



Feliz Mente®
Educação e Sensibilização para a Saúde Mental

LITERACIA EM SAÚDE MENTAL

CAPACITAR AS PESSOAS E AS
COMUNIDADES PARA AGIR

MENTAL HEALTH LITERACY

EMPOWERING PEOPLE AND COMMUNITIES TO ACT

Série Monográfica | **Monographic Series**
Educação e Investigação | **Health Sciences Education**
em Saúde | **and Research**

8

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Health Sciences Research Unit: Nursing
Nursing School of Coimbra



HEALTH SCIENCES
RESEARCH UNIT
NURSING **UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ENFERMAGEM**

SÉRIE MONOGRÁFICA

ISSN: 1647-9440

Editor: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnc)

MONOGRAFIA – Nº 8

ISBN: 978-989-97031-8-6

Coordenação: Investigador Responsável do Projeto “Educação e Sensibilização para a Saúde Mental: Um Programa de Intervenção com base na Escola para Adolescentes e Jovens”.

Este livro é parte integrante do projeto* sendo a sua distribuição gratuita.



*Projeto financiado por fundos nacionais através da FCT/MCTES (PIDDAC) e cofinanciado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) através do COMPETE – Programa Operacional Fatores de Competitividade (POFC) do QREN. [PTDC/CPE-CED/112546/2009]



Feliz Mente®
Educação e Sensibilização para a Saúde Mental

LITERACIA EM SAÚDE MENTAL

CAPACITAR AS PESSOAS E AS COMUNIDADES PARA AGIR

MENTAL HEALTH LITERACY

EMPOWERING PEOPLE AND COMMUNITIES TO ACT

Coord.

Luís Manuel de Jesus Loureiro

Série Monográfica | Monographic Series
Educação e Investigação | Health Sciences Education
em Saúde | and Research

8

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Health Sciences Research Unit: Nursing
Nursing School of Coimbra

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

LITERACIA EM SAÚDE MENTAL – CAPACITAR AS PESSOAS E AS COMUNIDADES PARA AGIR

EDITOR

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

RESPONSABILIDADE DA SÉRIE MONOGRÁFICA

Manuel Alves Rodrigues, *Coordenador Científico da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Maria da Conceição Bento, *Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

COORDENAÇÃO CIENTÍFICA DA MONOGRAFIA

Luís Loureiro, Ph.D., Professor Adjunto na *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

AUTORES

Luís Manuel de Jesus Loureiro

Anthony Francis Jorm

Manuel Alves Rodrigues

José Carlos Pereira Santos

Rui Aragão Oliveira

Ana Rita Dinis Abrantes

Catarina Sofia Ferreira Sousa

Sara Paula da Silva Gomes

Amorim Gabriel dos Santos Rosa

Teresa Maria Mendes Dinis de Andrade Barroso

Aida Maria de Oliveira Cruz Mendes

Ricardo Oliveira Ferreira

João Luís Alves Apóstolo

Daniela Filipa Batista Cardoso

SÉRIE MONOGRÁFICA

ISSN 1647-9440

MONOGRAFIA

Número 8

ISBN: 978-989-97031-8-6

DEPÓSITO LEGAL 371725/14

MAQUETIZAÇÃO

Eurico Nogueira, *MS em Tecnologias de Informação Visual*

REVISÃO FINAL

Daniela Filipa Batista Cardoso, *RN, Bolseira da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*

Cristina Louçano, *Secretariado da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*

REVISÃO DOCUMENTAL

João Afonso Gomes, *Coordenador da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

APOIO TÉCNICO

Cristina Louçano, *Secretariado da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*

GRÁFICA

Tipografia Lousanense, Lda

ANO DE PUBLICAÇÃO 2014

AGRADECIMENTOS

À Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, na pessoa da Senhora Presidente, Professora Maria da Conceição Bento pelo apoio, incentivo e prontidão de resposta em todas as fases do projeto.

A todos os colaboradores envolvidos no projeto:

Ana Rita Abrantes (Enfermeira)
Catarina Fonseca (Enfermeira)
Cristiana Silva (Enfermeira)
Taciana Amaral (Enfermeira)
Sara Gomes (Enfermeira)
Daniela Cardoso (Enfermeira)
Andreia Figueiredo (Enfermeira)
Hugo Madeira (Enfermeiro)
Marta Gouveia (Enfermeira)
Susana Correia (Enfermeira)
Eurico Nogueira (MS em Tecnologias de Informação Visual)
Cristina Louçano (Secretariado da UICISA: E)

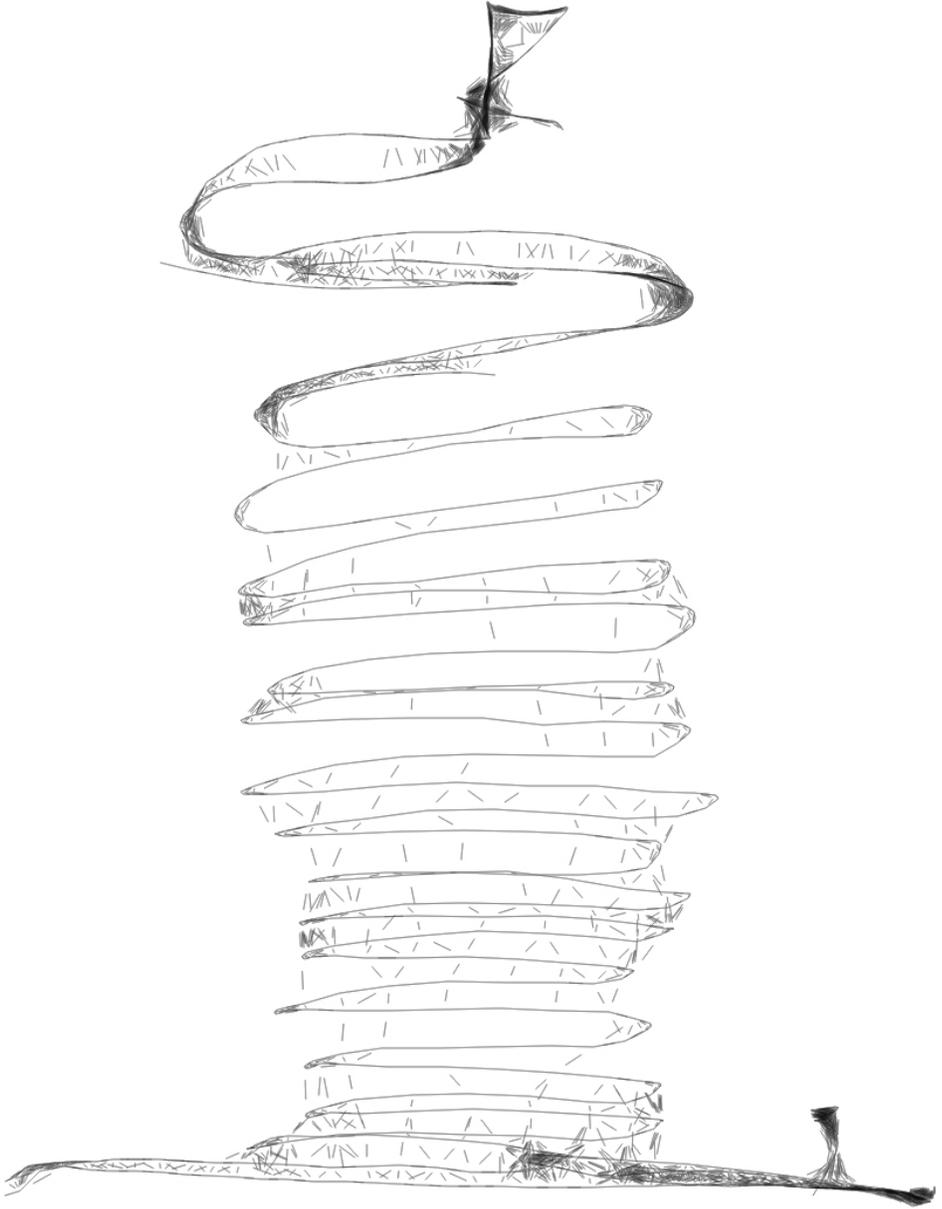
Aos consultores e investigadores do projeto:

Anthony Jorm Ph.D (Consultora Internacional)
Claire Kelly Ph.D (Consultora Internacional)
Luís Loureiro Ph.D (Investigador Responsável)
Aida Mendes Ph.D
José Carlos Santos Ph.D
Manuel Rodrigues Ph.D
Rui Oliveira Ph.D
Teresa Maria Barroso Ph.D
Ricardo Ferreira MSc.

Aos bolseiros de investigação do projeto:

Ana Teresa Pedreiro
Catarina Sofia de Sousa
Nuno Oliveira

Ao Dr. João Afonso Gomes pelo cuidado na revisão documental.



