação e teve sintomas físicos, como tensão muscular e fadiga, então em que medida considera provável que essa pessoa tenha **Perturbação de Ansiedade Generalizada.**

Muito improvável **Improvável** **Provável** **Muito provável**

3.

Se uma pessoa experienciou um humor negativo por duas ou mais semanas, teve perda de prazer ou interesse nas suas actividades normais e experimentou mudanças no seu apetite e sono, então em que medida considera provável que essa pessoa tenha uma **Perturbação Depressiva Major.**

Muito improvável **Improvável** **Provável** **Muito provável**

4.

Em que medida considera provável que a **Perturbação da Personalidade** seja uma categoria de perturbação mental

Muito improvável

Improvável

Provável

Muito provável

5.

Em que medida considera provável que **Distímia** seja uma perturbação mental.

Muito improvável

Improvável

Provável

Muito provável

6.

Em que medida considera provável que o diagnóstico de **Agorafobia** inclua ansiedade sobre situações em que a fuga possa ser difícil ou embaraçosa

Muito improvável

Improvável

Provável

Muito provável

7.

Em que medida considera provável que o diagnóstico de **Perturbação Bipolar** inclua períodos de humor elevado (ou seja, em alta) e períodos de humor deprimido (ou seja, em baixo).

Muito improvável

Improvável

Provável

Muito provável

8.

Em que medida considera provável que o diagnóstico de **Dependência de Substâncias** inclua tolerância física e psicológica (ou seja, que é preciso maior quantidade de droga para ter o mesmo efeito).

Muito improvável

Improvável

Provável

Muito provável

9.

Em que medida considera provável que no geral, em Portugal, **as mulheres tenham MAIOR probabilidade de experienciar uma perturbação de qualquer tipo quando comparadas com os homens.**

Muito improvável Improvável Provável Muito provável

10.

Em que medida considera provável que, no geral, em Portugal, **os homens tenham MAIOR probabilidade de experienciar uma perturbação da ansiedade quando comparados com as mulheres**

Muito improvável Improvável Provável Muito provável

Ao escolher a sua resposta considere que:

Muito inútil – estar certo que não é útil

Inútil - creio que seja inútil mas não tenho certeza

Útil – creio que seja útil mas não tenho certeza

Muito útil – eu estou certo que é muito útil

11.

Em que medida considera que é útil para alguém melhorar a qualidade do sono, quando tem dificuldades em gerir as suas emoções (ex., ficando muito ansioso ou deprimido)

Muito Inútil Inútil Útil Muito Útil

12.

Em que medida considera que é útil **para alguém evitar todas as actividades ou situações que a fazem sentir ansiedade**, no caso de existirem dificuldades em gerir as emoções.

4.Muito Inútil 3.Inútil 2.Útil 1.Muito Útil

Ao escolher a sua resposta considere que:

Muito improvável = Eu tenho a certeza que NÃO é provável

Improvável = Eu penso que é improvável mas não tenho a certeza

Provável = Penso que é provável, mas não tenho a certeza

Muito provável = Tenho a certeza que é muito provável

13.

Em que medida considera que é provável que a **Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)** seja uma terapia que se baseia em desafiar os pensamentos negativos e a aumentar os comportamentos positivos.

Muito improvável **Improvável** **Provável** **Muito provável**

14.

Os profissionais de saúde mental estão sujeitos à confidencialidade, no entanto, existem certas condições nas quais isto não se aplica.

Em que medida é que considera provável que a seguinte circunstância permita que um profissional de saúde mental **quebre a confidencialidade**:

Se está em risco eminente de magoar-se a si ou aos outros

Muito improvável **Improvável** **Provável** **Muito provável**

15

Os profissionais de saúde mental estão sujeitos à confidencialidade; no entanto, existem certas circunstâncias nas quais isto não se aplica.

Em que medida é que considera provável que a seguinte circunstância permita que um profissional de saúde mental **quebre a confidencialidade**:

Se o seu problema não ameaça a sua vida e os profissionais querem ajudar outros a apoiarem-no.

4.Muito improvável **3.Improvável** **2.Provável** **1.Muito provável**

O resultado final é produzido pelo somatório de todos os itens (ver os itens cotados inversamente em baixo). As questões com uma escala de 4-pontos são cotadas: 1 - Muito improvável/ Não ajuda nada a 4 - Muito provável/

Ajuda muito e para a escala de 5 pontos: 1 - Discordo fortemente/ Definitivamente indisponível a 5 - Concordo fortemente/Definitivamente disponível.

Por favor indique em que medida concorda com as seguintes afirmações.

