



**esec**  
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



**Mestrado em Educação para a Saúde**

**Comportamentos, estereótipos, causas e  
conhecimento em saúde mental nos adolescentes**

Maria da Graça Gonçalves Mendonça e Ascenço

2013



**Mestrado em Educação para a Saúde**

**Comportamentos, estereótipos, causas e  
conhecimento em saúde mental nos adolescentes**

Orientanda: Maria da Graça Gonçalves Mendonça e Ascenço

Orientadora: Prof. Doutora. Margarida Pocinho

2013



## Agradecimentos

À Professora Margarida Pocinho pela forma como me orientou, conduziu e facultou todo o apoio e informação ao longo do trabalho de projeto bem como por toda a disponibilidade, amizade e compreensão em todos os momentos, sempre que solicitada.

Ao Professor Luís Loureiro pela disponibilidade na cedência de bibliografia referente ao tema de Literacia em saúde mental e na amabilidade de facultar a pessoa que realizou a ação de esclarecimento aos alunos.

Ao Pedro, por me incentivar e apoiar a seguir com este “sonho”.

À Maria Francisca e Maria Pedro, por terem prescindido da mãe em alguns momentos das suas vidas ao longo destes dois anos de trabalho.

Ao projeto UPA, em nome da Professora Luísa Campos, coordenadora do projeto “abrir espaço à saúde mental”, por ter permitido a utilização do questionário “Questionário UPA Faz a Diferença: Percepções dos alunos face a problemas de saúde mental”

Ao agrupamento de escolas de Seia, que autorizou a aplicação do projeto na escola.

À Ana Teresa Pedreiro, colega de mestrado, e que colaborou no meu projeto ao proporcionar a ação em saúde mental na escola em Seia.



**Índice**

**Resumo** ..... V

**Abstract**..... VII

**Introdução**..... 1

**Revisão da literatura** ..... 3

*A adolescência*..... 3

*O adolescente e o ambiente familiar*..... 7

*Os adolescentes e a escola*..... 9

*A literacia e a saúde mental nos adolescentes*. .... 10

*Algumas situações identificadas*..... 14

**Metodologia** ..... 21

*Diagnóstico*..... 21

*Objetivos gerais* ..... 22

*Procedimento*..... 23

*Sessão* ..... 24

*Instrumento*..... 25

*Caraterísticas psicométricas do questionário upa-adaptado* ..... 26

*Participantes*..... 26

*Análise dos dados*..... 27

<i>Resultados</i> .....	28
<i>Pré – intervenção</i> .....	28
<i>Diferença de comportamentos, estereótipos, causas e conhecimento em saúde mental nos adolescentes</i> .....	29
<i>Discussão</i> .....	32
<i>Conclusão</i> .....	35
<i>Limitações do projeto e recomendações</i> .....	37
<i>Referências bibliográficas</i> .....	38
<i>Anexos</i> .....	42

## ***Resumo***

O conceito saúde – doença tem evoluído para bem das populações nas últimas décadas. A nível da saúde mental, o mesmo não pode ser dito, uma vez que, Portugal apresenta uma elevada prevalência de doenças mentais. A saúde mental e a saúde física são dois elementos da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes.

A escola, é um local onde os jovens permanecem grande parte do seu tempo e, como tal, deve ser a grande promotora da saúde e facilitadora na ação preventiva em saúde mental. A necessidade de utilizar as escolas como espaços interventivos e implementadores de programas com apoio de pessoal especializado, permite que os jovens aumentem a sua literacia em saúde mental e/ou se necessário a procura de ajuda para que a saúde mental possa deixar de ser um problema entre as populações mais jovens.

O trabalho de projeto desenvolvido teve como objetivo geral caracterizar o conhecimento percebido em saúde mental dos jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos e também aferir se a ação de intervenção em saúde mental de que os inquiridos foram alvo, lhes proporcionou um maior conhecimento do tema.

Os resultados obtidos, de um modo geral, demonstraram que os jovens participantes aumentaram a literacia em saúde mental tendo-se refletido no aumento do estigma, nos comportamentos e conhecimentos imprecisos sobre alguns problemas de saúde mental, abordados no questionário, antes e depois da ação.



***Abstract***

The concept of health-disease has evolved for the good of people in recent decades. The level of mental health, the same can not be said, since Portugal has a high prevalence of mental illnesses. Mental health and physical health are two elements of life closely interwoven and deeply interdependent.

The school is a place where young people spend the greatest part of his time and, as such, should be the major health promoter and facilitator in preventive measures in mental health. The need to use schools as spaces interventional and program implementers with the support of specialized personnel, allows young people to increase their literacy in mental health and/or if necessary seeking help for mental health can no longer be a problem among younger populations.

The work developed project aimed to characterize the knowledge perceived mental health of young people aged between 15 and 19 years and also gauge whether the action of mental health intervention that respondents were targeted, they provided greater knowledge of the subject.

The results, in general, showed that young participants increased mental health literacy has been reflected in increased stigma, behaviors and inaccurate knowledge about some mental health issues, addressed in the questionnaire before and after the action.



## ***Introdução***

A saúde Escolar em Portugal tem sofrido várias reformas de forma a adequar-se às necessidades da escola e às preocupações de saúde emergentes (Direcção-Geral da Saúde & Divisão de Saúde, 2006).

Novas estratégias foram surgindo ao longo dos anos e, no Sistema Educativo, novos desafios se colocaram: a par do trabalho de transmissão de conhecimentos organizados em disciplinas, a escola deve, também, educar para os valores, promover a saúde, a formação e a participação cívica dos alunos, num processo de aquisição de competências que sustentem as aprendizagens ao longo da vida e promovam a autonomia.

A Escola, ao constituir-se como um espaço seguro e saudável, facilita a adopção de comportamentos mais saudáveis, encontrando-se por isso numa posição ideal para promover e manter a saúde da comunidade educativa e da comunidade envolvente.

Os técnicos das equipas de saúde escolar são profissionais preparados para apoiar o desenvolvimento do processo de promoção da saúde em meio escolar, que sabem partilhar saberes e encontrar pontos de convergência, no desafio da saúde positiva para todos.

Uma abordagem holística da saúde aumenta o bem-estar e reduz o risco de doença nas crianças e nos adolescentes. Para isso, a escola tem de propiciar aos alunos a expressão e a comunicação, laços de afecto com as pessoas e o meio, participação, responsabilização e vontade de saber; aos professores e auxiliares de acção educativa oferecer trabalho de equipa, formação adequada às necessidades e espaços de debate e de tolerância. A escola, a par de poder ser um ambiente de excelência para a promoção da saúde, tem uma influência decisiva nos comportamentos das crianças e dos jovens, no seu desenvolvimento académico e emocional, competindo à saúde escolar zelar pela sua saúde física e mental.

A promoção da saúde mental e prevenção das perturbações comportamentais serão complementadas com orientações técnicas para as equipas de saúde escolar, a elaborar com a Saúde Mental, emitidas pela Direcção-Geral da Saúde (Direcção-Geral da Saúde & Divisão de Saúde, 2006).

Uma prevenção eficaz do consumo de drogas inicia-se com uma boa saúde mental, promoção de competências pessoais e sociais e intervenção ao nível da prevenção do tabagismo e do abuso de álcool. A chave para o sucesso da prevenção dos comportamentos de risco encontra-se na promoção do controlo voluntário do impulso de consumir substâncias nocivas e na intervenção de grupo social neste domínio.

Tendo por principio toda a promoção enunciada, formulou-se um conjunto de objetivos que passaram por:

Avaliar os conhecimentos dos alunos do 11º e 12º anos do curso Ciências e Tecnologia sobre problemas de saúde mental;

Realizar o levantamento dos mitos e crenças sobre problemas de saúde mental;

Analisar as perceções dos alunos sobre atitudes e comportamentos em relação às questões de saúde mental;

Promover a literacia em saúde mental em alunos do 11º e 12º anos do ensino secundário;

Contribuir para a promoção da qualidade de vida dos adolescentes, pela aplicação de um programa de formação, decorrente dos mitos e crenças dos alunos sobre o problema de saúde mental;

Realizar uma intervenção centrada nos conhecimentos, atitudes e comportamentos dos jovens em relação às questões de saúde mental através de um programa de formação;

Desenvolver a capacidade de auto-análise dos adolescentes face a problemas de saúde mental;

Fazer refletir os alunos do 11º e 12º anos sobre os principais sinais e sintomas de alerta para o risco de perturbação mental;

Capacitar, os alunos desta faixa etária, para lidarem com possíveis problemas de saúde mental a que possam ser expostos.

Face ao exposto, e uma vez que o presente trabalho tem como enfoque a saúde mental, a escola e os jovens, o projeto foi organizado em duas partes distintas: a primeira mais teórica onde são abordados os itens específicos sobre a etapa da adolescência e a identificação dos jovens, as relações que estabelecem com o ambiente familiar e escolar, bem como as suas influências mútuas, situações do quotidiano que podem conduzir a problemas de saúde mental e, ainda, o conhecimento sobre o tema de saúde mental; a segunda parte, a intervenção, consistiu na passagem de um questionário por duas vezes, sendo os dados obtidos tratados estatisticamente em SPSS, analisados e discutidos.

O trabalho refere ainda algumas limitações, sugerindo a necessidade de continuidade futura.

### ***Revisão da literatura***

#### ***A adolescência***

A adolescência é uma fase onde se colocam diversas escolhas e opções ao jovem, conduzindo-o à sua futura identidade e à própria identificação sexual. A adolescência traduz-se por uma vivência de angústia, de medo e de incerteza, face às mudanças quer físicas, quer psíquicas que ocorrem sistematicamente a uma velocidade alucinante, que o adolescente tem muitas vezes dificuldade em acompanhar. Nesta fase, este sente necessidade de se confrontar, de transpor limites, como forma de conquista ou de se afirmar, vivendo novas experiências (I. Silva, 2012).

Avanci (2007), refere que a adolescência é tradicionalmente conhecida como uma fase de instabilidade emocional e de explosão de crescimento, com mudanças

físicas e psicossociais. Período de transição e de nova relação com o mundo adulto, o adolescente encontra-se diante de conflitos pessoais e familiares, dúvidas e ambivalências, podendo confundir a si mesmo e aos que o cercam sobre os limites de “normalidade”. É nesse período da vida que os momentos naturalmente depressivos e conflituantes são característicos, a ponto de alguns autores questionarem se essa fase da vida corresponde a um processo de luto ou depressão. Esse processo seria pela mudança do corpo infantil, pela perda dos pais da infância, pela perda da identidade infantil e pela própria afirmação do adolescente no mundo adulto. Paradoxal e complementarmente, a fase da adolescência tem importância vital para a estruturação de personalidade do indivíduo, além de ser uma época da vida em que os melhores índices de saúde, vitalidade e criatividade são vividos, permitindo que o mesmo se responsabilize pelas tarefas da vida adulta lançando-se em novos sonhos e perspectivas.

A doença instala-se na personalidade do indivíduo e leva a uma alteração da sua estrutura ou a um desvio progressivo do desenvolvimento. Desta forma, as doenças mentais definem-se a partir do grau de perturbação da personalidade, isto é, do grau de desvio do que é considerado como comportamento padrão ou como personalidade normal. O conceito de normal e patológico é extremamente relativo. Do ponto de vista cultural, o que na sociedade é considerado normal, adequado, aceite ou mesmo valorizado, noutra sociedade ou noutra época histórica pode ser considerado anormal, desviante ou patológico. A questão da normalidade acaba por desvendar o poder que a ciência tem de, a partir do diagnóstico fornecido por um especialista, formular o destino de um indivíduo rotulado. Esse poder atribuído à ciência e a profissionais deve ser questionado, na medida em que se baseia num conjunto de conhecimentos bastante polémicos e incompletos.

A adolescência, por ser um período particularmente rico em possibilidades desestabilizadoras, que já é um momento de definições diversas no campo sexual,

profissional, familiar, lança questões às quais alguns jovens não têm condição de responder positivamente, levando ao sofrimento psíquico e a eclosão de quadros psicopatológicos (Leite, 2011). Trata-se de um período de intensas atividades e transformações na vida mental do indivíduo, o que, por si só, leva a diversas manifestações de comportamento que podem ser interpretadas por leigos como sendo doença. Assim sendo, muitas das manifestações ditas normais, nesta fase, podem-se confundir com doenças mentais ou comportamentos inadequados. Existem diferenças entre a normalidade, neuroses e psicoses comuns na adolescência. Quanto à normalidade, é a fase da vida em que a pessoa se descobre como indivíduo separado dos pais. Isso gera um sentimento de curiosidade e euforia, porém também gera sentimentos de medo e inadequação. Assim sendo ele procura exemplos, de pessoas próximas ou não - ídolos artísticos ou desportivos, entre outros - para construir o seu caráter e o seu comportamento. Também é visível a necessidade do adolescente contrariar a vontade ou as ideias dos pais. Esse comportamento, opositor aos pais, acontece em decorrência da necessidade do jovem se separar dos pais, ser diferente deles, para construir sua própria identidade como pessoa. Embora haja já grande quantidade de conhecimento sobre esse assunto, é necessário alertar que muitos dos comportamentos atípicos manifestados pelos adolescentes podem apenas ser uma procura da sua identidade, e não uma doença mental específica.