ÍNDICE

NOTA PRÉVIA.....	9
<i>Maria da Conceição Bento</i>	
INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO I	
<i>Literacia em Saúde – Breve introdução ao conceito.....</i>	13
<i>Luís Manuel de Jesus Loureiro</i>	
<i>Manuel Alves Rodrigues</i>	
<i>José Carlos Santos</i>	
<i>Rui Aragão Oliveira</i>	
CAPÍTULO II	
<i>Mental Health Literacy: Promoting Public Action to Reduce Mental Health Problems.....</i>	27
<i>Anthony Francis Jorm</i>	
CAPÍTULO III	
<i>Estigma e Procura de Ajuda em Saúde Mental.....</i>	41
<i>Luís Manuel de Jesus Loureiro</i>	
<i>Ana Rita Dinis Abrantes</i>	
CAPÍTULO IV	
<i>Primeira Ajuda em Saúde Mental – Pressupostos e linhas orientadoras de ação.....</i>	63
<i>Luís Manuel de Jesus Loureiro</i>	
<i>Catarina Sofia Ferreira Sousa</i>	
<i>Sara Paula da Silva Gomes</i>	

CAPÍTULO V

Reconhecimento e Procura de Ajuda em Saúde Mental: revisão dos estudos realizados em amostras de adolescentes.....79

Amorim Gabriel dos Santos Rosa

Luís Manuel de Jesus Loureiro

Catarina Sofia Ferreira Sousa

CAPÍTULO VI

Prevenção do uso/abuso de álcool em contexto escolar.....95

Teresa Maria Mendes Dinis de Andrade Barroso

CAPÍTULO VII

Literacia em e-Health: do conceito e modelos conceptuais à sua mensuração e aplicabilidades.....121

Ricardo Oliveira Ferreira

Aida Maria de Oliveira Cruz Mendes

Luís Manuel de Jesus Loureiro

CAPÍTULO VIII

Estimulação cognitiva em idosos - síntese da evidência e intervenção157

João Luís Alves Apóstolo

Daniela Filipa Batista Cardoso

NOTA PRÉVIA

Parabéns aos autores! É uma honra e um privilégio escrever a nota prévia desta monografia, como foi acompanhar o desenvolvimento do projeto de inovação/investigação Feliz Mente, em que esta publicação se integra e que cumpriu, com sucesso, os desafios que investigadores e colaboradores definiram.

Ler a monografia “Literacia em Saúde Mental: capacitar as pessoas e as comunidades para agir” foi para nós um grande prazer, não apenas pela importância da(s) problemática(s) abordada(s), mas também pela forma clara com que o texto está escrito facilitando a leitura e a compreensão da obra e tornando-a passível de interessar não só aos técnicos de saúde, mas também, e especialmente, a professores e familiares de adolescentes e jovens e, também, a estes últimos.

As questões da literacia em saúde, da literacia em saúde mental, de como esta pode influenciar a saúde e os comportamentos de procura de ajuda bem como os resultados em saúde são abordadas de forma acessível a vários públicos permitindo a todos dispor de informação sobre a melhor evidência científica neste domínio. A leitura dos diferentes capítulos que compõem este livro permite não só clarificar conceitos como encontrar respostas de como providenciar a primeira ajuda em saúde mental, aborda a prevenção do uso/abuso de álcool em contexto escolar (um dos mais frequentes problemas de saúde mental, que podem ser prevenidos, nos jovens na atualidade) e discute a problemática da literacia em *e-Health*. Finalmente, somos convidados a refletir sobre a importância que a reserva cerebral e a cognitiva têm como fatores protetores contra o prejuízo cognitivo quando nos tornamos mais velhos, é-nos oferecida a sugestão de que se integrem nos cuidados as pessoas idosas através de programas de estimulação cognitiva de forma a contribuir para a preservação da sua capacidade cognitiva e funcional. E assim contribuir para um maior nível de independência.

A leitura desta monografia alerta-nos para a cada vez maior importância que profissionais de saúde e professores tomem como foco da sua atenção as questões da literacia em saúde, não apenas porque, como mostram os autores desta monografia, melhor literacia corresponde a maior capacidade das pessoas compreenderem, selecionarem e usarem de forma adequada a informação sobre saúde disponível, capacitando-as para a adesão a comportamentos de saúde, para a autonomia na procura de serviços de saúde e para as decisões sobre o seu projeto de saúde e/ou terapêutico, bem como para a autogestão

dos processos de saúde/doença. Mas também, porque como relatam os autores, os estudos tornam evidente que a baixa literacia está associada com uma maior taxa de mortalidade e morbilidade, maior taxa de hospitalização e uma menor capacidade de gestão da doença crónica (Capítulos I, V e VII). Não podemos deixar de realçar ainda que maior literacia pode trazer consideráveis benefícios económicos, fator importante em tempos em que garantir a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde é um dos grandes desafios que se coloca às sociedades.

Por outro lado, não basta, em muitos casos, a preocupação de técnicos de saúde e professores, como se diz repetidamente nesta monografia, por exemplo os adolescentes relativamente à saúde, particularmente no caso da saúde mental, desvalorizam com frequência a procura de ajuda profissional, procurando preferencialmente ajuda dos pares, família e outras fontes informais. Preparar a comunidade, e os seus diferentes grupos (adolescentes, jovens, famílias, professores, etc.) para prestar a primeira ajuda em saúde mental é tão importante como prepará-la para prestar primeiros socorros em situações de acidentes domésticos ou capacitá-los para utilizar os procedimentos de suporte básico de vida. Nos capítulos que integram este livro podemos aprender a usar as cinco principais ações inerentes à primeira ajuda em saúde mental, também com a ajuda de exercícios práticos e encontramos orientações quer sobre a forma de comunicar, quer como aceder a outras fontes de informação como por exemplo o website Feliz Mente (<http://felizmente.esenfc.pt>).

Ao longo da leitura do livro convencemo-nos que vale a pena não desistir dos outros e que ao prepararmo-nos intencionalmente para cuidar de nós próprios estamos a garantir a melhoria da nossa saúde e bem-estar e a capacitar-nos para ajudar o outro que é para nós significativo.

Caro leitor não desista!

Boa leitura.

Maria da Conceição Bento

Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

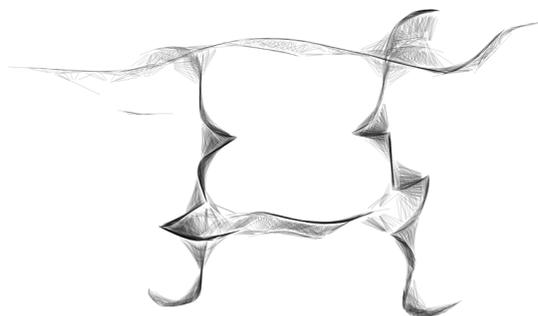
Coimbra, 17 de fevereiro de 2014

INTRODUÇÃO

A literacia em saúde tem vindo a assumir um lugar de destaque ao longo das últimas décadas, constituindo-se atualmente como um conceito chave na promoção da saúde e na prevenção e gestão das doenças. O campo da literacia em saúde mental não é exceção, sobretudo a partir dos trabalhos pioneiros de Anthony Jorm na Austrália que são referenciais fundamentais para a investigação que vem sendo desenvolvida e que está na base das múltiplas intervenções realizadas nos mais diversos contextos sociais, económicos e culturais.

Este livro, "Literacia em Saúde Mental: Capacitar as Pessoas e as Comunidades para Agir", é parte integrante do projeto de intervenção designado "Educação e Sensibilização para a Saúde Mental: um programa de intervenção com base na escola para Adolescentes e Jovens" [PTDC/CPE-CED/112546/2009], desenvolvido a partir da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Condensa um conjunto de textos sobre as questões da literacia em saúde mental e das suas implicações nos mais variados domínios de investigação e intervenção, com ênfase nos adolescentes e jovens.

Assumindo que a literacia em saúde mental implica um conhecimento voltado para a ação, quer em prol da saúde do indivíduo, quer daqueles que o rodeiam, desejamos que o leitor possa encontrar ao longo dos capítulos algumas coordenadas que permitam reequacionar e/ou reestruturar as práticas do quotidiano, quer sejam intervenções com adolescentes e jovens, quer ainda com outros grupos.



Neslihan Karalök

CAPÍTULO I

LITERACIA EM SAÚDE – BREVE INTRODUÇÃO AO CONCEITO

LUÍS MANUEL DE JESUS LOUREIRO
MANUEL ALVES RODRIGUES
JOSÉ CARLOS SANTOS
RUI ARAGÃO OLIVEIRA

Introdução

O conceito de literacia em saúde não é recente, atribuindo-se a Simonds (1974) a primeira utilização conjugada dos termos na década de 70 do século XX, para se referir à necessidade de educação para a saúde em contexto escolar (Bernhardt & Parker, 2005; Ratzan, 2001). Contudo, e apesar da novidade do conceito à época, o interesse pela temática no âmbito da promoção e educação para a saúde surge de modo vincado em meados da década de 90 do século precedente (Kickbusch, 1997; Nutbeam, 1998), constituindo-se atualmente, quer como resultado chave da promoção da saúde (Nutbeam, 2000), quer ainda como pressuposto fundamental para o exercício ativo, participado e ampliado da cidadania em saúde dos indivíduos, grupos e comunidades.

A literacia em saúde pode ser definida 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 apropriadas” (Selden, Zom, Ratzan, & Parker, 2000, p. 6). Neste âmbito, a literacia abrange diferentes domínios do saber e áreas de atuação profissional, tais como Enfermagem, Serviço Social, Medicina, Psicologia, Sociologia (Kickbusch, Maag, & Saan, 2005; Ratzan & Parker, 2000), que tendo subjacentes diferentes preocupações, compromissos e modelos de intervenção nas suas práticas profissionais, lhe configuram diferentes modos de aplicação. Muito do desenvolvimento encetado no domínio da literacia é fruto, também, da ênfase e desenvolvimento de teorias como a Teoria Sociocognitiva, a Teoria da Ação Racional, a Teoria do Comportamento Planeado e inclusive o Modelo de Crenças na Saúde.