	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
16. Estou confiante de que sei onde procurar informações sobre perturbação mental					
17. Estou confiante que sei usar o computador ou telefone para procurar informação sobre perturbação mental.					
18. Estou confiante que consigo fazer contactos pessoais para procurar informação sobre perturbação mental (ex., com o médico de família)					
19. Estou confiante que tenho acesso a recursos (ex., medico de família, internet, amigos) para procurar informação sobre perturbação mental					
20. Pessoas com perturbação mental poderiam “dar a voltar por cima” se quisessem					
21. A perturbação mental é um sinal de fraqueza pessoal					
22. Perturbação mental não é uma doença médica real					
23. Pessoas com perturbação mental são perigosas					
24. É melhor evitar pessoas com					

perturbação mental de forma a não desenvolver este problema					
25. Se eu tivesse uma perturbação mental, não contaria a ninguém					
26. Consultar um profissional de saúde mental significa que não se é forte o suficiente para gerir as próprias dificuldades					
27. Se eu tivesse uma perturbação mental, não procurava ajuda de um profissional de saúde mental					
28. Eu acredito que o tratamento para a perturbação mental, prestado por um profissional de saúde mental, não seria eficaz					

Por favor indique em que medida concorda com as seguintes afirmações:

	Definitivamente indisponível	Provavelmente indisponível	Nem indisponível nem disponível	Provavelmente disponível	Definitivamente disponível
29. Estaria disponível para mudar para a casa ao lado de alguém com perturbação mental?					
30. Estaria disponível para passar uma tarde a socializar com alguém com uma perturbação mental?					
31. Estaria disponível para ser amigo de alguém com uma perturbação mental?					
32. Estaria disponível para ter					

alguém com perturbação mental a trabalhar junto de si?					
33. Estaria disponível para ter alguém com perturbação mental casada com um familiar seu?					
34. Estaria disponível para votar num político que soubesse que tinha sofrido de uma perturbação mental?					
35. Estaria disponível para empregar alguém se soubesse que tinha tido uma perturbação mental?					

Cotação:

O resultado final é produzido pelo somatório de todos os itens (ver os itens cotados inversamente em baixo). As questões com uma escala de 4-pontos são cotadas: 1 - Muito improvável/ Não ajuda nada a 4 - Muito provável/ Ajuda muito e para a escala de 5 pontos: 1 - Discordo fortemente/ Definitivamente indisponível a 5 - Concordo fortemente/Definitivamente disponível

Itens com cotação inversa: 10, 12, 15, 20-28

Resultado máximo – 160

Resultado mínimo – 35

- Agante, D. (2009). Comportamentos Relacionados Com O Consumo De Bebidas Alcoólicas Durante As Festas Académicas Nos Estudantes Do Ensino Superior.
- Buhlmann, U., Teachman, B. a., Naumann, E., Fehlinger, T., & Rief, W. (2009). The meaning of beauty: Implicit and explicit self-esteem and attractiveness beliefs in body dysmorphic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(5), 694–702. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.02.008>
- Greenberg, J. L., Lewis, S. E., & Dodd, D. K. (1999). Overlapping addictions and self-esteem among college men and women. *Addictive Behaviors*, 24(4), 565–571. [http://doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00080-X](http://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00080-X)
- Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological review*, 102(1), 4
- Hyland, P., Boduszek, D., Dhingra, K., Shevlin, M., & Egan, A. (2014). A bifactor approach to modelling the Rosenberg Self Esteem Scale.

- Personality and Individual Differences*, 66, 188–192.
<http://doi.org/10.1016/j.paid.2014.03.034>
- Jorm, A. F., & Anthony, F. (2012). Mental Health Literacy, *67*(3), 231–243.
<http://doi.org/10.1037/a0025957>
- Josephs, R. A., Markus, H. R., & Tafarodi, R. W. (1992). Gender and self-esteem. *Journal of personality and social psychology*, *63*(3), 391.
- Loureiro, L., Sequeira, C., Rosa, A., & Gomes, S. (2015). Rótulos Psiquiátricos: “Bem-me-quer, mal-me-quer, muito, pouco e nada...” *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, *40*(October), 40–46.
- Orth, U., Robins, R. W., & Roberts, B. W. (2008). Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *Journal of personality and social psychology*, *95*(3), 695.
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). *Acceptance and commitment therapy. Measures package*, 61.
- Shaw-Zirt, B., Popali-Lehane, L., & Bergman, A. (2005). Adjustment, Social Skills, and Self-Esteem in College Students With Symptoms of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *8*(3), 109–120.
<http://doi.org/10.1177/1087054705277775>
- Walitzer, K. S., & Sher, K. J. (1996). A prospective study of self-esteem and alcohol use disorders in early adulthood: evidence for gender differences. *Alcohol Clin Exp Res*, *20*(6), 1118–1124.
- Wright, A., Jorm, A. F., & Mackinnon, A. J. (2011). Labeling of mental disorders and stigma in young people. *Social science & medicine*, *73*(4), 498-506
- Zeigler-Hill, V., Stubbs, W. J., & Madson, M. B. (2013). Fragile Self-Esteem and Alcohol-Related Negative Consequences Among College Student Drinkers. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *32*(5), 546–567. <http://doi.org/10.1521/jscp.2013.32.5.546>