Nesta fase, surge também o grupo de pares, seres diferentes mas iguais que se ajudam mutuamente nesta etapa de conquista. A participação de um adolescente num grupo de jovens da mesma idade é saudável e desejada, sendo um meio de troca de diferentes informações que cada um pode ter recolhido em situações familiares, pessoais ou através de interesse individuais, tendo assim oportunidade de as transmitir aos seus pares. É um meio de poder expressar a sua originalidade, mas também conduz a um certo distanciamento com os pais e respetivo ambiente familiar. Este grupo passa a ser de uma importância vital pois tudo passa a ser

feito em função do ser aceite no seu seio, para não se ser excluído. Silva e Deus (2005), referem que há uma intensa necessidade de investir na realidade externa, de procurar um “território” longe do colo parental, que não mais o satisfaz totalmente. Para os adolescentes, o grupo faz assim todo o sentido, pois contribui para a separação parental. No entanto passa a ser um grande fator de risco pois são iniciados determinados comportamentos que podem vir a contribuir ou mesmo a pôr em causa a saúde dos adolescentes que pode funcionar como um amplificador potencial dos comportamentos desviantes. Estes comportamentos aliviam o desconforto e os conflitos pessoais, desafiam os adultos e visam a aprovação do grupo.

Um outro ponto, não menos importante e de extrema relevância, para o desenvolvimento e formação dos jovens de hoje é o papel dos média. A literatura revela que entre 10% a 30% das atitudes manifestadas pelos jovens têm a influência dos meios de comunicação. O tempo despendido em frente à televisão ou internet aumentou consideravelmente. Muitos autores consideram-nos como principais agentes de influência sobre os adolescentes (Feijó & Oliveira, 2001). Sendo os jovens uns dos principais alvos de utilização, estes recebem diariamente uma enormidade de informação, que na maioria das vezes é inadequada ou despropositada à sua fase de desenvolvimento. Feijó e Oliveira (2001), refere também que na adolescência adotam-se modelos de comportamento pelo motivo dos jovens serem mais vulneráveis à influência externa, tornando-se assim um alvo mais direto dos média, sobretudo quando os modelos parentais estão ausentes. Quanto maior for o nível de saúde mental do adolescente, mais se espera que este seja capaz de arranjar estratégias saudáveis de lidar com a ansiedade, com a angústia e com a fragilização, decorrente do processo pelo qual está a passar, permitindo-lhe canalizar estes sentimentos para algo construtivo e criativo, que lhe assegure um crescimento saudável (A. Silva & Deus, 2005).

Os autores referem, também, que a presença destas estratégias ou mesmo o seu sucesso, dependerá da história de vida de cada jovem, da dor mental maior ou menor associada às suas relações primordiais e ainda, se estas relações falharam ou foram insuficientes. A fragilização, neste período do desenvolvimento, terá um tom ainda mais acentuado, com uma conseqüente intensificação dos sentimentos negativos associados.

A adolescência é então pensada como um momento de boa saúde, mas os fatores de risco, os estilos de vida e os comportamentos que os jovens vão adotando podem colocar em causa a sua maneira de estar ou mesmo a sua esperança média de vida (Gore et al., 2011).

#### *O adolescente e o ambiente familiar*

A busca do bem-estar é o motor do desenvolvimento humano, mas a vida nem sempre corre da melhor maneira não correspondendo aos desejos de bem estar. A procura do equilíbrio entre o desejado e o possível é o que movimenta e desenvolve a capacidade de superar situações e manter-se saudável. O desenvolvimento desta capacidade, está intimamente relacionada com o crescimento no seio familiar pois, esta é fundamental na construção da saúde emocional dos seus elementos e na proteção, nomeadamente, dos filhos, futuros jovens. A literatura refere que relacionamentos seguros e estáveis com os pais são importantes para a saúde mental do adolescente (Wagner, Ribeiro, Arteché, & Bornholdt, 1999). No entanto, é importante salientar que uma família facilitadora do crescimento emocional e promotora de saúde não é sinónimo de ausência de conflitos no seu seio. Wagner (1999), refere que bons níveis de saúde familiar, muitas vezes encontram-se associados a núcleos que favorecem tanto a expressão da agressividade, de raiva e hostilidade, quanto de carinho, ternura e afeto. A partir desta perspetiva, constata-se que os aspetos relacionados ao bem-estar psicológico dos adolescentes sofrem, invariavelmente, e de forma preponderante,

influências das diversas situações que o indivíduo vivencia na sua família. Bons níveis de saúde familiar, muitas vezes, encontram-se associados a núcleos que favorecem tanto a expressão da agressividade, de raiva e hostilidade, quanto de carinho, ternura, afeto e de amor.

Nas últimas quatro décadas, tem-se verificado a alteração de padrões. A configuração familiar de hoje afasta-se, em muitas situações, do conceito original. Cada vez mais fazem parte da nossa realidade os divórcios, a reconstituição familiar, a troca de parceiros. Torna-se assim necessário, uma adaptação dos elementos que fazem parte da “nova” família, assim como ao ambiente social. Esse processo de transição acaba por gerar, na grande maioria, um momento de crise e conflito (Wagner et al., 1999). Quando se reestrutura uma família, há a junção de elementos novos que podem originar dificuldades de relacionamento, que, segundo Wagner (1999), exige uma reconstrução e delimitação dos papéis de cada novo membro. Wagner (1999) citando Wagner, refere que os filhos, principalmente em fase adolescente, podem passar por situações de “intensa rivalidade ou de oposição face a um novo membro, ou ainda num caso extremo, ao entendimento estabelecendo laços de afetividade e uma relação de companheirismo e amizade”. Pode-se assim depreender que as dificuldades do entendimento familiar não passam só pela composição do agregado familiar mas também pelas relações que se estabelecem entre os seus elementos. Wagner (1999) confirma que o bem-estar do adolescente fica, muitas vezes, prejudicado devido à falta de compreensão e problemas de comunicação com os pais. No entanto, a falta de suporte familiar, como suporte das necessidades do adolescente, é pior do que a existência de conflito conjugal.

Depreende-se então que independentemente do agregado familiar do adolescente, é com base no relacionamento entre os elementos que o constituem que se verifica um maior ou menor nível de bem-estar para o jovem e como tal a sua saúde mental.

### *Os adolescentes e a escola*

A escola é o local onde o adolescente passa a maior parte do seu tempo e onde, de certa forma, vai adquirindo a aprendizagem para a vida (Greenberg et al., 2003). Assim, o ambiente escolar deve ser positivo, acolhedor e capaz de gerar um sentimento de pertença, fatores importantes na percepção do bem-estar dos alunos (Matos & Carvalhosa, 2001). A escola deve também educar no sentido de ensinar os jovens a interagir socialmente e com respeito (Greenberg, Domitrovich, & Bumbarger, 2000). A definição de ambiente escolar inclui a participação e responsabilização dos estudantes pela actividade escolar, a sua relação com professores e grupos de pares, a continuidade entre a vida familiar, a vida escolar (Matos & Carvalhosa, 2001), e a comunidade. Num estudo de Samdal, citado por Matos (2001), o mais importante preditor da satisfação em relação à escola foi a percepção por parte dos alunos de serem tratados com justiça, de se sentirem seguros na escola, de acharem os seus professores e os seus colegas fontes de apoio.

A alienação da escola foi relacionada com sentimentos de falta de poder e de motivação por parte dos estudantes para identificar e atingir objetivos na vida. A alienação da escola é habitualmente traduzida numa rejeição face a valores sociais e um baixo interesse nas actividades escolares, tendo vindo a ser relacionada com comportamentos desviantes ou problemáticos, típicos dos adolescentes, tais como fumar, beber, consumir drogas e uma actividade sexual precoce (Downs & Rose, 1991; Feijó & Oliveira, 2001). O afastamento da escola favorece o envolvimento com outros adolescentes com a mesma falta de laços em relação à escola e, muitas vezes, este fato foi relacionado com o envolvimento em comportamentos de risco para a saúde, partilhados pelos pares do mesmo grupo como de uma cultura de grupo se tratasse. Pelo contrário, uma escola que elicite um sentimento de ter apoio e de pertença facilita o desenvolvimento pessoal e social dos adolescentes e o seu bem-estar (Feijó & Oliveira, 2001).

### ***A literacia e a saúde mental nos adolescentes.***

Para se falar em literacia tem de se abordar a saúde mental. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2010), a saúde mental é definida como uma condição mental que permite ao indivíduo em funcionamento completo, compreender a sua capacidade para lidar com o stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva contribuindo positivamente para a comunidade da qual faz parte. Quando estas condições estão presentes, pode dizer-se que o indivíduo está bem, mas não é sinónimo de ausência de uma perturbação. A perturbação mental define-se como uma condição que afeta o sistema cognitivo, emocional e comportamental de um indivíduo, levando a alterações na forma de pensar, no estado emocional e no funcionamento psicossocial, aspetos que podem ser uma consequência de fatores de ordem biológica, psicológica ou social. Se por algum motivo durante a sua vida um indivíduo tiver uma influência negativa em qualquer um dos fatores mencionados causando-lhe mal-estar, diz-se estar perante um problema de saúde mental. Estes diferem das perturbações mentais pois apresentam um grau de severidade e de mal-estar mais elevados.

O número de pessoas que sofre de perturbações mentais tem vindo a aumentar segundo a organização mundial de saúde. Os dados dizem que uma em cada quatro pessoas sofra de uma perturbação mental incapacitante. Entre os adolescentes, tem-se igualmente verificado o aumento da prevalência de perturbações mentais, o que se torna preocupante uma vez que o indivíduo nesta fase ainda está numa fase de crescimento.

Loureiro (2012), escreve que o conceito de “literacia em saúde” tem sido, por vezes, aplicado indiscriminadamente como um sinónimo de promoção da saúde, ou ainda alfabetização. O termo de literacia em saúde mental foi definido por Jorm e seus colaboradores (2008), como “conhecimento de factos acerca da saúde ou desordem mental que inclui o reconhecimento, acompanhamento e prevenção”. Esta designação deveu-se à falta de conhecimentos e das crenças

existentes em saúde mental, na década de noventa, na Austrália e também para chamar à atenção da importância desta área negligenciada. Selden, citado por Loureiro (2012, p. 158), define literacia em saúde mental como “a medida em que os indivíduos têm capacidade para obter, processar e entender informação básica em saúde e serviços disponíveis para tomar decisões de saúde apropriada”. Assim, pode-se dizer que a literacia em saúde não é estática, que evolui ao longo do tempo, e engloba os atributos de capacidade, compreensão e comunicação. Estes atributos estão integrados e são precedidos pelas competências daí que se a pessoa possui literacia, tem potencial para influenciar os indivíduos e a sociedade (Luís Loureiro et al., 2012).

Há contudo, evidências obtidas por inquéritos realizados em diversos países que, revelam deficiências no conhecimento público de como prevenir as desordens mentais, do reconhecimento de quando uma desordem está a evoluir, do conhecimento da procura de ajuda e dos tratamentos existentes, bem como de estratégias efetivas de procura pessoal para problemas menores e de primeira ajuda que podem ser facultados a indivíduos com problemas de saúde mental (Jorm & Griffiths, 2008). É importante assinalar que a literacia sobre saúde mental não é simplesmente ter conhecimento. Mais, é o conhecimento que está relacionado com as possibilidades de ações benéficas sobre a nossa própria saúde mental ou a dos outros. Sobre as doenças mentais, a sociedade é ignorante sobre a prevenção, atrasando ou mesmo evitando a procura de tratamento adequado, chegando a ver a recomendação sobre este tipo de tratamento sob suspeita, sentindo insegurança na forma como assistir os outros com uma desordem mental. Mais, as fontes de investimento que servem de suporte aos tratamentos e às desordens mentais não é nada quando se compara com o mal que as situações de doença podem causar à sociedade.

O conceito de literacia em saúde mental envolve alguns aspetos: o reconhecimento da desordem mental no sentido de promover e ajudar pessoas

doentes. No entanto, muitos dos aspetos da saúde mental são relevantes para toda a comunidade, outros, são importantes apenas para as pessoas afetadas pelo problema de saúde mental. Isto acontece, pois, os pacientes precisam de saber como lidarem com a sua própria doença e quais os cuidados que os membros da sua família podem prestar como suporte. No que toca aos aspetos mais especializados, estes passam por uma educação psicológica realizada por profissionais de saúde mental (Jorm & Griffiths, 2008).

Segundo Correia, citado por Loureiro (2012), há uma escassez de investigação de qualidade nesta área, e a avaliação de literacia em saúde mental nos jovens tem sido objeto de pouca pesquisa apesar de os estudos evidenciarem uma prevalência de 15% a 20%, já durante a infância e adolescência. Para Loureiro (2013), a procura de ajuda em saúde mental tem sido afirmada como uma componente significativa a ter em conta nos programas de educação, promoção e sensibilização para a saúde e prevenção das doenças mentais, especificamente entre adolescentes e jovens. A maioria das perturbações mentais tem o seu pico na adolescência, sendo que 50% das pessoas que virão a sofrer de uma perturbação mental terão o seu primeiro episódio antes dos 18 anos (Luis Loureiro, 2013). Os estudos revelam que a maioria das pessoas não acede aos serviços de saúde mental não recebendo por isso, os cuidados de saúde adequados e, os que sofrem de alguma perturbação não procuram ajuda especializada. A mesma torna-se menos provável ocorrer entre os 16 e os 24 anos, pois estes grupos de adolescentes e jovens não apresentam grande procura pelos serviços de saúde (Luís Loureiro et al., 2013). Um outro estudo feito para a depressão em jovens portugueses revela que a procura de ajuda é baixa (Luís Loureiro et al., 2013). Isto confirma o que já foi dito. A literacia em saúde mental, sobre a depressão, especificamente, é um conceito chave para planear intervenções no sentido de melhorar a procura de ajuda médica.