O conceito de *literacia em saúde* tem sido, por vezes, aplicado indiscriminadamente como sinónimo de *promoção da saúde*, *educação para a saúde*, *comunicação em saúde*, ou ainda *alfabetização* (Zarcadoolas, Pleasant, & Greer, 2006), não se estabelecendo fronteiras precisas entre eles.

Assim, a literacia distingue-se da educação para a saúde, pois esta refere-se mais ao processo de aprendizagem planeada, à atividade intencional que se deve “centrar nas disposições e capacidades individuais e grupais, oferecendo conhecimentos, influenciando modos de pensar, gerando ou clarificando valores, ajudando a mudar atitudes e crenças, facilitando a aquisição de competências e produzindo mudanças de comportamento e estilos de vida” (Rodrigues, Pereira, & Barroso, 2005).

No que concerne à promoção da saúde, apesar das múltiplas definições existentes e decorrentes das várias cartas e declarações sob patrocínio da World Health Organization (WHO) (ex. Carta de Otava, que data de 1986), pode ser entendida como um processo que permite às pessoas ter controlo sobre a sua saúde, exigindo uma atuação ao nível das determinantes de saúde através de investimentos e ações (Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI). Raeburn e Rootman (1998) referem que a promoção da saúde visa “o desenvolvimento ao longo do tempo, nos indivíduos e nas comunidades, de estados básicos e positivos e de condições para a saúde física, mental, social e espiritual”. Este processo não está apenas nas mãos das pessoas, sua condição inicial, mas implica profissionais de saúde, decisores políticos e políticas, já que visa o desenvolvimento e capacitação pessoal e comunitária.

Relativamente à comunicação em saúde o termo mais abrangente:

“(…) diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde (...). Não se trata somente de promover a saúde, embora esta seja a área estrategicamente mais importante. De facto, comunicação em saúde inclui mensagens que podem ter finalidades muito diferentes, tais como: Promover a saúde e educar para a saúde - evitar riscos e ajudar a lidar com ameaças para a saúde - Prevenir doenças; Sugerir e recomendar mudanças de comportamento; Recomendar exames de rastreio; Informar sobre a saúde e sobre as doenças; Informar sobre exames médicos que é necessário realizar e sobre os seus resultados; Receitar medicamentos; Recomendar medidas preventivas e actividades de auto-cuidados em indivíduos doentes” (Teixeira, 2004, p. 615).

Facilmente se depreende a inter-relação destes conceitos, já que todos incluem uma preocupação fundamental, a saúde, em termos individuais e comunitários/coletivos. Ainda assim devemos entender a literacia para chegar à literacia em saúde.

I. DA LITERACIA À LITERACIA EM SAÚDE

A que nos referimos quando utilizamos o termo literacia e mais especificamente, literacia em saúde? Bernhardt, Brownfield, e Parker (2005) servem-se de uma analogia simples mas interessante para compreender o conceito de literacia. Um automobilista pretender deslocar-se para um determinado local desconhecido. Para chegar ao seu destino deve precaver-se à partida, avaliando o percurso mais seguro e adequado. Tomar notas do percurso quanto a estradas, nomes de ruas ou mesmo levar um mapa pode ser útil, mas torna-se muitas vezes um quebra-cabeças quando o condutor se perde. Poderá utilizar um moderno sistema de navegação GPS, contudo o acesso a este aparelho implica custos, competências para trabalhar com o sistema operativo, não está disponível para a maioria das pessoas e também não está apetrechado com a informação de obras esporádicas ou de urgência em algumas localidades ou ruas.

Outras opções passam pela utilização do telemóvel, estando em contacto permanente com alguém bem informado que lhe vá dando orientações, ou então, em último caso, parar o carro e perguntar a uma pessoa qual o melhor caminho, ainda que tenha vergonha em assumir que está perdido. A literacia em saúde assemelha-se em muito ao processo envolvido neste exemplo, com as devidas diferenças, na medida que exige competências e habilidades para «navegar» de modo adequado.

A literacia não se cinge a ler e a escrever (e contar). Ela é definida habitualmente como a capacidade de usar as competências de leitura e escrita, incluindo o cálculo (numeracia), ensinadas e apreendidas, com ênfase para a sua utilização no quotidiano, de modo a permitir aos indivíduos dar resposta aos desafios emergentes do dia-a-dia (Benavente, Rosa, Costa, & Ávila, 1996; Pinto, 1996). Pode surgir por isso associada a outros conceitos além da saúde, tais como informática, ciência, estatística, finanças, política, etc. (Peerson & Saunders, 2009). A literacia distingue-se da educação no sentido em que esta última se cinge mais ao ato de ensinar e de aprender, realçando o aspeto da assimilação (Pinto, 1996).

A literacia refere-se a um processo dinâmico, que não se esgota na alfabetização e que referindo-se à capacidade de usar determinadas competências, implica que o indivíduo questione e assumo o papel ativo a nível pessoal, social, profissional. Pode parecer à primeira vista que uma pessoa *iletrada* seja sinónimo de *analfabeta*, o que é um erro, como demonstra Nascimento (2006, p. 290):

“(…) São iletradas as pessoas que não dominam suficientemente a escrita para fazer frente às exigências mínimas da vida pessoal e profissional. Concepção limitada, mas legítima e minimamente operativa – enquanto procura atender a situações gritantes de marginalidade. Concepção negativa, que não tem em conta

a eventual riqueza de outras capacidades e outros saberes – tão profundos que muitos *letrados* não os atingem e tão criativos que conseguem partilhar com outro a riqueza que anima a sua interioridade. Concepção minimalista também, porque não ultrapassa a função utilitária. Nem por isso menos prática. Atente-se, pelo menos, em que seria tão perigoso considerar suficientes as operações de escolaridade mínima (ler, escrever e contar) como ignorar o seu contributo para o desenvolvimento de capacidades analíticas e judicativas”.

Tendo isto, é necessário incorporar os sistemas presentes no quotidiano da pessoa e que intervêm com a literacia. Nielsen-Bohlman, Panzer, e Kindig (2004), apresentam uma proposta dos aspetos de potencial intervenção na estrutura da literacia em saúde, nomeadamente o cultural (sociedade), o educacional e o de saúde. Baseando-se nestes sistemas, é essencial estabelecer estratégias de intervenção no domínio da saúde mental. Na Figura 1, que se segue, estão representados os aspetos de potencial intervenção, que se revelam positivos nos resultados em saúde e na redução de custos.

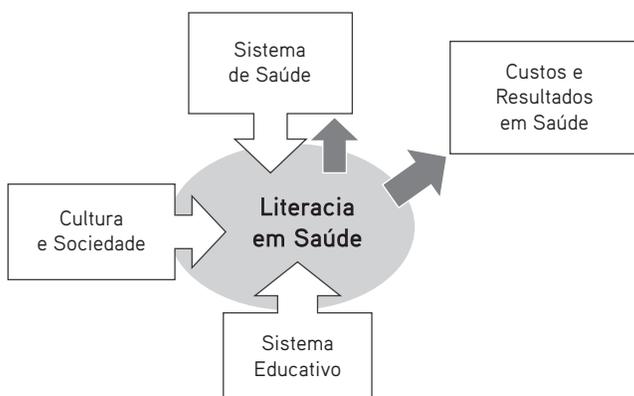


Figura 1. Aspetos de potencial intervenção na estrutura da literacia em saúde. Adaptado de “*Health Literacy: A Prescription to End Confusion*,” de L. Nielsen-Bohlman, A. Panzer, & D. Kindig (eds), 2004, Washington: The National Academies Press, p.6.

Nutbeam (2009) refere que a literacia é vista usualmente como sendo constituída por dois elementos, as tarefas (*tasks*) e as competências (*skills*). A literacia baseada nas tarefas refere-se à medida que o indivíduo consegue realizar tarefas chave, como ler um texto básico ou escrever frases simples. Já a literacia que se baseia em competências centra-se no nível de conhecimento e aptidões que os indivíduos devem possuir para realizar tais tarefas. Neste sentido, e quando situada no domínio da saúde, a WHO (1998, p.19) define a literacia como implicando:

“(…) a obtenção de um nível de conhecimento, aptidões pessoais e confiança para agir no melhoramento da saúde pessoal e da comunidade, mudando estilos de vida pessoais e condições de vida. Assim, literacia em saúde significa mais do que ser capaz de ler panfletos e fazer apontamentos. Ao melhorar o acesso das pessoas à informação sobre saúde, e a sua capacidade para a usar de forma efetiva, a literacia na saúde é crítica para a capacitação das populações”.

O mesmo autor (Nutbeam, 2000) considera três tipos ou níveis de literacia, designadas de *funcional* (ou básica), *interativa* (comunicacional) e *crítica*. Esta divisão possibilita perspetivar a literacia em saúde para o autocuidado.