Os estudos que existem sobre vários tipos de desordens mentais mostraram que quanto maior for o tempo que a doença está por tratar, menor será o resultado do tratamento. Inclusive, Jorm (2008), questiona porque motivo as pessoas atrasam ou falham a procura profissional sendo o fator mais importante a falta de reconhecimento. A literatura aponta para diversos fatores que podem favorecer ou adiar a procura de ajuda. Loureiro (2013), destaca a literacia em saúde mental e o estigma pessoal e percebido acerca da depressão, sendo o estigma uma barreira invisível muito relevante.

Jorm (2008), também refere que um maior reconhecimento leva a que as pessoas procurem ajuda e que apesar de o reconhecimento rápido de uma desordem mental, pode haver benefícios no tratamento antecipado e mais apropriado, mas há sempre o perigo de ele aumentar o estigma. Este tipo de atitudes pode ser uma barreira para receber tratamento. Loureiro (2013), menciona que o conceito de procura de ajuda em saúde mental é complexo, tendo subjacente um conjunto de teorias e modelos diferenciados, contudo todos os modelos referem a necessidade de ter em conta o peso dos aspetos psicológicos e sociais nos comportamentos de procura de ajuda em saúde. A procura comporta diferentes estágios: o reconhecimento e a consciência que o indivíduo tem do seu problema e do modo como este o afeta necessitando da ajuda de outra pessoa; a perceção de que é capaz de expressar através da linguagem o que sente (sintomas) e que o outro (profissional) o entende e valoriza; a análise da disponibilidade das fontes de ajuda que podem contribuir para a resolução do problema; vontade de procurar ajuda e decisão para a ação.

A evidência demonstra que foram encontrados défices a nível de literacia em saúde mental entre os jovens. A adolescência e a juventude são períodos muito importantes para a aquisição de conhecimentos e adopção de comportamentos que serão transferidos para a vida adulta (Luís Loureiro et al., 2013).

Conclui-se assim, a necessidade de implementação de programas diferentes nas escolas que promovam a literacia em saúde mental entre os jovens. As escolas são muito importantes para este tipo de programas interventivos pois tratam-se de locais onde os jovens passam a maior parte do seu tempo. Estes programas devem abranger também a comunidade escolar e os pais bem como pessoal especializado com conhecimento para poderem assistir jovens que se encontrem a desenvolver um problema de saúde mental ou mesmo durante um episódio de saúde mental numa primeira intervenção (Luís Loureiro et al., 2013). Aumentando a literacia em saúde mental, é esperado que aumente a procura de ajuda o que facilitará a primeira ajuda reduzindo os primeiros sinais de sintomas e a procura de ajuda de um profissional. A literacia em saúde mental será melhorada se for vista, na prática, como um objetivo de política de saúde como acontece com as desordens maiores ou doenças físicas (Jorm & Griffiths, 2008).

### *Algumas Situações identificadas*

#### *Depressão*

No sentimento adolescente de auto-estima, um maior papel é desempenhado pelas expectativas dos pais, bem como a pressão dos colegas. Se em qualquer ponto do tempo, ele ou ela se sente incapaz de satisfazer as expectativas e manter os padrões dos outros, surge a dúvida sobre a auto-capacidade. Além disso, se o adolescente sente que não é aceite pelas pessoas em seu redor, isso simplesmente desenvolve a sensação de inutilidade. Isto leva os jovens a sentirem-se diferentes e solitários, sendo algo terrível de suportar. Problemas familiares também podem levar à depressão na adolescência. Os adolescentes desenvolvem sentimentos, questionando se serão os responsáveis pela existência dos problemas. Isso é comum quando eles são frequentemente criticados pelos problemas.

A depressão na adolescência não é uma fraqueza é a reação de um adolescente a situações indesejadas. Assim, a depressão na adolescência é algo que não deve

ser considerada de ânimo leve mas, também não deve ser tida como problema dramático desses jovens. Na verdade, trata-se de uma questão que precisa de atenção plena e constante da família, bem como dos amigos. Estes jovens devem ser incentivados e apoiados para poderem lidar com os momentos difíceis. Muitas vezes os adolescentes necessitam de ajuda profissional no processo de "ser adulto", o qual, mesmo não se constituindo em doença mental, pode constituir-se em sofrimento para o adolescente, podendo ele beneficiar, de intervenções psicológicas. É também inevitável o apoio dos serviços de aconselhamento bem como a ajuda de profissionais (psicólogos).

A depressão é uma perturbação com elevada prevalência nos jovens e adolescentes, podendo afetar, de modo significativo o seu potencial de desenvolvimento e comprometer o futuro pessoal e profissional (Luis Loureiro, 2013). Hoje em dia, é considerada uma das doenças mais comuns e prejudiciais que causa elevados custos sociais, representando um dos problemas mais graves em saúde pública, com impacto em todos os níveis da sociedade. Ocorre cada vez mais cedo, antes dos dezoito anos de idade, com maior incidência sobre as raparigas comparativamente aos rapazes. Esta diferença acentua-se na fase da adolescência, após os quinze anos de idade. Os adolescentes apresentam características típicas de sintomatologia de transtornos depressivos desta fase da vida (Bahls & Bahls, 2002). Assim, podem manifestar irritabilidade, instabilidade, podendo ocorrer situações de humor explosivos e de raiva. Acredita-se que, mais de 80% dos jovens deprimidos apresentam um estado humoral irritado assim como perda de energia, apatia e desinteresse, lentidão psicomotora, sentimentos de desespero e de culpa, perturbações de sono, sobretudo falta de sono alterações do apetite e peso, isolamento e dificuldades de concentração (Bahls & Bahls, 2002). Podem ainda identificar-se graves problemas de comportamento, fraco desempenho escolar, baixa auto-estima,

dores abdominais, fadiga, cefaleias, ideias e tentativas de suicídio, uso abusivo de álcool e drogas (Bahls & Bahls, 2002; Feijó, Ricardo; Oliveira, 2001).

Existem fatores de risco para a depressão, nomeadamente a história familiar como a presença de doença depressiva num dos progenitores ou conflitos no seio familiar, a perda de um familiar próximo, o ambiente frequentado pelo jovem adolescente e as relações entre pares, a imagem do corpo e a identificação sexual, baixa condição socioeconómica. Segundo a literatura, um adolescente com depressão apresenta sempre um risco de recorrência que vai até à idade adulta, representando uma grande vulnerabilidade para transtornos depressivos no futuro (Bahls & Bahls, 2002).

Para Bahls (2002), o estudo de transtornos depressivos, na adolescência, reveste-se da maior importância na medida que representam só um grupo de patologias com altos índices na população, como também, em muitos casos conduz a um trágico desfecho através do suicídio. Estas considerações projetam a doença depressiva em adolescentes como um dos principais problemas de saúde pública. Os estudos em adolescentes jovens permitem observar, ao nível dos comportamentos de procura de ajuda na depressão, que são valorizadas as fontes de ajuda informal, concretamente os pais, namorados, amigos e professores, em detrimento dos profissionais de saúde. Apesar de ser importante a ajuda destes jovens, a procura de apoio nos familiares e pares pode, no entanto, retardar ou mesmo impedir a procura de ajuda profissional, (Luis Loureiro, 2013).

### ***Perturbação bipolar***

A perturbação bipolar ou doença dos humores, caracteriza-se por oscilações ou mudanças cíclicas de humor, por vezes acentuadas, como episódios de Mania, Hipomania, Depressão e Mistos (Lima, 2004; Ruiz et al., 2012). É uma doença mais perceptível na idade adulta, mas pode ter início na infância, geralmente com sintomas como irritabilidade intensa e impulsividade. Os episódios acima referidos, são caracterizados por situações de humor anormal e persistentemente

elevado, expansivo ou irritável, alternâncias de humor constantes, com duração variável no tempo (de dias a anos), podendo desenvolver situações depressivas acentuadas. Alguns destes episódios podem provocar no indivíduo incompatibilização social ou ocupacional ou, em caso extremo, exigir a hospitalização.

### *Consumos ou dependências*

Dito por Silva (2005), dependendo da história de vida de cada jovem, da dor mental maior ou menor associada às suas relações primárias e ainda, se estas relações falharam ou foram insuficientes, a fragilização neste período do desenvolvimento terá uma marca mais acentuada, com uma conseqüente intensificação dos sentimentos negativos associados, podendo haver o recurso a “objetos” de substituição, no sentido de procurar um espaço de ilusão onde o alívio desses sentimentos é possível.

O haxixe é, junto das camadas mais jovens, a substância ilícita mais consumida e com um início de consumo em idades cada vez mais precoces (A. Silva & Deus, 2005). Considerada uma droga “leve”, o haxixe, é hoje em dia cada vez mais usado no meio escolar. Facilmente ultrapassa a barreira do exterior para o interior da escola. Os próprios alunos a comercializam dentro do ambiente escolar e nada é feito para pôr termo a este “tráfico”. É vulgar o odor que se sente á saída do portão onde se concentram os fumadores, dada a proibição de se fumar dentro do recinto escolar. Tida como substância sem efeitos negativos, é aceite pela sociedade atual, sendo cada vez mais vulgar e trivializada. Em conjunto com o álcool, forma de socialização do grupo de pares, uma espécie de mediador da relação Eu-Outro, está presente nos hábitos quotidianos de muitos adolescentes (A. Silva & Deus, 2005). Na iniciação do consumo, o grupo de pares também constitui um dos fatores de maior risco para os adolescentes na medida que, funciona como um veículo para o consumo de substâncias. O jovem tem

necessidade de fazer como os amigos, a fim de ser um membro de pleno direito do grupo (A. Silva & Deus, 2005).

Para Feijó (2001), a tendência natural do adolescente é orientar-se pelo prazer que sente na realização de algo. Assim é importante compreender-se qual o motivo destes comportamentos, “não tomando as consequências como causas, mesmo que as consequências sejam as preocupações imediatas” citado por Feijó (2001).

Estes novos hábitos influenciam o desenvolvimento dos jovens, e podem colocar a sua saúde e bem-estar em risco, conduzindo a dependências cada vez mais “pesadas” pois o grau de insatisfação vai sendo cada vez maior e a solicitação também. Por sua vez, Silva, (2005) reforça os fatores de risco para o abuso de drogas: fatores familiares (história familiar de alcoolismo ou uso de drogas, permissividade ou autoritarismo, conflitos familiares), problemas comportamentais (comportamento anti-social, negativismo, baixa adaptabilidade, impulsividade, agressividade), fatores escolares (retenção precoce), amigos que usam drogas, história de abuso sexual e fatores sociais (fácil acesso à droga), (Feijó & Oliveira, 2001) e também a depressão (Marques & Cruz, 2000) . O efeito do álcool também tem sido tido em conta como veículo na iniciação e manutenção de consumos problemáticos (A. Silva & Deus, 2005). Estes autores notaram que as expectativas prediziam os estilos de consumos adaptados mais tarde pelos adolescentes.

Há estudos que confirmam que para muitos adolescentes o consumo de álcool se inicia cada vez mais cedo, verificando-se um aumento do consumo nas últimas décadas onde as principais tendências no padrão de consumo são uma experiência na infância e um consumo do tipo *bingedrinking*, bebedeiras na adolescência e consumo de bebidas alcoólicas predominantemente fora das refeições (T. Martins & Rodrigues, 2009). O álcool é a substância psicoativa mais usada pelos adolescentes. Apesar do seu consumo na adolescência ser ilegal, continua a ser

um importante problema de saúde pública pois é o maior fator de risco para a saúde deste grupo. Para além das más consequências para a saúde e para a sociedade, devido aos seus efeitos sobre os comportamentos dos consumidores, o consumo de álcool tem sido apontado como uma das principais causas indiretas de morte em adolescentes e adultos jovens (T. Martins & Rodrigues, 2009).

### ***Transtornos Alimentares***

Onde se incluem a Bulimia (ataques de "comer" compulsivo seguidos, muitas vezes, do ato de vomitar) e Anorexia (diminuição intensa da ingestão de alimentos). A pessoa demonstra um "pavor" de engordar, tomando atitudes exageradas ou não, necessárias para emagrecer, mantendo o peso muito abaixo do esperado para ela. O tratamento desses transtornos envolve uma equipa multidisciplinar (psiquiatra, nutricionista), fármacos antidepressivos e psicoterapia, necessitando em alguns casos de intervenções na família. Segundo Feijó e Oliveira, (Feijó & Oliveira, 2001) estas situações têm a ver com um padrão de influência a que, sobretudo as adolescentes são subjugadas em campanhas dos média (televisão, revistas, *muppis*) onde os modelos de beleza, nutricionais e de saúde estão patentes mas que muitas vezes são incompatíveis com as condições socioeconómicas ou com a sua fase de crescimento, colocando em risco a sua saúde por ocasionar transtornos alimentares, carências nutricionais ou mesmo fatores de ordem psicológica como sentimentos de frustração e alterações na imagem.

É perceptível, nos transtornos acima referidos, que o pensamento mágico do adolescente pode leva-lo a criar um ideal, identificável com um personagem, não existindo dificuldades para a concretização do seu modelo, existindo sim um facilitismo na resolução dos problemas adversos com mais um "final feliz", (Feijó & Oliveira, 2001). As desordens alimentares são uma área de estudo em constante desenvolvimento (James, 2007).

### ***Perturbações de Ansiedade***

A ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo e apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto, por pressentimento de perigo, algo desconhecido ou estranho. O desenvolvimento emocional nas crianças influencia as causas e a maneira como os medos e as preocupações se manifestam, podendo não reconhecer os seus medos como irracionais ou exagerados, o que não acontece com os adultos. A causa da ansiedade nas crianças, muitas vezes é desconhecida, podendo advir de fatores muito variados desde hereditários a ambientais (Castillo, Recondo, Asbahr, & Manfro, 2000).

As perturbações de ansiedade abrangem a ansiedade de separação e a fobia escolar, situações que ocorrem quase que exclusivamente na infância, até à perturbação obsessivo compulsiva, perturbação de ansiedade generalizada, *stress* pós-traumático, síndrome do pânico e fobias. De uma maneira geral, as perturbações de ansiedade na infância e adolescência, apresentam um perfil crónico, embora flutuante ou casual, se não forem tratados. A ansiedade manifesta-se segundo três dimensões: a biológica, a social e a psicológica. A vulnerabilidade genética pode ajudar a explicar o desenvolvimento de uma perturbação de ansiedade (estudos genéticos permitiram identificar alguns pequenos grupos de genes com papel importante na vulnerabilidade à depressão e à ansiedade). As pessoas que vivem com um nível muito elevado de ansiedade (variáveis sociais), podem desenvolver problemas na sua maneira de estar/ser (vulnerabilidades psicológicas e biológicas), em consequência dessa ansiedade (P. Martins, 2010). Além de causar elevado sofrimento físico e psicológico, as consequências dos sintomas de ansiedade podem ser desmoralizantes e incapacitantes em mais de uma esfera, como por exemplo, social, ocupacional, escolar e/ou familiar. Os sintomas podem iniciar-se tanto na infância como na adolescência, dependendo dos fatores subjacentes, podem decorrer em conformidade com outros sintomas psiquiátricos.

### ***Espetro do Autismo***

“O autismo não é um problema atual mas só recentemente foi reconhecido em prol da história da psiquiatria e da psiquiatria infantil”, Mendes (2011) citando Fritch, cit in Araújo, “O conceito autismo foi descrito clinicamente pela primeira vez pelo pedopsiquiatra Leo Kammer em 1943, após a sua publicação – *Autistic Disturbances of Affective Contac*, apesar de muitas anteriores descrições de crianças invulgares”. O autismo é uma perturbação global do desenvolvimento e o seu diagnóstico deve ser estabelecido o mais brevemente possível pois “o que de fato sabemos é que a maior parte do crescimento cerebral, bem como a maior parte dos aspetos fundamentais da aprendizagem têm lugar durante os primeiros seis anos de vida. Este é de fato o período nobre para a intervenção”, Mendes (2011) citando Sieguel.

Com base nos resultados do teste Sall-Ann e nos estudos de vários autores, foi conclusivo que as crianças com autismo apresentam dificuldades em compreender o pensamento e antecipar comportamentos, apresentando deste modo, um atraso em desenvolver a teoria da mente (teoria neurocognitiva explicativa do autismo, desenvolvida por Uta Frith, Alan Leslie e Simon Baron-Cohen em 1989), (Mendes, 2011, p. 24), dificuldades no comportamento social e na linguagem. O défice na linguagem era resultante da incapacidade que as crianças com autismo têm em comunicar os seus estados mentais, enquanto o social era consequência da incapacidade em dar sentido ao que as pessoas pensam e como se comportam.

### ***Metodologia***

#### ***Diagnóstico***

Um em cada cinco jovens sofre de problemas de desenvolvimento emocionais ou comportamentais. Neste contexto, tem sido enfatizada a necessidade de se desenvolverem recursos, junto dos jovens, destinados a promover o seu máximo

potencial tornando-se a prevenção e o tratamento dos problemas de saúde mental, um dos maiores problemas de saúde pública (Dwight et al., 2005).

A escassez de informação e o estigma associado às perturbações mentais são reconhecidos como importantes obstáculos à promoção de saúde mental, factos que se tornam bastante mais significativos em adolescentes, uma vez que o seu conhecimento sobre esta temática é ainda escasso. O estigma associado à doença mental põe em risco o tratamento e a qualidade de vida de muitas pessoas que passam por esta experiência quer directa, quer indirectamente, repercutindo-se nas comunidades e na vivência social desses indivíduos.

Neste sentido os adolescentes são um público-alvo prioritário para a promoção da saúde mental e para a redução do estigma associado a problemas de saúde mental uma vez que, não obstante que este estigma surja em idades precoces, é também esta a fase do desenvolvimento na qual as atitudes são mais flexíveis, podendo ser alteradas. Os adolescentes encontram-se num período de vida sensível, propício e fértil à aquisição de conhecimentos, o que permite uma actuação anterior à consolidação de estereótipos (I. Silva, 2012). Assim, os conceitos de literacia da saúde mental, o estigma e os mitos associados às perturbações mentais fundamentam este nosso trabalho e o desenvolvimento do programa que aqui se propõe.

### ***Objetivos gerais***

Desenvolver uma intervenção centrada nos conhecimentos, atitudes e comportamentos de jovens em relação a questões de saúde mental.

Reduzir as percepções estigmatizantes associadas a problemas de saúde mental.

Promover a saúde mental nas escolas.

Transmitir informação relativa a distúrbios geralmente associados a problemas de saúde mental.

Promover a literacia em saúde mental em alunos do ensino secundário.

Capacitar os alunos desta faixa etária para lidar de forma mais correcta, directa ou indirectamente, com possíveis problemas de saúde mental a que possam ser expostos.

Avaliar os conhecimentos acerca de questões de saúde mental.

Realizar o levantamento dos mitos e crenças sobre problemas de saúde mental.

### ***Procedimento***

Este programa designou-se “**Promoção da Saúde Mental na Escola**” e decorreu entre 15 de setembro e 15 de junho de 2013, correspondendo a um ano letivo. O programa destinou-se a alunos do ensino secundário do 11º e 12º ano, do Agrupamento de Escolas de Seia, do qual a autora deste estudo faz parte.

Numa primeira fase, foi solicitada a autorização aos coordenadores do projeto UPA<sup>1</sup> para aplicar o questionário no presente trabalho (anexo 1).

De seguida, foi requerida autorização à Direção da Escola, (anexo 2), para aplicação dos questionários às turmas do 11º e 12º ano e aos Encarregados de Educação uma vez que um grande número de alunos inquirido era menor de idade. O preenchimento do primeiro questionário, (Anexo 3), foi feito na escola secundária de Seia, no mês de Abril. Foram questionados 75 alunos.

O desenvolvimento do programa consistiu numa avaliação prévia da literacia dos alunos relativamente à temática da saúde mental, com o preenchimento do “Questionário UPA Faz a Diferença, que avalia as percepções dos jovens sobre questões relacionadas com problemas de saúde mental (conhecimentos, estereótipos, causas e intenções comportamentais)” (ENCONTRAR+SE - Associação de Apoio a Pessoas com Doença Mental Grave, 2010). A constar que no questionário ministrado, foram feitas pequenas adaptações de palavras e/ou

---

<sup>1</sup> O projeto “UPA Faz a Diferença: Ações de sensibilização pró-saúde mental”, pretende contribuir para o aumento de conhecimentos sobre questões de saúde mental junto dos jovens, fazendo parte do movimento UPA “Unidos para Ajudar”, destinados a combater o estigma e a discriminação associados às perturbações mentais.

termos à linguagem dos jovens e, retirada a informação inicial sobre a situação familiar e económica uma vez que os diretores de turma possuem uma grelha resumo com todas as informações sobre o agregado familiar e a situação familiar. O questionário adaptado, foi passado pela primeira vez pelo diretor de turma, em cada uma das turmas envolvidas no programa. Posteriormente, os alunos presenciaram uma sessão sobre Saúde Mental, após a qual, responderam novamente ao questionário. A sessão foi devidamente publicitada, através de cartazes, (anexo 4), no espaço escolar para que os alunos se sentissem mais motivados a participar.

A avaliação do efeito do programa foi realizada através das respostas dos alunos ao questionário UPA adaptado, podendo assim ser utilizado como “medida” de avaliação do programa uma vez que, permite estabelecer uma comparação das respostas dadas pelos alunos em duas situações diferentes, pré e pós implementação da ação.

Para dar provimento à sessão (formar alunos), contactou-se o coordenador do programa de intervenção com base na escola para adolescentes e jovens (PTDC/CPE-CED/112546/2009), financiado pela FCT/MCTES (PIDDAC) e cofinanciado pelo FEDER cujo objetivo é prover os jovens de literacia em saúde mental.

### ***Sessão***

A acção desenvolvida pela Dr.<sup>a</sup> Ana Teresa Pedreiro no auditório da escola secundária de Seia, teve como objetivo aumentar a literacia em saúde mental dos alunos, capacitando-os para reconhecerem os sinais num amigo, colega ou familiar e encaminha-los para ajuda profissional. A sessão foi estruturada com base no questionário aplicado, fazendo uma abordagem à saúde e à doença mental seguindo depois para algumas das perturbações, de uma forma ligeira. Abordou a diferença entre sinais e sintomas, bem como a relevância dos sinais nas perturbações mentais e se estas são passíveis de tratamento. A sessão

terminou com o ANIPI, que são um conjunto de estratégias para ajudar alguém que esteja a desenvolver uma das perturbações abordadas.

A ação decorreu por nível de escolaridade, com a duração de 100 minutos (50+50) cada, durante uma manhã. A linguagem utilizada pela formadora foi acessível, com pausas (interrupções) para a colocação de questões ou dúvidas quando necessário. No final da ação, foi entregue a cada um dos participantes um certificado de participação, (anexo 5).

### ***Instrumento***

Para a realização deste estudo, foi utilizado o questionário UPA adaptado, constituído por três secções que avaliam: Percepções estigmatizantes; Percepções de conhecimento; Intenções comportamentais (Campos, Costa, & Palha, 2010).

Percepções estigmatizantes – esta secção é constituída por 19 ítems (11 dos quais traduzidos e adaptados da escala PHS-AMI – PublicHeltScale – AttitudTowerd Mental Illness), respondida numa escala tipo Likert de 5 pontos (0 = discordo totalmente; 4 = concordo totalmente).

Percepções de conhecimento - nesta secção encontram-se as questões sobre a percepção do grau de conhecimento acerca de 14 problemas de saúde mental (Depressão, Perturbação bipolar, Fobias, Perturbação de pânico, Perturbação de stress pós-traumático, Perturbações de personalidade, Esquizofrenia, Anorexia, Bulimia, Dependências, Demência de Alzheimer, Espectro do autismo, Perturbações disruptivas do comportamento e Défice de atenção), com 5 opções de resposta (0 = não conheço; 4 = conheço muito bem); causas de problemas de saúde mental – com 8 opções de resposta que podem ser respondidas cumulativamente – e possibilidade de pessoas com problemas de saúde mental terem uma vida “como a das outras pessoas” – com 4 níveis de resposta (0 = impossível; 4 = possível).

Intenções comportamentais – esta última secção é referente a intenções comportamentais e possui três questões: intenção de procurar ajuda perante um

problema de saúde mental, numa escala tipo Likert de 5 pontos (0 = definitivamente não procuraria ajuda; 4 = definitivamente procuraria ajuda); tipo de ajuda com 4 opções; intenção de ajudar uma pessoa próxima com problemas de saúde mental (sim; não; não sei).

Para operacionalizar as percepções estigmatizantes, inverteram-se os 10 itens da escala que estavam formulados no sentido de indicarem percepções mais estigmatizantes (Itens 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19). Foi calculado um *score* total através da média das pontuações obtidas para cada item. As pontuações mais elevadas indicam percepções menos estigmatizantes, ou seja, mais positivas.

Na avaliação das percepções de conhecimentos em problemas de saúde mental calculou-se um *score* total somando as pontuações obtidas para cada uma das perturbações mentais relacionadas, em que as pontuações mais elevadas revelam uma maior percepção acerca da saúde mental.

### ***Caraterísticas psicométricas do questionário UPA-adaptado***

Recorrendo aos critérios de fidedignidade apontados por Pocinho (2012), numa citação a Prieto e Muniz, a consistência do questionário percepções estigmatizantes do UPA-adaptado revelam níveis de consistência interna adequada mas com algumas carências (alpha de Cronbach=0,677); no que respeita às percepções de conhecimentos a consistência é excelente (alpha =0,851).

### ***Participantes***

No estudo realizado participaram 75 jovens estudantes adolescentes, 47 do sexo feminino e 28 do sexo masculino. Destes alunos, 54,7% frequentavam o 11º e, 45,3% o 12º ano de escolaridade, em regime diurno da escolaridade obrigatória, do curso Ciências e Tecnologia. A idade dos alunos variou entre os 15 e os 19 anos (2,7% com 15 anos; 25,3% com 16 anos; 48,0% com 17 anos; 21,3% com 18 anos; 2,7% com 19 anos).