- Literacia funcional/básica: competências suficientes para ler e escrever permitindo um funcionamento efetivo nas atividades do dia-a-dia, amplamente compatível com a definição de literacia em saúde referida acima;
- Literacia interativa/comunicativa: aptidões cognitivas e de literacia mais avançadas que, em conjunto com as aptidões sociais, podem ser usadas para participar nas atividades no dia-a-dia, para extrair informação e significados a partir de diferentes formas de comunicação e aplicar essa nova informação;
- Literacia crítica: competências cognitivas mais avançadas que, juntamente com as aptidões sociais, podem ser aplicadas para analisar criticamente a informação e usar esta informação para exercer maior controlo sobre os acontecimentos e situações da vida.

Encontra-se na Figura 2 o modelo de literacia em saúde, que contempla e resume os níveis de literacia mencionados anteriormente.

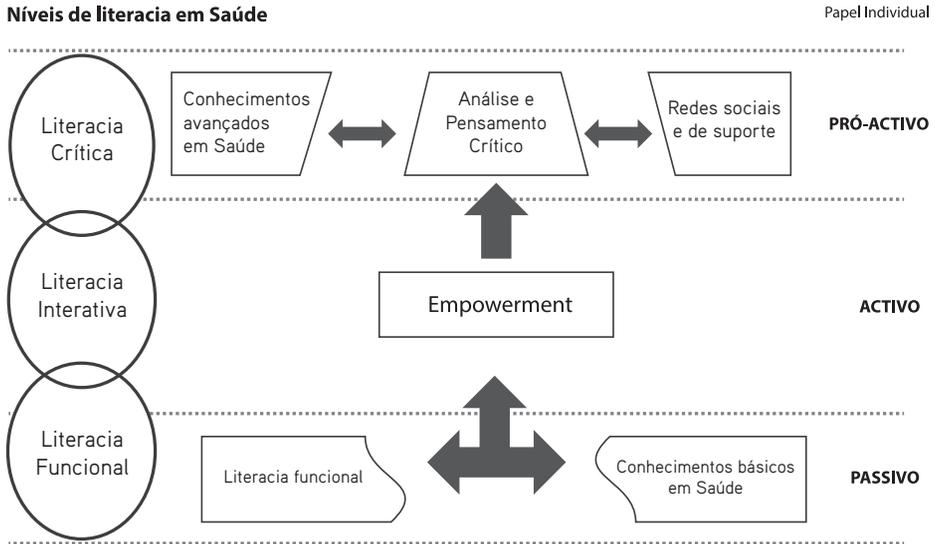


Figura 2. Modelo de literacia em saúde. Adaptado de “Improving Health Literacy a key priority for enabling good health in Europe,” de I. Kickbusch, 2004, *European Health Forum*, p.3.

O indivíduo neste crescendo de literacia em saúde, vai assumindo um desempenho passivo na literacia básica/funcional, ativo na literacia interativa, e pró-ativo na literacia crítica, como foi possível verificar na Figura 2. Para cada nível de literacia, Nutbeam (2000) define objetivos educativos, conteúdos associados, benefícios individuais e coletivos, dando exemplo de atividades educativas (Figura 3).

Nível de Literacia na Saúde e Objetivo Educativo	Conteúdos	Resultados:		
		Benefícios Individuais	Benefícios sociais/ da comunidade	Exemplos de atividades educativas
Literacia Funcional em Saúde: Comunicação da Informação	Transmissão de informação factual sobre riscos de saúde e utilização de serviços de saúde	Melhoria do conhecimento sobre riscos e serviços de saúde, conformidade com ações prescritas	Crescimento da participação da população em programas de saúde (imunização, triagem)	Transmitir informação através de canais existentes, contacto inter-pessoal <i>oportunistamente</i> , e meios de comunicação disponíveis
Literacia Interactiva em Saúde: Desenvolvimento de Competências Pessoais	Como acima e ainda oportunidades de desenvolver competências num ambiente de apoio	Melhoria da capacidade para agir individualmente e com conhecimento, maior motivação e confiança em si próprio	Aumento da capacidade para influenciar normas sociais, interagir com grupos sociais	Comunicação feita por medida de forma a adequar às necessidades específicas; facilitação a grupos de apoio na comunidade e de apoio social; combinar diferentes canais de comunicação
Literacia Crítica Em Saúde: Capacitação Pessoal e da Comunidade	Como acima e ainda prover informação sobre determinantes económicos e sociais na saúde, e oportunidades de alcançar políticas e/ou mudanças organizacionais	Melhoria da resistência individual às adversidades económicas e sociais	Aumento da capacidade de agir sobre os determinantes económicos e sociais na saúde; melhoramento da capacitação da comunidade	Prover aconselhamento técnico para apoiar a ação comunitária, dotar de capacidade comunicativa os líderes da comunidade e os políticos; facilitar o desenvolvimento da comunicação

Figura 3. Níveis de Literacia na Saúde. Adaptado de “Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century,” de D. Nutbeam, 2000, *Health Promotion International*, 15, p.266.

Naturalmente que as intervenções protagonizadas em termos de literacia têm como objetivos produzir resultados, quer em termos de saúde (ex. redução da morbilidade), quer sociais (ex. qualidade vida). Nutbeam (2000) refere também resultados intermédios ao nível da saúde, quando se refere às determinantes da saúde modificáveis ao nível dos estilos de vida saudáveis (ex. atividade física), dos serviços de saúde efetivos (ex. existência de serviços preventivos; adequação e acesso aos serviços) e ambientes de saúde seguros (ex. restrição ao acesso de álcool).

Neste contexto, ao nível dos resultados da promoção da saúde e do impacto das medidas de intervenção, elas têm resultados ao nível da literacia em saúde (atitudes e conhecimentos relacionados com a saúde, motivação, intenções de comportamento, competências pessoais),

na ação e influência social (participação da comunidade, capacitação da comunidade, normas sociais, opinião pública) e nas políticas de saúde e prática organizacional (declarações políticas, legislação, regulação, alocação de recursos, práticas organizacionais). Em termos de ações de promoção da saúde, elas situam-se ao nível da educação (educação e esclarecimento nas escolas), da mobilização social (facilitação da criação de grupos) e de defesa dos grupos (advocacia; lobbying nas organizações políticas e governativas).

Em suma é possível afirmar que a literacia em saúde está intrinsecamente ligada à literacia em forma geral (incluindo outros tipos de literacia), implicando assim um impacto direto no estado de saúde e na qualidade de vida do indivíduo, e ainda um impacto indireto nos estilos de vida, na utilização dos serviços, no acesso à informação, entre outros. Por sua vez, a literacia em saúde é afetada pelos determinantes de saúde e pelos tipos de intervenção utilizados na promoção da saúde.

Na Figura 4 está representada a associação da literacia geral na literacia em saúde e quais os efeitos e ações implícitas.

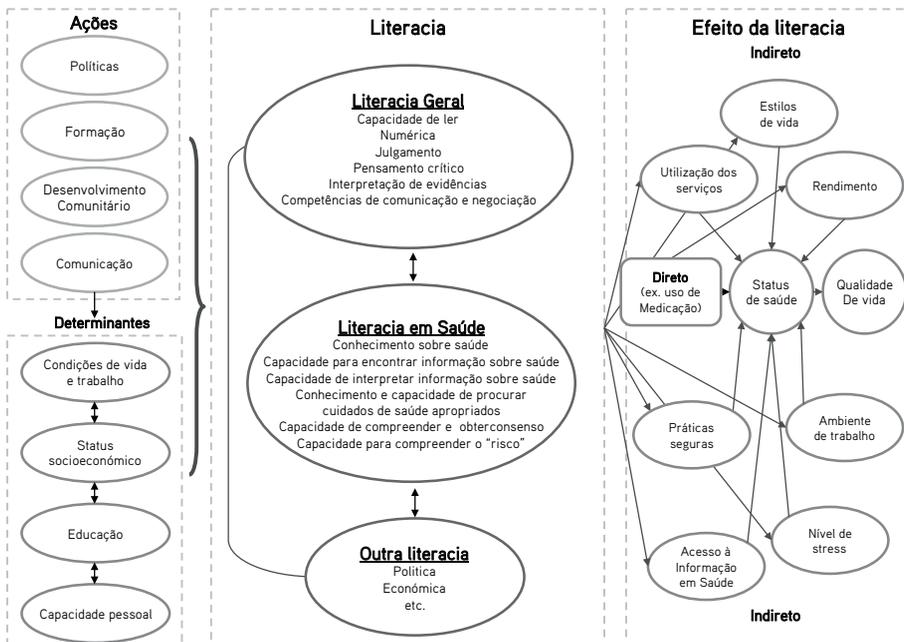


Figura 4. Literacia e Investigação em Saúde – Uma estrutura conceptual. Adaptado de “Health Literacy: What should we do about it?,” de I. Rootman, 2009, in M. Kanj & W. Mitic (Eds.) *Health Literacy and Health Promotion: Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region, 7th Global Conference on Health promotion, Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap*, Kenya, p.33.

Para além desta associação e dos efeitos provocados por ela, como já foi referido, a literacia em saúde tem impacto nos resultados em saúde, mais especificamente a três níveis fundamentais:

- A nível do acesso e utilização dos serviços de saúde;
- A nível da relação interpessoal estabelecida pelo profissional e pelo utente;
- A nível da utilização que o utente faz das competências em termos de autocuidado.