Segundo os registos facultados pelos diretores de turma sobre as caracterizações das turmas, pode-se aferir algumas informações sobre o agregado familiar. Assim, a faixa etária dos encarregados de educação está compreendida entre os 34 e os 56 anos e as suas habilitações literárias vão desde o ensino primário ao ensino superior, verificando-se a obtenção de mestrado por alguns pais. As profissões dos pais são variadas, havendo situações de desemprego, com reflexo no ambiente económico familiar. De um modo geral, as famílias têm mais do que um filho a frequentar a escola ou o ensino superior, sendo mais um encargo acrescido ao rendimento familiar. De referir ainda, que quase todos os alunos têm computador e acesso à internet em casa, o que facilita o acesso a muita informação.

### ***Análise dos dados***

Os dados recolhidos (obtidos) foram tratados estatisticamente através do *Statistical Package for Social Ciencias* (SPSS) v.20, recorrendo também à estatística descritiva para a avaliação das perceções estigmatizantes e das perceções de conhecimentos relativas a problemas de saúde mental; o teste de Wilcoxon para avaliação de diferenças ao nível dos resultados pré e pós intervenção. Iniciou-se a análise de dados com a estatística descritiva dos dados pré-intervenção e pós-intervenção em separado.

Depois do exame às variáveis que avaliaram a perceção do conhecimento em saúde mental, através do teste Kolmogorov-smirnov (após correcção Lilliefors à significância), verificámos que a sua distribuição era normal ( $p > 0,200$ ), pelo que decidimos que utilizaríamos a estatística paramétrica sempre que necessitássemos de recorrer à estatística inferencial. Assim para avaliar as diferenças entre antes e após a intervenção recorreremos ao teste t de Student para dados emparelhados.

Foi considerado um nível de  $p < 0,05$  como critérios para rejeitar a Hipótese nula.

### ***Resultados***

Até este ponto, desenvolvemos as teorias subjacentes à problemática em estudo e os procedimentos metodológicos, necessários à execução deste trabalho científico. Se as teorias permitiram delinear um corpo de conceitos, os resultados aqui apresentados permitirão um aporte acerca da compreensão das realidades e ambiguidades vivenciadas pela população em estudo. Aqui, iniciamos com a fase descritiva (pré intervenção) e seguimos para a inferencial (diferença de comportamentos, estereótipos, causas e conhecimento em saúde mental nos adolescentes).

### ***Pré – intervenção***

Na análise da tabela obtida sobre as percepções estigmatizantes, (anexo 6), as mais negativas (discordam/discordam totalmente) referem-se aos itens 15 (única culpada da sua situação), 11 (rejeitadas pelas suas famílias).

Relativamente às percepções de conhecimentos, os alunos revelam menor conhecimento sobre Perturbação de pânico, Perturbação obsessiva-compulsiva, Stress pós-traumático, Perturbação de personalidade, Esquizofrenia. As perturbações mais identificadas foram Depressão, Perturbação bipolar, Anorexia, Bulimia, Dependências, Espetro do autismo, Perturbações disruptivas do comportamento e de Défice de atenção. Estas últimas demências apresentam valores de nível 1 o que quer dizer que não lidam com facilidade com a situação face à falta de conhecimento ou de associação.

No que respeita às causas associadas aos problemas de saúde mental, os inquiridos referem a fragilidade psicológica pessoal (N=70; 93,3%), os acontecimentos da vida (N=66; 88,0%), o consumo de drogas / álcool (N=62; 82,7%), problemas familiares (N=56; 74,7%), a hereditariedade (N=45; 60,0%), o funcionamento cerebral (N=43; 57,3), como as mais apontadas.

Na questão sobre a possibilidade de uma pessoa com problemas de saúde mental ter uma “vida como a das outras pessoas”, 15 inquiridos responderam ser possível (20,0%).

No que diz respeito às intenções comportamentais, 30 alunos (40,0%) provavelmente procurariam ajuda dos pais (58,7%).

No conhecimento de alguém que sofre ou sofreu de uma perturbação mental, 64,0% dos inquiridos afirma conhecer. A pessoa em questão é um outro familiar (43,8%).

### ***Diferença de comportamentos, estereótipos, causas e conhecimento em saúde mental nos adolescentes***

Analisando os resultados após a formação, sobre as percepções estigmatizantes, (anexo 6), verificámos que a formação só contribui para melhorar o estigma em 4 dos 19 itens. Esta melhoria foi assinalada nas questões “pessoas com perturbação mental afastam-se dos seus familiares” (item 1), “uma pessoa com perturbação mental pode eventualmente recuperar” (item 2), “pessoas com uma perturbação mental afastam-se dos seus amigos” (item 9) e “uma pessoa com uma perturbação mental se quiser pode recuperar” (item 18).

Nas questões 12 e 14, apesar de não haverem diferenças de opiniões antes e após a formação, as percepções dos alunos não eram estigmatizantes, já que a maioria considera nos dois momentos “que qualquer pessoa pode ter, em algum momento da sua vida uma perturbação mental” (item 12), “que pode ter o mesmo sucesso de trabalho que outra pessoa” (item 14). Quanto ao item 8 e 18 que questionam, respectivamente, acerca da concordância com a afirmação “uma pessoa com perturbação mental sente o mesmo que todos nós” e “uma pessoa com perturbação mental, se quiser pode recuperar” a grande deslocação dos sujeitos passa no primeiro caso de uma posição de aceitação para uma de estigma e, no segundo, da neutralidade para a concordância com a afirmação. Destacamos, ainda nas questões do estigma, os itens 6 e 17. Na afirmação “as pessoas são de

forma geral simpáticas e atenciosas com quem sofre de perturbação mental” (item 6), a maioria dos jovens transporta a sua opinião do discordo para a neutralidade. Na afirmação “se uma pessoa com perturbação mental é violenta para com as outras pessoas” (item 17), o estigma parece ter-se acentuado, já que se deslocam da posição neutral para a concordância com esta afirmação.

Relativamente às perceções de conhecimentos, de um modo geral os inquiridos mostraram um aumento de informação após a ação.

No que respeita às causas associadas aos problemas de saúde mental, (anexo 7), os resultados reforçam as opções feitas pelos inquiridos, uma vez que os dados obtidos tiveram, de um modo geral, um aumento significativo do antes para o pós intervenção. De reforçar que a Fragilidade psicológica pessoal obteve 100% e os Problemas familiares 99,0%.

Na questão sobre a possibilidade de uma pessoa com problemas de saúde mental ter uma “vida como a das outras pessoas”, o número de inquiridos pré intervenção 15 (20,0%) que responderam ser possível aumentou para o dobro na pós intervenção 32 (42,7%).

No que diz respeito às intenções comportamentais, os alunos manifestam a intenção de definitivamente procurarem ajuda. Quanto ao tipo, permanece com maior percentagem a procura da ajuda dos pais (82,7%), no entanto, há um maior número de alunos que selecionam a de ajuda de outra pessoa (44,0%).

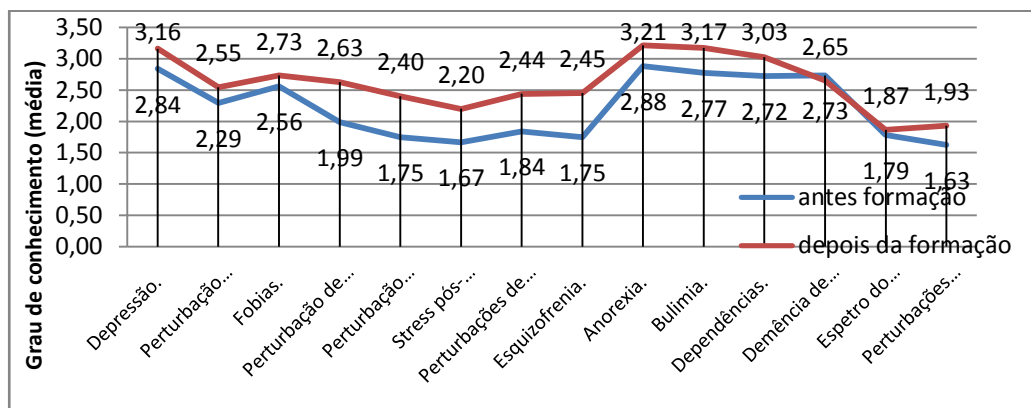
Quando questionados se conhecem alguém próximo com um problema de saúde mental, os alunos continuam a responder afirmativamente e a oferecer ajuda.

No sentido de sabermos se sessões especificamente direcionadas para a literacia em saúde mental leva a diferentes comportamentos e formação/destruição de estereótipos, comparámos o resultado entre os pares de respostas obtidas no UPA-adaptado. Os resultados podem ser observados na tabela que se segue.

		Média	Desvio padrão	T <sub>gl</sub> ; p
Pair 1	Perceções_estigmatizantes antes	2,31	0,34	1,859 <sub>74</sub> ; 0,067
	Perceções_estigmatizantesapós	2,26	0,33	
Pair 2	Perceção_conhecimento antes	2,23	0,52	-5,571 <sub>74</sub> ; 0,0001
	Perceção_conhecimentoaapós	2,60	0,40	

Como se pode verificar a formação produziu efeitos estatisticamente significativos na perceção do conhecimento após formação, com os alunos a percecionarem um conhecimento superior, contudo no que se relaciona com o estigma/estereótipos, embora pareça que aumentou o estigma, as diferenças não são estatisticamente significativas.

O gráfico que se segue mostra como se distribuiu as respostas do conhecimentos a cada uma das patologias inscritas no UPA-adaptado.



Como se pode observar, as diferenças na perceção do conhecimento deveram-se, essencialmente, à Perturbações de pânico, Perturbação obsessivo-compulsivas, Stress pós traumático, Perturbação da personalidade e Esquizofrenia. Com efeito, já havia referido, que eram as patologias onde os alunos tinham conhecimentos mais baixos antes da intervenção, contudo, foi também nestas, que o diferencial de conhecimentos mais se notou. No sentido contrário, temos o conhecimento adquirido na Demência de Alzheimer com valores muito próximos entre as duas avaliações, o que significa que o novo entendimento sobre a perturbação em causa não se diferenciou substancialmente do que tinham antes.

### ***Discussão***

O trabalho desenvolvido permitiu aferir as percepções dos jovens e promover a saúde mental entre os adolescentes das turmas alvo (11º e 12º anos).

O questionário permitiu que os inquiridos contatassem com algumas situações supostamente novas, das quais nunca tinham ouvido falar, no caso, das percepções de conhecimento ou que, de alguma forma, fariam a sua associação à saúde mental.

Comparando os resultados, antes e depois da ação, a nível das percepções estigmatizantes, os alunos passam de uma atitude menos estigmatizante para uma posição mais estigmatizante. Após a sessão de intervenção, os jovens obtiveram informação que lhes permitiu aumentar alguns dos seus conhecimentos, a identificar atitudes pessoais, o seu impacto e, conseqüentemente, leva-los a aumentar o estigma (Angermeyer & Matschinger, 2003; Jorm & Griffiths, 2008; Golberstein, Eisenberg, & Gollust, 2009). As atitudes estigmatizantes são consideradas atitudes preconcebidas que as pessoas, de um modo geral, possuem para com indivíduos que manifestem problemas de saúde mental (Jorm & Griffiths, 2008) . O estigma é um fator muito enraizado entre a sociedade (Golberstein et al., 2009) podendo rotular indivíduos e agrupa-los em sujeitos socialmente inaceitáveis, (Yap, Wright, & Jorm, 2011), identificado como o estigma público ou percebido. Daí os resultados terem aumentado neste tema uma vez que, a informação que os alunos receberam permitiu-lhes fazer essa seriação e se não o possuíam, passaram a ter a percepção do estigma, a desenvolver uma discriminação ou mesmo uma exclusão social. Mesmo com a melhoria de informação e o aumento da sensibilidade da opinião pública, a compreensão parece ser ainda diminuta (Luís Loureiro, Dias, & Aragão, 2008). Ainda no estigma, entre a depressão maior e a esquizofrenia, duas situações típicas de doença mental, a esquizofrenia é a doença sobre a qual recai uma maior estigmatização com efeitos negativos, associada a um estereótipo criado por

peessoas preconceituosas, induzindo a um efeito negativo dos doentes mentais conduzindo a um aumento da discriminação, situação não aplicada à depressão que não desenvolve qualquer impacto sobre as atitudes públicas (Angermeyer & Matschinger, 2003).

O objetivo da promoção e do reconhecimento dos problemas de saúde mental é dar a conhecer que algumas situações são tratáveis, visando a redução do preconceito da discriminação (Jorm & Griffiths, 2008).

Nas perceções do conhecimento, a demência de Alzheimer é o problema de saúde mental, identificado antes e depois da ação com valores muito próximos. Estes resultados revelam por parte dos alunos, um comportamento inverso. Isto quer dizer que os inquiridos, supostamente, não possuem a noção do conhecimento correto sobre o problema de Alzheimer, tendo um conhecimento antes da ação que se altera após, obtendo um novo entendimento sobre a perturbação em causa. Segundo Angermeyer (2003), torna-se portanto, necessário identificar as atitudes pessoais, bem como, as situações de doença e diferencia-las. Inclusive, a confrontação direta com a situação de doença mental pode conduzir a uma outra, de medo e de isolamento. Após a ação, os jovens ao serem informados sobre alguns problemas de saúde mental e esclarecimento de algumas situações que os alunos desconheciam como sendo um problema de saúde mental, algumas das suas características e a forma com se podem manifestar, mostraram uma mudança na sua opção de resposta, passando a revelar um grau de conhecimento de nível 3. Relacionando os valores obtidos nas causas, os mesmos, apesar de já apresentarem valores elevados, aumentaram após a ação.