Na Figura 5, que se segue, é apresentado de modo claro a forma possível de processar os resultados em saúde a partir das determinantes socioprofissionais, demográficas e inclusive a nível individual.

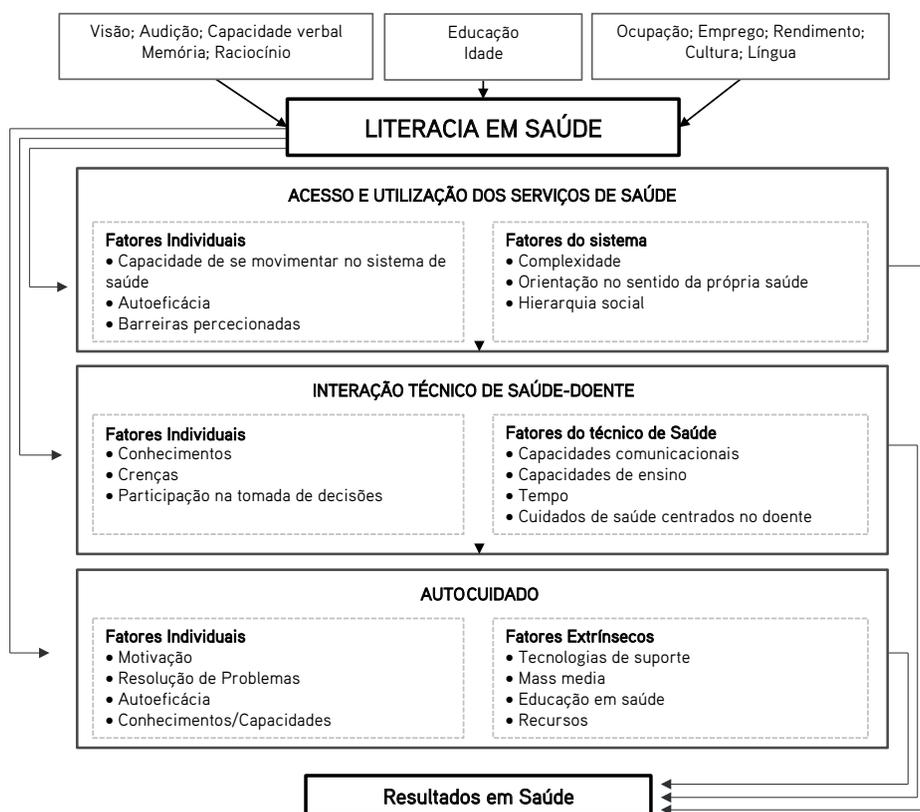


Figura 5. Relação causal entre literacia em saúde e resultados em saúde. Adaptado de “The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes.” de M. Paasche-Orlow, & M. Wolf, 2007, *American Journal of Health Behavior*, 31(1), p.21.

II. MODELO CONCEPTUAL DE LITERACIA EM SAÚDE

Partindo de uma análise conceptual do que foi produzido sobre literacia, Mancuso (2008) sugere um modelo que engloba de forma sistematizada aqueles que são os antecedentes, definidos pelo autor enquanto competências, os atributos e as consequências individuais e sociais, tendo como pano de fundo a relação indivíduo-sociedade.

O autor dá ênfase ao conceito de competência (antecedente), enquanto conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que implicam que o indivíduo perante uma situação seja capaz de mobilizar conhecimentos e recursos de modo adequado, dando uma resposta ajustada à situação. Como se pode observar na Figura 6, os atributos da literacia em saúde (capacidade, compreensão e comunicação) estão integrados e são precedidos pelas aptidões, estratégias e capacidades firmadas dentro das competências necessárias para atingir a literacia em saúde.

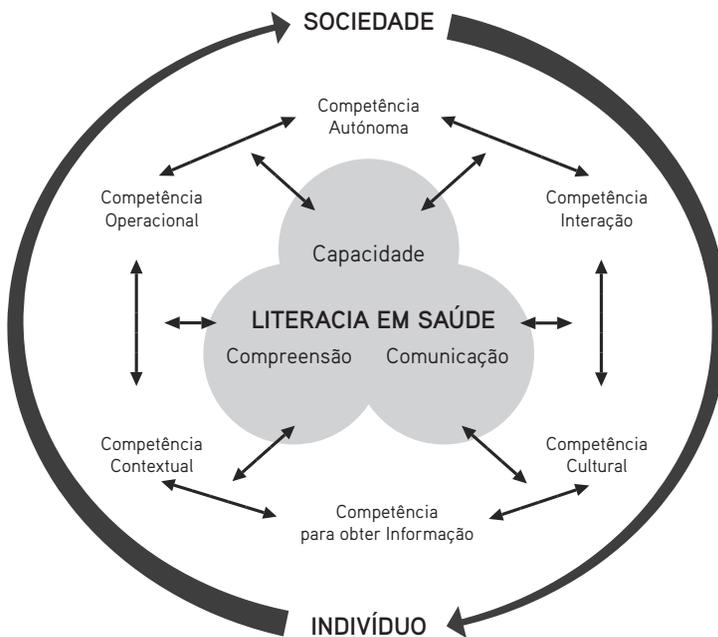


Figura 6. Modelo conceptual da literacia em saúde. Adaptado de “Health literacy: A concept/dimensional analysis,” de J. Mancuso, 2008, *Nursing & Health Sciences*, 10(3), p. 251.

Dos atributos elencados por Mancuso (2008), salientam-se a *capacidade* (o autor utiliza algumas vezes ao termo aptidão), a *compreensão* e *comunicação*. A *capacidade*,

refere-se não só àquilo que é inato mas às competências adquiridas, mediadas pela educação e afetadas pela cultura e que resultam ou são adquiridas através do processo de aprendizagem. Ao nível da literacia em saúde essas competências incluem a recolha, avaliação e análise da informação, a procura de ajuda, e ainda a capacidade para se movimentar e negociar dentro do sistema de saúde.

O atributo *compreensão* (lógica, linguagem e experiência) aponta para a conjugação de fatores de diversa ordem que permitem uma interpretação e entendimento da imensa informação existente e disponibilizada (ex. matérias de educação para a saúde, bulas de medicamentos, formulários de consentimento, etc.). Possibilita ao indivíduo tornar-se um crítico da informação existente (ou associando nova informação à existente), identificando os assuntos de saúde e atribuindo-lhe um sentido.

O atributo *comunicação* reporta para uma troca (mensagens, pensamentos, informação) que deve promover a compreensão, a escuta e a observação críticas, ainda que no domínio da saúde, a comunicação se destine sobretudo a informar e influenciar as decisões conducentes à melhoria de saúde. Esta troca de informação é, muitas vezes, feita para lá da comunicação entre profissional e doente, à base da utilização de textos, materiais audiovisuais, Internet. Contudo, para ser eficaz os conteúdos deverão ser rigorosos, equilibrados, consistentes, compreensíveis e sobretudo atenderem à lógica da competência cultural.

Quais são então as consequências ou resultados advindos deste modo de perspetivar a literacia em saúde? Mais do que isso, o que acontece quando o modo de intervenção/ação não é pensado desta forma e os indivíduos possuem um reduzido nível de literacia em saúde? Baseado em diferentes estudos (Nielsen-Bohlman et al., 2004; Weiss, 2005; Edmunds, 2005). Mancuso (2008) refere diferentes consequências, que incluem, entre outros:

- custos acrescidos nos cuidados de saúde;
- reduzido ou falso conhecimento sobre as doenças e tratamentos;
- menor competências de auto-gestão;
- menor capacidade para cuidar de pessoas em condições crónicas;
- erros de medicação;
- incapacidade para lidar com sucesso com o sistema de cuidados de saúde;
- utilização dos serviços de saúde de forma desadequada.

Em suma, podemos verificar que a literacia em saúde não é estática, ela 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 (Mancuso, 2008).

Referências Bibliográficas

- Benavente, A., Rosa, A., Costa, A., & Ávila, P. (1996). *A Literacia em Portugal: Resultados de uma pesquisa extensiva e monográfica*. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Bernhardt, J., Brownfield, E., & Parker, R. (2005). Understanding Health Literacy. In J. Schwartzberg, J. VanGeest & C. Wang (Eds.), *Understanding Health Literacy: Implications for Medicine and Public Health*. Chicago: AMA Press. p. 13-6.
- Edmunds, M. (2005). Health literacy a barrier to patient education. *Nurse Practitioner*, 30(3), 54.
- Kickbusch, I. (1997). Think health: what makes the difference. *Health Promotion International*, 12, 265-72.
- Kickbusch, I. (2004). Improving Health Literacy in the European Union: towards a Europe of informed and active health citizens. *European Health Forum*. Acedido em Janeiro, 2, 2014 em <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fold.ilonakickbusch.com%2Fhealth-literacy%2Fhealth-literacy-gastein.pdf&ei=BHvNUpKQAa6X7QaphCwBA&usg=AFQjCNEcKA-mmQga2f4Tu3c8vfWBLow1Aw&bvm=bv.58187178,d.ZGU>.
- Kickbusch, I., Maag, D., & Saan, H. (2005). Enabling healthy choices in modern health societies. *European Health Forum*. Acedido em Janeiro, 2, 2014, em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fold.ilonakickbusch.com%2Fhealth-literacy%2FGastein_2005.pdf&ei=ltPKUuGODMXb7AbPr4GQDw&usg=AFQjCNFJw1ITxyEZDbulDpeHyb2TBexNGQ&bvm=bv.58187178,d.Yms.
- Mancuso, J. (2008). Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing & Health Sciences*, 10(3), 248-55.
- Nascimento, A. (2006). Literacia, leitura, (des)bloqueamentos. *Revista de Estudos Ibéricos*, 3, 289-309.
- Nielsen-Bohman, L., Panzer, A., & Kindig, D. (eds) (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington: The National Academies Press.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13, 349-64.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15, 259-67.
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health*, 54, 303-5.
- Paasche-Orlow, M., & Wolf, M. (2007). The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), 19-26.

- Peerson, A., & Saunders, M. (2009). Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter?. *Health Promotion International*, 24, 285-96.
- Pinto, M. (1996). O estudo nacional de literacia: do recado que encerra às políticas de intervenção que evoca. *Revista da Faculdade de Letras: Línguas e Literaturas*, 13, 357-406.
- Raeburn, J., & Rootman, I. (1998). *People-centred health promotion*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Ratzan, S. (2001). Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International*, 16, 207-14.
- Ratzan, S., & Parker, R. (2000). Introduction. In C. Selden, M. Zorn, S. Ratzan & R. Parker. *National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy*. Bethesda: National Institutes of Health. Department of Health and Human Services.
- Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde.
- Rootman, I. (2009). Health Literacy: What should we do about it?. In M. Kanj & W. Mitic (Eds.), *Health Literacy and Health Promotion: Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region, 7th Global Conference on Health promotion, Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap*, Kenya (p.33).
- Selden, C., Zorn, M., Ratzan, S., & Parker, R. (2000). Health literacy. National Library of Medicine in L. Nielsen-Bohlman, A. Panzer & D. Kindig (eds) (2004) *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington: The National Academies Press.
- Simonds, S. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monograph*, 2, 1-25.
- Teixeira, J. (2004). Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde - Utentes. *Análise Psicológica*, 22(3), 615-620.
- Weiss, B. (2005). Epidemiology of low literacy. In J. Schwartzberg, J. VanGeest & C. Wang (Eds). *Understanding Health Literacy: Implications for Medicine and Public Health*. Chicago: American Medical Association, 17-39.
- World Health Organization (1998). *Health promotion glossary*. Genebra, Suíça: WHO.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. (2006). *Advancing health literacy: A framework for understanding and action*. San Francisco: Jossey-Bass.

CAPÍTULO II

MENTAL HEALTH LITERACY: PROMOTING PUBLIC ACTION TO REDUCE MENTAL HEALTH PROBLEMS

ANTHONY FRANCIS JORM

Members of the public typically know quite a lot about actions they can take to reduce physical health problems. For example, in the area of prevention, a typical adult might know about safe sex practices to prevent HIV-AIDS, they might know of the link between smoking and a range of diseases, and they might know of what constitutes a healthy diet. Similarly, in the area of early intervention, a typical person might know some of the early warning signs of cancer, how to recognise if someone is having a heart attack or stroke, and they might know how to give first aid in medical emergencies. In the area of treatment, people typically know about the major types of treatments available for cancer, heart disease and diabetes and they believe in the benefits of these treatments. By contrast, public knowledge of actions that can be taken to reduce mental health problems is typically more limited, even though these problems are so common that everyone will be exposed to them at some time in their life, either being affected themselves or having close contact with someone else who is affected.

The Concept of Mental Health Literacy

To draw attention to this neglected area, some colleagues and I coined the term *mental health literacy* in the mid-1990s. We defined it as “Knowledge and beliefs about mental disorders which aid their recognition, management or prevention” (Jorm et al., 1997. p. 182). In examining this definition, it is important to note that mental health literacy is not simply knowledge of mental health problems, such as a person might acquire from a psychiatric textbook. Rather, it is knowledge linked to action which can benefit one’s own mental health or that of others. For example, knowledge about the genetics of schizophrenia or the neurotransmitters in depression would not be mental health literacy according to this definition, but knowing how to seek help for these disorders or how to assist someone else with these disorders would be.

Mental health literacy has various components. These include: recognition of disorders to facilitate help-seeking, knowledge of professional help and treatments available, knowledge of effective self-help strategies, knowledge and skills to give first aid and support to others, and knowledge of how to prevent mental disorders. In this chapter, I will describe each of these components of mental health literacy in turn and give some examples of research to illustrate their importance.

Recognition of Disorders to Facilitate Help-Seeking

It is known that many people with mental disorders do not seek help or delay seeking help. National mental health surveys carried out in many countries have found that mental disorders are common, but a substantial percentage of people identified with these disorders do not seek professional help, even in developed countries (Wang et al., 2007). When help is sought, the delay is often many years for mood, anxiety and substance use disorders, and many months for psychotic disorders. Delays in seeking professional help can have adverse consequences. There is evidence that the duration of untreated illness is associated with worse outcomes for depression and psychosis (Ghio, Gotelli, Marcenaro, Amore, & Natta, 2014; Marshall et al., 2005). It is therefore important to reduce barriers to earlier help-seeking.

There are several potential barriers to people not getting professional help or delaying getting help. One important one is problems in recognizing that the symptoms the person is experiencing are an indication of a mental disorder (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010). For example, in an Australian study of the reasons for the delay in help-seeking for anxiety and mood disorders, it was found that the much of the delay was due to late recognition by the person that they had a mental disorder (Thomson, Issakidis, & Hunt, 2008). For mood disorders, the median duration from onset to getting professional help was 10.6 years, with 8.4 years between onset and recognition, and only 2.2 years between recognition and help-seeking. A particular reason that people take so long to recognise mental disorders is that these often have their first onset during adolescence or early adulthood. This is a period of life where the person may lack the knowledge and experience to understand what is happening to them and they may require assistance from parents or other adults to facilitate recognition and help-seeking.

In national surveys of mental health literacy, this issue is often assessed by showing participants a case vignette of someone with a mental disorder and asking what is wrong with the person. Recognition of disorders in vignettes varies depending on the type of disorder presented (e.g. it is worse for anxiety disorders than for depression) and the country where the research is carried out (Jorm, 2012). However, in all countries there is room for improvement. In Portugal, as an example, around a quarter of young people fail to recognize depression in a vignette (Loureiro et al., 2013).

There are benefits to help-seeking of being able to recognize a mental disorder. Young people who label a vignette correctly tend to have better help-seeking and treatment preferences (Wright et al., 2007). Self-labelling correctly may activate a mental schema (e.g. a depression schema) which is associated with knowledge about what action to take (e.g. “I should see a psychologist or school counsellor”). Where an inappropriate schema is activated (e.g. “I am fatigued”), then inappropriate action might result (e.g. “I need more iron”). Appropriate self-labelling by a young person (“Doctor, I think I might be depressed”) may also assist General Practitioners (GP's) to detect disorders when they are present (Haller, Sancu, Sawyer, & Patton, 2009).

Knowledge of Professional Help and Treatments Available

In order to get appropriate professional help, a person with a mental health problem needs to know about the role of various mental health professions, the range of evidence-based treatments available and how to access these. Surveys of the public in many countries have found that the public tend to favour informal sources of help, such as family and friends, over professional help. However, the findings differ from country to country and also depend on the age group surveyed. In Portugal, for example, young people show a stronger preference for family, friends and mental health professionals than for teachers, social workers and a helpline (Loureiro et al., 2013). For adolescents, the preference for peers as a source of help is of concern because other adolescents may not have the knowledge or life experience to take on a help-giving role or to facilitate professional help seeking.

Even where members of the public show a preference for professional help, they may not know what is the most appropriate source. For example, in both Australia and Canada, members of the public show a greater preference for counsellors than for psychologists (Jorm, 2012), even though psychologists have more rigorous professional training about mental disorders.

When it comes to specific treatments, surveys in many countries show that psychotropic medications often have a negative image, even though they are recommended in clinical practice guidelines (Jorm, 2012). In some surveys, for example, psychotropic medications are rated as more likely to be harmful than helpful and they may be seen less favourably than treatments that are not evidence-based, like vitamins. In Portuguese youth, for example, vitamins were seen more positively for depression than antidepressants (Loureiro et al., 2013). These beliefs can make a difference to a person's treatment. For example, it has been found that depressed patients who have a negative attitude towards antidepressants are less likely to be prescribed these medications, are less likely to fill prescriptions and are less likely to benefit from them (Pyne et al., 2005).

Knowledge of Effective Self-Help Strategies

In contrast to the mixed reception of professional help, members of the public in many countries are very positive about self-help strategies and report using these frequently. Some self-help strategies that are commonly endorsed are likely to be helpful (e.g. exercise), but others may not be (e.g. use of alcohol). The public need to know about and use those self-help strategies that are likely to be helpful and to avoid those that may be harmful.

Self-help strategies are most likely to be useful for milder mental health problems. It is instructive to consider how self-help is used in this way with physical health problems. For example, if a person develops a headache, they may deal with this initially by self-help strategies like massaging or applying a cold pack to their forehead, or taking over-the-counter medication. Only if this fails to work, will they see a GP. If the GP's treatment does not work, then the person may be referred to more specialized treatment by a neurologist. Similarly, for milder levels of depression and anxiety people commonly use self-help methods like getting the support of family and friends, engaging in exercise or doing enjoyable activities. If the depression or anxiety does not reduce or becomes more severe, the person may try new self-help methods (like buying a herbal remedy or learning meditation) or seeking professional help and getting specialized mental health treatments (Jorm, Griffiths, Christensen, Parslow, & Rodgers, 2004).