Na intenção de procurar ajuda, 41 dos inquiridos após ação, definitivamente procurariam ajuda (54,7%). No entanto, coloca-se a situação em que tem de se perceber que há uma associação entre o conhecimento das características de uma doença mental e o recurso à procura de ajuda (serviços de saúde mental), e ainda não há associação entre a perceção direta de características da doença e a procura

de ajuda – entender que se está doente não implica a procura de ajuda especializada (ajuda médica). Pode concluir-se que a perceção das características da doença podem não ser suficientes para a procura de ajuda especializada (Golberstein et al., 2009).

Para Yap (2011) o estigma da existência de um problema de saúde mental acredita-se ter uma influência importante sobre os jovens na procura de ajuda sobre esse mesmo problema. O estigma está relacionado com a procura de ajuda mas a própria figura do psiquiatra, em muitos casos, pode diminuir se não adiar a procura da mesma, conduzindo a um distanciamento social. Os estudos mostram, também, que um maior auto-estigma, isto é, a perceção de si mesmo, menor a procura de ajuda diferencial. A evidência, diz também, que quanto maior a idade, maior vai sendo a relutância na procura de ajuda, e, caso o façam, recorrem à família ou aos amigos (Yap et al., 2011). Por sua vez, os mais jovens recorrem mais à família e aos amigos, o que de certo modo se confirma nos resultados obtidos. Os jovens podem ainda procurar ajuda médica por influência dos pais, familiares ou amigos. Yap (2011) diz ainda que os jovens reconhecem quando necessitam de procurar ajuda e têm a capacidade de reconhecer determinadas características em pares revelando, no entanto, relutância em as conhecer e ou negar, que se identifica com outros, não assumindo a doença se fosse o caso. Estas particularidades encontram-se dentro das características de ajuda e da perceção da doença. As atitudes estão associadas com as intenções da procura de ajuda e sugerem que as diferentes dimensões destas características também influenciam os jovens na procura de ajuda. Não se pode, no entanto, esquecer que as respostas podem ser afetadas pelo ambiente económico e social em que os alunos estão inseridos. Um outro fator é a predisposição e o conhecimento que as pessoas possuem e que pode condicionar o tipo de resposta. O estudo de Yap (2011) é um dos poucos que leva a que as pessoas jovens assumam a procura de ajuda. Quanto maior a predisposição e maior o conhecimento do que é uma

desordem mental ou uma doença, maior é o reconhecimento dessas pessoas para a procura de ajuda.

Salienta-se, que os efeitos do estigma podem conduzir a uma procura de ajuda pessoal (família e amigos) ou uma ajuda mais formal ou profissional (serviços de assistência, médicos, profissionais de saúde mental).

Do exposto, o estudo efetuado revelou-se bastante positivo. A amostra pode não ser de todo significativa assim como o número de ações, no presente caso, somente uma para cada nível de ensino. No entanto, foi importante o contato que foi estabelecido com os alunos na sensibilização feita pela autora deste estudo, antes da ação mas após a administração do primeiro tempo do questionário. Sob orientação do plano nacional de saúde, foi dado a conhecer a necessidade da implementação do projeto em saúde mental do ministério da educação, desmistificando o conceito de saúde mental na perspectiva dos jovens. Os alunos associam mais para um contexto de “doenças do foro psicológico” em sentido negativo e estigmatizante para com os indivíduos em questão. Segundo Yap (2011), a descoberta sobre os problemas/doenças é importante dado que constitui a base para a redução do estigma existente.

### ***Conclusão***

Devido à multiplicidade de fatores que determinam a saúde mental e pela crescente prevalência das perturbações mentais que se têm vindo a sentir, que influenciam o funcionamento das sociedades, é consensual a necessidade de implementação e aplicação de projetos que contribuam para a promoção da saúde mental (I. Silva, 2012).

A saúde mental não se aplica só a adultos. Cada vez mais cedo se detetam situações de saúde mental em idades precoces o que vem de encontro ao exposto pela OMS, 7 em cada 10 jovens virão a sofrer de uma perturbação mental. Para se fazer uma avaliação em saúde mental dos jovens, é fundamental aferir o seu grau

de conhecimento sobre algumas das patologias, as quais têm início nas camadas mais jovens e em meio escolar, continuando e prevalecendo depois na fase adulta. O reconhecimento precoce destes problemas e a procura de ajuda apropriada só acontecerá se os jovens estiverem cientes das mudanças provocadas por estas doenças e de como aceder aos vários tipos de ajudas disponíveis (Correia, et al., 2011).

Os programas já existem no plano nacional de educação, o necessário é colocá-los em prática, tornando-os estáveis e eficazes. Há que desmistificar alguns termos e ideias preconcebidas para se poder chegar próximo da população escolar, pois, é nessa fase que tem que se insistir para ensinar a saber separar, muitas das vezes, o certo do errado. Claro que, as opções e as ações que se praticam, dependem de cada um mas não é por falta de meios, de campanhas nem de informação que se deve deixar que os nossos jovens sigam percursos dos quais muitas das vezes é difícil retornar.

A promoção de saúde é acima de tudo a educação e postura de um modo de vida diferente, constituindo uma estratégia essencial na prevenção primária em saúde mental. Os indivíduos devem realizar atividades relacionadas com o seu bem-estar e qualidade de vida, isto é, que visem desenvolver um repertório maximizado de competências individuais. Nas crianças e jovens cujos hábitos, atitudes interpessoais e estilos de vida estão em formação e desenvolvimento, é essencial a existência de ações preventivas e promocionais de saúde pois, nesta faixa etária, são mais receptivos e flexíveis às mudanças psicossociais. Para Feijó (2001), a prevenção é o caminho mais correto e eficaz, sendo a educação, a divulgação do conhecimento, a valorização dos elementos morais e éticos, o papel da família, das escolas e instituições pilares fundamentais desta tarefa.

Torna-se premente realizar campanhas nas escolas para promover a literacia em saúde mental, assim como, educar para este tipo de problemas e doenças (Khan, Hassali, Tahir, & Khan, 2011) que surgem cada vez mais cedo na nossa

sociedade (I. Silva, 2012). A necessidade de envolver os adolescentes em programas é fundamental para superar o estigma associado à saúde mental (James, 2007). A consciência e o conhecimento que os jovens possuem associados à sua origem e ambiente socioeconómico podem aumentar ou não o seu nível de informação (Yap et al., 2011).

Wells (2003), escreve que os programas para a promoção da saúde mental, em oposição à prevenção podem ser eficazes e sugerem que, a longo prazo, as intervenções que promovem uma saúde mental positiva e eficaz a todos os alunos, alterando o ambiente escolar, tendem a ser mais bem sucedidas do que a promoção baseada em sessões pontuais e a curto prazo. As evidências com base em estudos, realizados por Weels (2003), demonstraram que a promoção da saúde mental em escolas é muito importante e determinante para os resultados sociais. A abordagem não deve ser focada só nos alunos mas envolver toda a escola, desde funcionários, familiares e comunidade, para se poder alterar o ambiente e a cultura escolar e extra-escola. Esta abordagem pode também exigir mudanças nas atitudes dos professores, crenças ou comportamentos e atitudes. A revisão da literatura apoia as abordagens implementadas de uma forma contínua e por um longo período de tempo, melhorando assim a cultura escolar. É obvio que um programa de promoção de saúde mental desta dimensão, com uma abordagem a toda a escola, implica um compromisso com a própria escola, existência de recursos e tempo para a implementação de um programa desta dimensão. Noutra perspetiva, pode revelar dificuldade da realização de avaliações e abordagens de toda a escola.

### ***Limitações do projeto e recomendações***

O estudo apresentado teve a duração de um ano letivo, o que mostra ser um período de tempo muito curto. Apesar dos resultados evidenciados pelo presente estudo de melhorias no conhecimento, estas devem ser interpretadas de forma

cautelosa, atendendo aos **limites** que marcam a presente investigação, nomeadamente o tipo de estudo transversal/ao invés de longitudinal, a pouca representatividade/abrangência da amostra, o tipo de sessões de intervenção que, para além, do conhecimento deveriam ser individualizadas pela especificidade em temas como estigma, estereótipos, problemas e saúde mental.

Para **futuros** esforços de pesquisa na continuidade deste estudo, recomenda-se que seria de todo importante avançar para estudos *quasi* experimentais no sentido de averiguar o valor preditivo da formação e dos conhecimentos na alteração de atitudes e comportamentos.

O que se pretende neste tipo de estudos é que o efeito perdure no tempo. Numa perspetiva mais abrangente, um estudo longitudinal seria, assim, estimulante a aceder a uma avaliação fundamentada e dinâmica das mudanças intra individuais em conjunto com uma amostra mais representativa abrangendo todas as turmas do 11º e 12º anos da escola, não esquecendo a especificação das sessões, de modo a perceber se a evolução do conhecimento se repercute na alteração de comportamentos e cujo efeito de continuidade reforçaria uma ação mais efetiva na saúde mental dos nossos jovens.

Do exposto, o trabalho desenvolvido ao longo deste ano letivo deveria ter continuidade no próximo ano.

### ***Referências Bibliográficas***

- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness : effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder, (4), 304–309.
- Avanci, J., Assis, S., Oliveira, R., Ferreira, R., & Renata, P. (2007). Fatores Associados aos Problemas de Saúde Mental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(3), 287–294.
- Bahls, S. (2000). Uma visão geral sobre a doença depressiva. *Interação em Psicologia*, 4.

- Bahls, S., & Bahls, F. R. C. (2002). Depressão na adolescência : características clínicas. *Interação em Psicologia*, 6(1), 49–57.
- Campos, L., Costa, N., & Palha, F. (2010). O UPA faz a diferença – acções de sensibilização pró-saúde mental Parte 1- Construção de guião de Focus Group. In *VIII Congresso Nacional da Psicologia da Saúde*. Lisboa.
- Castillo, A., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria (Supl II)*, 22(m), 22–25.
- Correia, N. (2006). *Estudo Exploratório dos Níveis de Coordenação Motora em Indivíduos com Perturbações do Espectro do Autismo*. Universidade do Porto- Faculdade de Desporto.
- DGS - Ministério da Saúde. (2010). Programa Nacional para a Saúde Mental – Orientações Programáticas. *Direção-Geral da Saúde*. Retrieved from <http://www.dgs.pt/?cr=22514>
- Direcção-Geral da Saúde, & Divisão de Saúde. (2006, June 7). Saúde Escolar. *Diário da República n.º 110*. Lisboa.
- Downs, W. R., & Rose, S. R. (1991). The relationship of adolescent peer groups to the incidence of psychosocial problems. *Adolescence*, 26(102), 473–92. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1927677>
- Dwight, E., Foa, E., Gur, R., Hendin, H., O'Brien, C., Seligman, M., & Walsh, B. (2005). *Treating and preventing adolescent mental health disorders: What we know and what we don't know. A research agenda for improving the mental health of our youth*. New York: Oxford University Press, Inc.
- ENCONTRAR+SE - Associação de Apoio a Pessoas com Doença Mental Grave. (2010). UPA Faz a Diferença. <http://upafazadiferenca.encontrarse.pt/Default.aspx?PageId=1>.
- Feijó, R., & Oliveira, É. (2001). Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria*, 77(Supl. 2), 125–134.
- Golberstein, E., Eisenberg, D., & Gollust, S. (2009). Perceived Stigma and Help-Seeking Behavior : Longitudinal Evidence From the Healthy Minds Study, 60(9), 59–61.
- Gore, F. M., Bloem, P. J. N., Patton, G. C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., ... Mathers, C. D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*, 377(9783), 2093–102. doi:10.1016/S0140-6736(11)60512-6
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C., & Bumbarger, B. (2000). *Prevention Research Center for the Promotion of Human Development* (Vol. 2000, p. 152).

- Greenberg, M. T., Weissberg, R. P., O'Brien, M. U., Zins, J. E., Fredericks, L., Resnik, H., & Elias, M. J. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist*, 58(6-7), 466–474. doi:10.1037/0003-066X.58.6-7.466
- James, A. (2007). Mental health in childhood and adolescence. *The Lancet*, 369(9569), 1251–1252. doi:10.1016/S0140-6736(07)60579-0
- Jorm, A. F., & Griffiths, K. M. (2008). The public's stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: how important are biomedical conceptualizations?, (2), 315–321. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01251.x
- Khan, T., Hassali, M., Tahir, H., & Khan, A. (2011). A Pilot Study Evaluating the Stigma and Public Perception, 40(1), 50–56.
- Leite, L. C. (2011). Outros descaminhos na adolescência: Os jovens invencíveis ao controle social. In Edson Saggese e Ligia Costa Leite (Ed.), *Da clínica à reabilitação psicossocial: manual de saúde mental de crianças e adolescentes* (pp. 29–34). Rio de Janeiro. Retrieved from <http://www.ipub.ufrj.br/portal/ensino-e-pesquisa/cadernos-ipub/publicacoes/volume-01>
- Lima, D. (2004). Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 11–20. doi:10.1590/S0021-75572004000300003
- Loureiro, Luis. (2013). Barreiras determinantes da intenção de procura de ajuda informal na depressão. *International Journal of Developmental and educational psychology*, 1, 733–746.
- Loureiro, Luís, Dias, C., & Aragão, R. (2008, December). Crenças e Atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais. *II.ª Série - n.º 8, II.ª Série(n.º 8)*, 33–44.
- Loureiro, Luís, Jorm, A., Mendes, A., Santos, J., Ferreira, R., & Pedreiro, A. (2013). Mental health literacy about depression: a survey of portuguese youth.
- Loureiro, Luís, Mendes, A., Barroso, T., Santos, J., Oliveira, R., & Ferreira, R. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios, *III série*, 157–166.
- Marques, A., & Cruz, M. (2000). O adolescente e o uso de drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Supl II), 32–36. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3794.pdf>
- Martins, P. (2010). *Personalidade e sua relação com transtornos de ansiedade e de humor: Uma análise da produção científica brasileira na abordagem*

*cognitivo-comportamental Personalidade e sua relação com transtornos de ansiedade e de humor : Uma análise da produção científ.* UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.