In order to find out what self-help strategies are likely to be useful for mild depressive symptoms, Morgan and Jorm (2009) carried out a study to find out the expert consensus views of professionals and consumer advocates. These experts recommended a variety of lifestyle strategies (exercise, regular sleep habits, and engaging in activities that are enjoyable, purposeful and give a feeling of achievement), psychological strategies (rewarding oneself for reaching small goals, learning relaxation methods), interpersonal strategies (talking over problems and letting others know how one is feeling), as well as eating a healthy, balanced diet. Such recommended strategies need to be promoted more widely to the public.

Knowledge and Skills to Give First Aid and Support to Others

Members of the public need knowledge and skills to support others, either in a mental health first aid role or sometimes in a care-giver role. The term *mental health first aid* has been defined to mean “the help offered to a person developing a mental health problem or experiencing a mental health crisis” (Langlands, Jorm, Kelly, & Kitchener, 2008). Providing mental health first aid can assist a person get professional help, because people are more likely to seek help if someone else suggests it (Cusack, Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2008). For adolescents, in particular, parents and other adults in the young person's life can play an important role in facilitating help seeking (Fröjd, Marttunen,

Pelkonen, von der Pahlen, & Kaltiala-Heino, 2007). Those in the person's social network can also help by providing good social support. It is known that people are more likely to recover if they have good social support (Keitner et al., 1995) and social support can reduce the impact of traumatic life events (Charuvastra & Cloitre, 2008).

To find out what are the best strategies for providing mental health first aid, a series of expert consensus studies has been carried out with expert panels of professionals, consumers and care-givers. These studies have led to the development of mental health first aid guidelines for the public covering a range of developing mental disorders (depression, psychosis, eating disorders, problem alcohol and drug use) and mental health crises (suicidal thoughts and behaviours, non-suicidal self-injury, panic attacks, following a traumatic event). These guidelines can be found at:

www.mhfa.com.au/cms/mental-health-first-aid-guidelines-project/. The essential elements of these guidelines have been summarized in the form of a mental health first aid action plan by Kitchener, Jorm, and Kelly (2013):

1. Approach the person, assess and assist with any crisis
2. Listen non-judgmentally
3. Give support and information
4. Encourage the person to get appropriate professional help
5. Encourage other supports.

Because adolescents often see their peers as the preferred source of help if they have a mental health problem, guidelines have also been developed for the key messages that adolescents need if they are to fulfil this role (Ross, Hart, Jorm, Kelly, & Kitchener, 2012). These guidelines emphasize the importance of the peer helper not taking full responsibility themselves, but rather linking the person up with an adult who can help.

There is not a lot of evidence from community surveys of mental health literacy on mental health first aid skills. However, data from surveys of young people in Australia show that many would not facilitate professional help-seeking for a friend, and that potentially harmful actions, like talking to the person firmly, suggesting they use alcohol or ignoring the person, were sometimes endorsed (Yap, Reavley, & Jorm, 2012). There is clearly considerable room for improved knowledge and skills in this area.

Knowledge of How to Prevent Mental Disorders

Knowing how to prevent mental disorders is the most neglected component of mental health literacy. The contrast with what the public know about prevention of major physical

diseases is striking. One of the reasons for this is that prevention messages often focus on large risk factors which can be used to produce easily communicated messages. For major physical diseases, there are powerful modifiable risk factors like smoking, excessive sun exposure and asbestos exposure that can be clearly communicated. For mental disorders, the modifiable risk factors tend to be more complex social factors. Nevertheless, there is considerable potential for further action in this area. For example, the evidence is now sufficiently clear that cannabis use increases risk of psychosis that all young people need to be aware of this risk (Moore et al., 2007).

Parenting is another area where action is possible. Reviews of longitudinal studies of parenting and mental health, and Delphi expert consensus studies, have been used to find messages for what parents can do to reduce their children's risk of alcohol misuse (Ryan, Jorm, & Lubman, 2010; Ryan, Jorm, Kelly, Hart, Morgan, & Lubman, 2011) and depression and anxiety disorders (Yap, Pilkington, Ryan, Kelly, & Jorm, 2014). Protective parenting behaviours towards adolescents include establishing and maintaining a good relationship with the child, being involved and supporting increasing autonomy, establishing family rules and consequences, minimizing conflict in the home, encouraging supportive relationships, helping the child deal with problems, encouraging good health habits, helping the child to deal with anxiety, and encouraging professional help seeking when needed.

Preventive action can be taken in other settings besides families, for example schools and workplaces. Again, it is necessary to find out the key actions that need to be taken. As an example, expert consensus guidelines have been produced on what workplaces can do to prevent mental health problems (see <http://prevention.workplace-mentalhealth.net.au/>).

There is limited evidence from community surveys on mental health literacy concerning prevention. However, survey evidence on Australian young people shows one particular area that needs attention. Many young people believe that it can be helpful to avoid stressful situations, whereas most mental health professionals believe this strategy would be harmful (Yap et al., 2012). Particularly for anxiety problems, avoidance can lead to greater entrenchment of the problem. This is a message that needs to be more widely disseminated to young people.

Interventions to Improve Mental Health Literacy

There are a wide range of interventions in use across the world which have the aim of improving mental health literacy. However, few of these have been rigorously evaluated in controlled trials. Described below are some examples of the better evaluated interventions.

Community Campaigns

Community campaigns aimed at the whole community have been implemented in many countries. These vary in their aims and how widespread their reach is. Some are primarily aimed at mental health literacy, while others are primarily aimed at stigma reduction, with mental health literacy a minor aspect. These campaigns are difficult to rigorously evaluate because of the problems in having a control group for an intervention that spans the whole community. Nevertheless, there is some relevant data on their effects.

One of the largest and longest-running campaigns has been *beyondblue* in Australia. This started in 2000, with the aim of increasing understanding of depression, but has since expanded to involve anxiety disorders as well. *Beyondblue* is a complex campaign involving many elements, including media advertising, sponsorship of events (e.g. plays dealing with mental health), community education forums, training of managers in workplaces, web-based and printed information, and prominent people acting as champions and speaking publicly about their experiences of depression. In its early years, *beyondblue* was more active in some states of Australia than in others, allowing a comparison of changes in depression literacy in 'high-activity' and 'low-activity' states. This comparison showed a greater improvement in depression literacy in the states where *beyondblue* was more active, including greater recognition of depression, more positive beliefs about treatment and greater public openness about depression (Jorm, Christensen, & Griffiths, 2005; Jorm, Christensen, & Griffiths, 2006).

Another depression awareness program that has had a controlled evaluation is the Nuremberg Alliance Against Depression, which compared a campaign in the German city of Nuremberg with the nearby city of Würzburg as a control. This was also a complex campaign with many elements, aimed at the general public, GPs, community facilitators such as teachers, police and clergy, and consumers and their relatives (Dietrich, Mergl, Freudenberg, Althaus, & Hegerl, 2010). Surveys comparing the two cities, showed greater awareness of depression in Nuremberg, more positive attitudes to antidepressants and a decrease in the belief that depression is due to a lack of self-discipline. A comparison of suicidal acts in the two cities, also found a greater reduction in Nuremberg (Hegerl, Wittenburg, & the European Alliance, 2009). This campaign has now been expanded to become the European Alliance Against Depression and involves many European countries, including Portugal (see www.eaad.net).

While most community campaigns have been aimed at common mental disorders like depression, the Treatment and Intervention in Psychosis (TIPS) program in Norway was aimed at reducing the duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia (Joa et al., 2008). TIPS involved two components: an information campaign aimed at the general public, schools and GPs, and an early detection clinical team that could be

contacted by anyone. An evaluation study of TIPS compared two areas of Norway where TIPS was running with other areas in Norway and Denmark which served as controls. It would found that the TIPS program was successful in reducing the duration of untreated psychosis to a median of five weeks, compared to 16 weeks in the control areas.

School-Based Interventions

Schools are an important setting for mental health literacy interventions because they cover the age range where mental disorders often have first onset. Also, as noted earlier, adolescents may not have the knowledge or experience to deal effectively with mental health problems in themselves or their peers. A systematic review of research in this setting found 27 evaluation studies, with most reporting improvements in knowledge, attitudes and help-seeking behaviour (Wei, Hayden, Kutcher, Zygmunt, & McGrath, 2013). However, the quality of the studies was found to be generally low. This is clearly an area where more rigorous evaluation is needed.

Training Courses

Many training courses to increase mental health literacy have been created for the public or for specific groups such as managers and police. One class of training involves teaching 'gatekeepers' to take action to prevent suicide. Perhaps the best-known training of this type is Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST), which originated in Canada, but is available in many countries (see www.livingworks.net). Targets for gatekeeper training include school staff, the military, and peer helpers. A systematic review of evaluation studies found that gatekeeper training led to positive changes in knowledge, skills and attitudes of trainees, and there is some evidence that it may reduce suicidal behaviours (Isaac et al., 2009).