- Martins, T., & Rodrigues, T. (2009). *Saúde e Qualidade de Vida em análise* (p. 349). Porto.
- Matos, M. G. De, & Carvalhosa, S. F. (2001). A SAÚDE DOS ADOLESCENTES : AMBIENTE ESCOLAR E BEM-ESTAR, 2(2), 43–53.
- Mendes, A. (2011). *Aplicação da CCC-P (Checklist da Comunicação da Criança) em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo.* Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências da Saúde- Porto.
- OMS. (2010). Mental health: strengthening our response. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en>.
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de investigação e comunicação do conhecimento científico* (p. 206). Lidel.
- Ruiz, A. M., Pereira, G., Dourado, D., Sales, L. De, Aparecida, N., & Assis, V. C. (2012). O transtorno bipolar na infância e na adolescência. *Reuni - Revista Eletrónica, XII(5)*. Retrieved from <http://reuni.unijales.edu.br>
- Silva, A., & Deus, A. (2005). Comportamentos de consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes : Estudo comparativo (\*), 2, 151–172.
- Silva, I. (2012). *Abrir Espaço à Saúde Mental – Estudo piloto sobre conhecimentos , estigma e necessidades relativas a questões de saúde mental , junto de alunos do 7º ano de escolaridade.* Universidade Católica Portuguesa.
- Wagner, A., Ribeiro, L. D. S., Arteche, A. X., & Bornholdt, E. a. (1999). Configuração familiar e o bem-estar psicológico dos adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 12(1)*, 147–156. doi:10.1590/S0102-79721999000100010
- Wells, J., Barlow, J., & Stewart-Brown, S. (2003). A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. *Health Education, 103(4)*, 197–220. doi:10.1108/09654280310485546
- Yap, M. B. H., Wright, A., & Jorm, A. F. (2011). The influence of stigma on young people ' s help-seeking intentions and beliefs about the helpfulness of various sources of help, 1257–1265. doi:10.1007/s00127-010-0300-5

## ***Anexos***

**Anexo 1 - Autorização do Projeto UPA para aplicação do questionário**

**Anexo 2 - Autorizações concedidas pela direção do Agrupamento de escolas - Seia**

**Anexo 3 - Questionário UPA adaptado passado aos alunos do Agrupamento de escolas – Seia**

**Anexo 4 - Cartaz de publicitação da ação sobre saúde mental**

**Anexo 5- Certificado da ação desenvolvida no Agrupamento de escolas - Seia**

**Anexo 6 - Tabela 1 - perceções estigmatizantes**

**Anexo 7 - Tabela 2 - causas no aparecimento de problemas em saúde mental**

Cara Maria Graça,

Agradeço o seu interesse pelo trabalho que temos vindo a desenvolver no âmbito da promoção da saúde mental em contexto escolar.

O questionário que refere foi construído e as suas características psicométricas foram avaliadas no âmbito de um projeto de investigação. Poderá consultar os resultados no relatório final do projeto UPA Faz a Diferença, onde provavelmente teve acesso ao instrumento.

Relativamente ao seu pedido, o mesmo deveria ter sido formulado antes da adaptação do instrumento. Também seria importante ter referido o nome do seu orientador.

De qualquer forma, autorizamos a adaptação do questionário, agradecendo o acesso aos resultados do seu trabalho, quando o mesmo estiver concluído. Chamamos a atenção para o facto de o questionário não avaliar o grau de conhecimentos dos jovens, mas antes a sua percepção sobre diversas questões relacionadas com a saúde mental (conhecimentos, estereótipos, causas, intenções comportamentais).

Bom trabalho,  
Luísa Campos

---

Luísa Campos  
Prof. Auxiliar | Faculdade de Educação e Psicologia  
Universidade Católica Portuguesa | Centro Regional do Porto  
Rua Diogo Botelho, 1127 | 4169-005 Porto  
(T) + 351 22 619 62 00 (ext. 132)  
[mcampos@porto.upc.pt](mailto:mcampos@porto.upc.pt)  
[www.porto.upc.pt/1ep](http://www.porto.upc.pt/1ep)

Coordenadora do Projeto "Abrir espaço à saúde mental" / "Finding space to mental health"  
[www.porto.upc.pt/1ep/abrir-espaço-a-saúde-mental/](http://www.porto.upc.pt/1ep/abrir-espaço-a-saúde-mental/)



---

**From:** [mglmendonca@sapo.pt](mailto:mglmendonca@sapo.pt) [mailto:[mglmendonca@sapo.pt](mailto:mglmendonca@sapo.pt)]  
**Sent:** terça-feira, 15 de Janeiro de 2013 15:50  
**To:** Luísa Campos  
**Subject:** Pedido de permissão ao Projeto UPA

Boa tarde

No âmbito do 2º ano do Mestrado em Educação para a Saúde, que me encontro a frequentar na Escola Superior de Tecnologias da Saúde em parceria com a Escola Superior de Educação de Coimbra, pretendo desenvolver um projeto subordinado ao tema "Literacia em Saúde Mental" na escola secundária de Seia, onde leciono.

Na pesquisa de literatura encontrei o vosso projeto, "UPA faz a diferença", bem como o questionário que achei

simples e possível de ser utilizado em turmas do 11º ano. Assim, com base nesse questionário, que adaptei à realidade da escola onde o

pretendo aplicar, e que segue em anexo, gostaria de pedir permissão para utilização do mesmo.

Pretendia ainda confirmar se o vosso questionário está validado.

Remeto este e-mail para o endereço que está no Projeto UPA, pedindo desde já desculpa por algum incómodo que

Anexo 2: Autorizações concedidas pela direção do Agrupamento de escolas - Seia



Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Coimbra

Escola Superior de Educação de Coimbra



Ex.ma Senhora:

No âmbito do 2º ano do Mestrado em Educação para a Saúde, que me encontro a frequentar, pretendo desenvolver um projeto subordinado ao tema "Literacia em Saúde Mental". A sua concretização inclui a realização de um inquérito anónimo, para turmas do 1º ano, a realizar dentro do horário semanal e sem prejuízo das atividades letivas dos alunos.

Neste sentido, venho solicitar a autorização do Conselho Executivo, a aplicação do questionário "Grau de conhecimento dos alunos em Saúde Mental" em turma.

Agradeço, desde já, a sua colaboração.

A Professora:

*Maria da Graça Gonçalves Mendonça*

*Autoreizo*

A Presidente do Conselho Executivo

*Fg. L. Narciso*

Seia, 31 de janeiro de 2013



ESSEC  
Escola Superior de  
Educação de Coimbra

Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Coimbra

Escola Superior de Educação de Coimbra

Ex.ma Senhora:

No âmbito do 2º ano do Mestrado em Educação para a Saúde, que me encontro a frequentar, pretendo desenvolver um projeto subordinado ao tema "Literacia em Saúde Mental". A sua concretização inclui a realização de um inquérito anónimo, para turmas do 12º ano, a realizar dentro do horário semanal e sem prejuízo das atividades letivas dos alunos.

Neste sentido, venho solicitar a autorização do Conselho Executivo, a aplicação do questionário "Grau de conhecimento dos alunos em Saúde Mental" em turma.

Agradeço, desde já, a sua colaboração.

A Professora:

*Maria da Graça Gonçalves Mendonça*

A Presidente do Conselho Executivo


Seia, 03 de abril de 2013

### Anexo 3: Questionário UPA adaptado passado aos alunos do Agrupamento de escolas – Seia

#### Questionário para tese de mestrado em Educação para a Saúde

*Perceções dos jovens em Saúde Mental*

Anoletivo 2012/2013

 Solicita-se alguns minutos para responder às questões que se seguem, de forma sincera. O objetivo deste questionário visa obter uma melhor perceção sobre o que os jovens sabem ou não sabem sobre o tema da Saúde Mental. Obrigada.

Nível de ensino \_\_\_\_º ano, turma \_\_\_\_ Idade \_\_\_\_ sexo F  M

1. No quadro que se segue encontram-se várias afirmações. Em relação a cada uma delas, indica o quanto **concordas** ou **discordas**.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. As pessoas com uma perturbação mental afastam-se dos seus familiares (isola-se da família).					
2. Uma pessoa com uma perturbação mental pode, eventualmente recuperar (curar-se).					
3. É difícil falar com uma pessoa com perturbação mental.					
4. Uma pessoa com uma perturbação mental melhoraria se fosse tratada e apoiada.					
5. As pessoas com uma perturbação mental são rejeitadas socialmente.					
6. As pessoas são, de forma geral, simpáticas e atenciosas com quem sofre de perturbação mental.					
7. As pessoas com uma perturbação mental afetam, negativamente, a vida das suas famílias.					
8. Uma pessoa com perturbação mental sente o mesmo que todos nós.					
9. As pessoas com uma perturbação mental afastam-se dos seus amigos (isolam-se dos amigos).					
10. O tratamento pode ajudar as pessoas com perturbação mental a terem vidas normais.					
11. As pessoas com perturbação mental são rejeitadas pelas suas famílias (marginalizadas pela família).					
12. Qualquer pessoa pode ter, em algum momento da sua vida, uma perturbação mental.					
13. Uma pessoa com uma perturbação mental é imprevisível.					
14. Uma pessoa com uma perturbação mental pode ter o mesmo sucesso no trabalho que outra pessoa.					
15. Uma pessoa com uma perturbação mental é a única culpada pela sua situação.					
16. As pessoas com uma perturbação mental podem contribuir positivamente para a vida das suas famílias.					
17. Uma pessoa com uma perturbação mental é violenta para com as outras pessoas.					
18. Uma pessoa com uma perturbação mental, se quiser, pode recuperar.					
19. As pessoas com uma perturbação mental são rejeitadas pelos seus amigos (marginalizadas pelos amigos).					

As questões que se seguem permitem aferir o conhecimento que tem sobre alguns problemas de Saúde Mental.

2. Da lista de problemas de Saúde Mental que se segue, identifica o grau de conhecimento que consideras ter em relação a cada um deles.

	Não conheço	Conheço pouco	Conheço razoavelmente	Conheço bem	Conheço muito bem
Depressão.					
Perturbação bipolar.					
Fobias.					
Perturbação de pânico.					
Perturbação obsessiva-compulsiva.					
Stress pós-traumático.					
Perturbações de personalidade.					
Esquizofrenia.					
Anorexia.					
Bulimia.					
Dependências.					
Demência de Alzheimer.					
Espetro do Autismo.					
Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Déficit de Atenção.					

3. Das seguintes causas, assinala uma ou mais que podem estar associadas ao aparecimento de problemas de Saúde Mental.

- Hereditariedade
- Preguiça
- Consumo de drogas/álcool
- Personalidade fraca
- Fragilidade psicológica pessoal (ex. baixa auto-estima)
- Funcionamento cerebral
- Problemas familiares
- Acontecimentos de vida negativos causadores de stress (ex. rejeição, divórcio dos pais)
- Não sei

4. Assinale a possibilidade de uma pessoa com problemas de saúde mental ter uma “vida como a das outras pessoas” (estudar, trabalhar, casar, constituir família, etc.)

- 0 – Impossível
- 1
- 2
- 3
- 4 – Possível

5. Se tivesse um problema de Saúde Mental, procuraria ajuda? Assinale uma opção.

- Definitivamente não procuraria ajuda
- Provavelmente não procuraria ajuda
- Não sei
- Provavelmente procuraria ajuda
- Definitivamente procuraria ajuda

5.1. Que tipo de ajuda procuraria?

- Procuraria a ajuda dos meus pais.
- Procuraria ajuda de outra pessoa. Quem? \_\_\_\_\_
- Procuraria ajuda de um serviço. Qual? \_\_\_\_\_
- Não sei.

6. Conhece alguém que sofre ou sofreu de um problema de Saúde Mental?

- Sim  Não sei  Não

7. Se respondeu sim na questão 6, qual a relação que tem com essa pessoa?

- Eu próprio (a)
- Familiar em 1º grau (pai, mãe, irmão ou irmã)
- Outro familiar
- Amigo (a)
- Outra relação

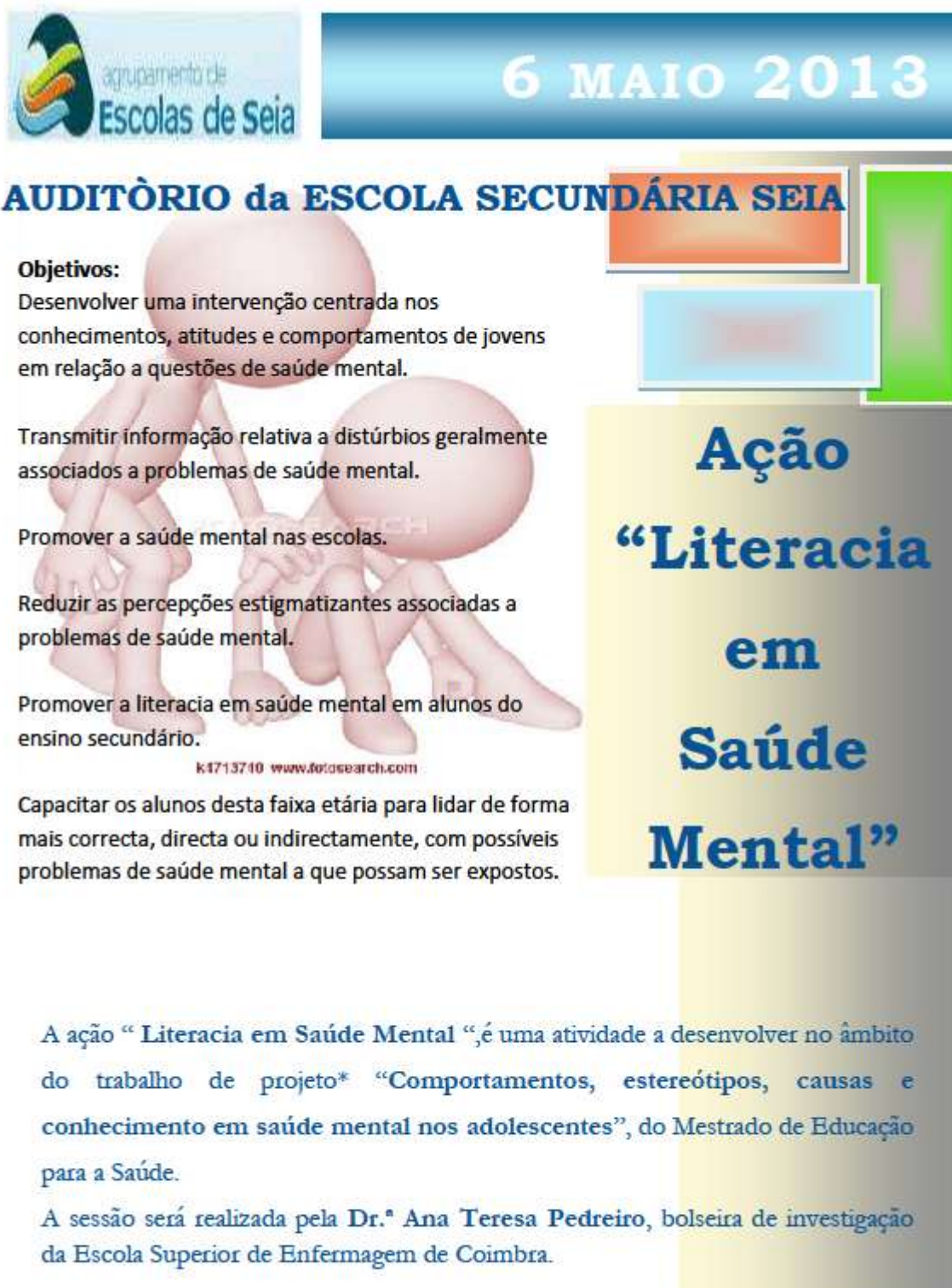
8. Se conhecesses alguém próximo (familiar, amigo, colega) com um problema de saúde mental, irias ter com ele para o ajudar?

- Sim  Não sei  Não

O questionário terminou.

Obrigada pela sua participação!

(Adaptado do questionário UPA Faz a Diferença)



The poster features a logo for 'Agrupamento de Escolas de Seia' on the top left, a date banner '6 MAIO 2013' on the top right, and a central illustration of three stylized figures holding hands. The main title 'Ação "Literacia em Saúde Mental"' is prominently displayed on the right side. The objectives are listed in a column on the left, and a descriptive paragraph and speaker information are at the bottom.

**agrupamento de Escolas de Seia**

**6 MAIO 2013**

**AUDITÓRIO da ESCOLA SECUNDÁRIA SEIA**

**Objetivos:**

- Desenvolver uma intervenção centrada nos conhecimentos, atitudes e comportamentos de jovens em relação a questões de saúde mental.
- Transmitir informação relativa a distúrbios geralmente associados a problemas de saúde mental.
- Promover a saúde mental nas escolas.
- Reduzir as percepções estigmatizantes associadas a problemas de saúde mental.
- Promover a literacia em saúde mental em alunos do ensino secundário.

k4713740 www.fotosearch.com

Capacitar os alunos desta faixa etária para lidar de forma mais correcta, directa ou indirectamente, com possíveis problemas de saúde mental a que possam ser expostos.

**Ação  
“Literacia  
em  
Saúde  
Mental”**

A ação “**Literacia em Saúde Mental**” é uma atividade a desenvolver no âmbito do trabalho de projeto\* “**Comportamentos, estereótipos, causas e conhecimento em saúde mental nos adolescentes**”, do Mestrado de Educação para a Saúde.

A sessão será realizada pela **Dr.ª Ana Teresa Pedreiro**, bolsreira de investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.



**CERTIFICADO  
DE  
PARTICIPAÇÃO**

Para os devidos efeitos se declara que \_\_\_\_\_  
esteve presente na ação “ Literacia em Saúde Mental “ realizada pela Dr.ª Ana  
Teresa Pedreiro, bolsreira de investigação da Escola Superior de Enfermagem de  
Coimbra. Esta atividade desenvolvida no âmbito do trabalho de projeto\*  
“Comportamentos, estereótipos, causas e conhecimento em saúde mental  
nos adolescentes”, do Mestrado de Educação para a Saúde, teve a duração de 2  
horas.

A Docente Orientadora do Projeto



(Margarida Pocinho\*\*)

6 maio

2013

\*De M.ª Graça Mendonça, Professora do ensino secundário, mestranda ESTeSC-ESEC

\*\* Docente Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Coimbra, Orientadora de trabalho de Projeto

Anexo 6: Tabela 1 - percepções estigmatizantes

Tabela 1

	discordo totalmente		discordo		não concordo nem discordo		concordo		concordo totalmente	
	n	Row N %	n	Row N %	n	Row N %	n	Row N %	n	Row N %
1. As pessoas com uma perturbação mental afastam-se dos seus familiares (isola-se da família). estigma_12_1	3	4,0%	15	20,0%	20	26,7%	34	45,3%	3	4,0%
2. Uma pessoa com uma perturbação mental pode, eventualmente recuperar (curar-se). estigma_12_2	0	0,0%	6	8,0%	4	5,3%	43	57,3%	22	29,3%
3. É difícil falar com uma pessoa com perturbação mental. estigma_12_3	1	1,3%	8	10,7%	9	12,0%	46	61,3%	11	14,7%
4. Uma pessoa com uma perturbação mental melhoraria se fosse tratada e apoiada. estigma_12_4	0	0,0%	2	2,7%	0	0,0%	32	42,7%	41	54,7%
5. As pessoas com uma perturbação mental são rejeitadas socialmente. estigma_12_5	0	0,0%	13	17,3%	17	22,7%	41	54,7%	4	5,3%
6. As pessoas são, de forma geral, simpáticas e atenciosas com quem sofre de perturbação mental. estigma_12_6	0	0,0%	18	24,0%	29	38,7%	27	36,0%	1	1,3%
7. As pessoas com uma perturbação mental afetam, negativamente, a vida das suas famílias. estigma_12_7	4	5,3%	31	41,3%	24	32,0%	15	20,0%	1	1,3%
8. Uma pessoa com perturbação mental sente o mesmo que todos nós. estigma_12_8	1	1,3%	22	29,3%	34	45,3%	17	22,7%	1	1,3%
9. As pessoas com uma perturbação mental afastam-se dos seus amigos (isolam-se dos amigos). estigma_12_9	9	12,0%	19	25,3%	28	37,3%	14	18,7%	5	6,7%
10. O tratamento pode ajudar as pessoas com perturbação mental a terem vidas normais. estigma_12_10	4	5,3%	25	33,3%	30	40,0%	15	20,0%	1	1,3%
11. As pessoas com perturbação mental sentem o mesmo que todos nós. estigma_12_11	6	8,0%	13	17,3%	15	20,0%	23	30,7%	18	24,0%
12. Qualquer pessoa pode ter, em algum momento da sua vida, uma perturbação mental. estigma_12_12	12	16,0%	24	32,0%	17	22,7%	17	22,7%	5	6,7%
13. As pessoas com uma perturbação mental são rejeitadas pelas suas famílias (marginalizadas pela família). estigma_12_13	3	4,0%	8	10,7%	23	30,7%	38	50,7%	3	4,0%
14. Uma pessoa com uma perturbação mental pode ter o mesmo sucesso no trabalho que outra pessoa. estigma_12_14	0	0,0%	1	1,3%	7	9,3%	50	66,7%	17	22,7%
15. Uma pessoa com uma perturbação mental é a única culpada pela sua situação. estigma_12_15	2	2,7%	3	4,0%	4	5,3%	41	54,7%	25	33,3%
16. As pessoas com uma perturbação mental podem contribuir positivamente para a vida das suas famílias. estigma_12_16	0	0,0%	3	4,0%	3	4,0%	29	38,7%	40	53,3%
17. Uma pessoa com uma perturbação mental é violenta para com as outras pessoas. estigma_12_17	9	12,0%	31	41,3%	30	40,0%	4	5,3%	1	1,3%
18. Uma pessoa com uma perturbação mental, se quiser, pode recuperar. estigma_12_18	7	9,3%	31	41,3%	28	37,3%	8	10,7%	1	1,3%
19. As pessoas com uma perturbação mental são rejeitadas pelos seus amigos (marginalizadas pelos amigos). estigma_12_19	0	0,0%	2	2,7%	5	6,7%	50	66,7%	18	24,0%
20. Uma pessoa com uma perturbação mental é imprevisível. estigma_12_20	0	0,0%	0	0,0%	2	2,7%	32	42,7%	41	54,7%
21. Uma pessoa com uma perturbação mental pode ter o mesmo sucesso no trabalho que outra pessoa. estigma_12_21	0	0,0%	1	1,3%	20	26,7%	43	57,3%	11	14,7%
22. As pessoas com uma perturbação mental podem contribuir positivamente para a vida das suas famílias. estigma_12_22	0	0,0%	7	9,3%	21	28,0%	42	56,0%	5	6,7%
23. Uma pessoa com uma perturbação mental é violenta para com as outras pessoas. estigma_12_23	3	4,0%	15	20,0%	16	21,3%	35	46,7%	6	8,0%
24. Uma pessoa com uma perturbação mental é a única culpada pela sua situação. estigma_12_24	5	6,7%	9	12,0%	17	22,7%	32	42,7%	12	16,0%
25. As pessoas com uma perturbação mental podem contribuir positivamente para a vida das suas famílias. estigma_12_25	29	38,7%	37	49,3%	6	8,0%	2	2,7%	1	1,3%
26. Uma pessoa com uma perturbação mental é violenta para com as outras pessoas. estigma_12_26	23	30,7%	41	54,7%	8	10,7%	5	6,7%	0	0,0%
27. Uma pessoa com uma perturbação mental pode ter o mesmo sucesso no trabalho que outra pessoa. estigma_12_27	3	4,0%	10	13,3%	27	36,0%	24	32,0%	11	14,7%
28. Uma pessoa com uma perturbação mental é violenta para com as outras pessoas. estigma_12_28	1	1,3%	24	32,0%	20	26,7%	27	36,0%	3	4,0%
29. Uma pessoa com uma perturbação mental, se quiser, pode recuperar. estigma_12_29	3	4,0%	17	22,7%	48	64,0%	6	8,0%	1	1,3%
30. Uma pessoa com uma perturbação mental é imprevisível. estigma_12_30	3	4,0%	27	36,0%	30	40,0%	14	18,7%	1	1,3%
31. As pessoas com uma perturbação mental são rejeitadas pelos seus amigos (marginalizadas pelos amigos). estigma_12_31	0	0,0%	8	10,7%	36	48,0%	31	41,3%	0	0,0%
32. As pessoas com uma perturbação mental podem contribuir positivamente para a vida das suas famílias. estigma_12_32	0	0,0%	0	0,0%	6	8,0%	32	42,7%	37	49,3%
33. Uma pessoa com uma perturbação mental é violenta para com as outras pessoas. estigma_12_33	4	5,3%	18	24,0%	31	41,3%	21	28,0%	1	1,3%
34. Uma pessoa com uma perturbação mental pode ter o mesmo sucesso no trabalho que outra pessoa. estigma_12_34	3	4,0%	23	30,7%	31	41,3%	15	20,0%	3	4,0%

Anexo 7:Tabela 2 - causas no aparecimento de problemas em saúde mental

Tabela 2

		tempo	
		antes	depois
		Count	Count
Hereditariedade	sim	45	71
	não	30	4
Preguiça	sim	1	0
	não	74	75
Consumo de drogas/álcool	sim	62	75
	não	13	0
Personalidade fraca	sim	30	47
	não	45	28
Fragilidade psicológica pessoal (ex. baixa auto-estima)	sim	70	75
	não	5	0
Funcionamento cerebral	sim	43	49
	não	32	26
Problemas familiares	sim	56	74
	não	19	1
Acontecimentos de vida negativos causadores de stress (ex. reprovação, divórcio dos pais)	sim	66	72
	não	9	3