Arguably the most thoroughly evaluated training course has been Mental Health First Aid (Jorm & Kitchener, 2011). This training aims to improve the skills of the public in assisting people who are developing mental health problems (such as depression, anxiety, eating disorders, psychosis and problem substance use), as well as assisting in crisis situations (such as suicidal behaviours, non-suicidal self-injury, following a traumatic event, severe psychotic states, severe effects of alcohol or drug use, and aggressive behaviours). A number of randomized controlled trials have been carried out and found changes in knowledge, confidence in providing help and helping behaviour, as well as a reduction in stigma (Jorm & Kitchener, 2011). A number of specialized adaptations have been made of Mental Health First Aid training, including one for adults to assist adolescents. This course is available in many countries, including Portugal.

Web-Based Information

The Internet is now a major source of information about mental health problems. Quite a bit of research has been done to assess the quality of this information and much of it is found to be poor (Reavley & Jorm, 2011). However, there is research showing that one of the most commonly used websites, Wikipedia, is of generally high quality, equal to that of a standard psychiatric textbook (Reavley et al., 2012). The downside of Wikipedia is that it is written at a high reading level and would not be comprehensible to many young people and less educated members of the public.

The biggest gap in research on web-based sources is that few studies have evaluated whether accessing the information changes the user's understanding or behaviour. For example, are people better informed, are they more willing to seek help, do they assist others, and are they more likely to seek and use evidence-based interventions? There is some limited evidence that websites can have a positive effect. A randomized controlled trial with the website BluePages (www.bluepages.anu.edu.au) found that it improved depression literacy. A study of users of mental health first aid guidelines available on the Internet (<http://www.mhfa.com.au/Guidelines.shtml>) showed that they reported more positive, empathic and successful helping behaviours (Hart, Jorm, Paxton, & Cvetkovski, 2012). Similarly, a study of users of a website for caregivers of people with bipolar disorder (www.bipolarcaregivers.org) found that many of them made practical use of the information provided (Berk et al., 2013)

Is Mental Health Literacy Improving?

With so much activity to improve mental health literacy, it would be expected that the mental health literacy of the population should be improving. Indeed, a meta-analysis of data from 16 studies reporting national time trends showed that there has been greater acceptance of professional help for mental health problems, although social acceptance of people who are affected has not improved (Schomerus et al., 2012). The countries with the most comprehensive data on historical changes in mental health literacy are Australia and Germany. Australian national surveys between 1995 and 2003/4 have found improved recognition of depression and more positive ratings for a range of interventions, including help from mental health professionals and antidepressants (Reavley & Jorm, 2012). In Germany, national surveys in 1990 and 2011 showed an improvement in readiness to recommend help-seeking from mental health professionals and for the use of psychotherapy and psychotropic medication (Angermeyer, Matschinger, & Schomerus, 2013). Future research will need to see whether these changes in beliefs translate into changes in actions taken and improvements in mental health.

Conclusion: Vision for a Mental Health Literate Society

Behind the concept of mental health literacy lies a vision for a future society. In this future, people with mental disorders would take prompt action to seek professional help, they would receive and adhere to evidence-based treatments, and they would feel supported by others in their social network. The whole of the community would take action to prevent mental health problems in themselves, their families and their workplaces, they would assist others who are struggling with mental health problems, and they would see mental health services as making a valuable contribution that merits public support.

References

- Angermeyer, M.C., Matschinger, H., & Schomerus, G. (2013). Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. *British Journal of Psychiatry*, *203*(2), 146-151. doi:10.1192/bjp.bp.112.122978
- Berk, L., Berk, M., Dodd, S., Kelly, C., Cvetkovski, S., & Jorm A.F. (2013) Evaluation of the acceptability and usefulness of an information website for caregivers of people with bipolar disorder. *BMC Medicine*, *11*, 162. doi:10.1186/1741-7015-11-162
- Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, *59*(1), 301-328. doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085650
- Cusack, J., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2008). Who influence men to go to therapy? Reports from men attending psychological services. *International Journal for the Advancement of Counselling*, *26*(3), 271-283. doi:10.1023/B:ADCO.0000035530.44111.a8
- Dietrich, S., Mergl, R., Freudenberg, P., Althaus, D., & Hegerl, U. (2010). Impact of a campaign on the public's attitudes towards depression. *Health Education Research*, *25*(1), 135-150. doi:10.1093/her/cyp050
- Fröjd, S., Marttunen, M., Pelkonen, M., von der Pahlen, B., & Kaltiala-Heino, R. (2007). Adult and peer involvement in help-seeking for depression in adolescent population: a two-year follow-up in Finland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *42*(12), 945-952.
- Ghio, L., Gotelli, S., Marcenaro, M., Amore, M., & Natta, W. (2014). Duration of untreated illness and outcomes in unipolar depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *152-154*, 45-51. doi:10.1016/j.jad.2013.10.002
- Gulliver, A., Griffiths, K., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, *10*(1), 113. doi:10.1186/1471-244X-10-113
- Haller, D. M., Sancic, L. A., Sawyer, S. M., & Patton, G. C. (2009). The identification of young people's emotional distress: A study in primary care. *British Journal of General Practice*, *59*(560), 159-165. doi:10.3399/bjgp09X419510

- Hart, L.M., Jorm, A.F., Paxton, S.J., & Cvetkovski, S. (2012). Mental health first aid guidelines: an evaluation of impact following download from the World Wide Web. *Early Intervention in Psychiatry*, 6(4), 399-406. doi:10.1111/j.1751-7893.2012.00345.x
- Hegerl, U., Wittenburg, L., & the European Alliance Against Depression Consortium. (2009). Focus on mental health care reforms in Europe: The European Alliance Against Depression: A multilevel approach to the prevention of suicidal behavior. *Psychiatric Services*, 60(5), 596-599. doi:10.1176/appi.ps.60.5.596
- Isaac, M., Elias, B., Katz, L.Y., Belik, S.L., Deane, F.P., Enns, M.W., ... Swampy Cree Suicide Prevention Team (2009). Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(4), 260-268.
- Joa, I., Johannessen, J. O., Auestad, B., Friis, S., McGlashan, T., Melle, I., ... Larsen, T. K. (2008). The key to reducing duration of untreated first psychosis: Information campaigns. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 466-472. doi:10.1093/schbul/sbm095
- Jorm, A.F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231-243. doi:10.1037/a0025957
- Jorm, A. F., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2005). The impact of beyondblue: The national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments. *Australian and New Zealand of Psychiatry*, 39(4), 248-254. doi:10.1080/j.1440-1614.2005.01561.x
- Jorm, A. F., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2006). Changes in depression awareness and attitudes in Australia: the impact of beyondblue: The national depression initiative. *Australian and New Zealand of Psychiatry*, 40(1), 42-46.
- Jorm, A. F., Griffiths, K. M., Christensen, H., Parslow, R. A., & Rodgers, B. (2004). Actions taken to cope with depression at different levels of severity: A community survey. *Psychological Medicine*, 34(2), 293-299. doi:10.1017/S003329170300895X
- Jorm, A. F., & Kitchener, B. A. (in press). Noting a landmark achievement: Mental Health First Aid training reaches 1% of Australian adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186.
- Keitner, G., Ryan, C., Miller, I., Kohn, R., Bishop, D., & Epstein, N. (1995). Role of the family in recovery and major depression. *American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1002-1008.
- Kitchener, B.A., Jorm, A.F., & Kelly, C.M. (2013). *Mental health first aid manual* (3rd ed.). Melbourne: Mental Health First Aid Australia.
- Langlands, R. L., Jorm, A. F., Kelly, C. M., & Kitchener, B. A. (2008b). First aid recommendations for psychosis: Using the Delphi method to gain consensus between mental health consumers, carers, and clinicians. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 435-443. doi:10.1093/schbul/sbm099

- Loureiro, L.M., Jorm, A.F., Mendes, A.C., Santos, J.C., Ferreira, R.O., & Pedreiro, A.T. (2013). Mental health literacy about depression: a survey of Portuguese youth. *BMC Psychiatry*, *13*(1), 129.
- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., & Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: A systematic review. *Archives of General Psychiatry*, *62*(9), 975-983. doi:10.1001/archpsyc.62.9.975
- Moore, T. H. M., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T., R. E., Jones, P., B., Burke, M., & Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: A systematic review. *Lancet*, *370*(9584), 319-328. doi:10.1016/S0140-6736(07)61162-3
- Morgan, A. J., & Jorm, A. F. (2009). Self-help strategies that are helpful for sub-threshold depression: A Delphi consensus study. *Journal of Affective Disorders*, *115*(1-2), 196-200. doi:10.1016/j.jad.2008.08.004
- Pyne, J. M., Rost, K. M., Farahati, F., Tripathi, S. P., Smith, J., Keith Williams, D., et al. (2005). One size fits some: The impact of patient treatment attitudes on the cost-effectiveness of a depression primary-care intervention. *Psychological Medicine*, *35*(06), 839-854. doi:10.1017/S0033291704003332
- Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2011). The quality of mental disorder information websites: A review. *Patient Education and Counseling*, *85*(2), e16-25. doi:10.1016/j.pec.2010.10.015
- Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2012). Public recognition of mental disorders and beliefs about treatment: changes in Australia over 16 years. *British Journal of Psychiatry*, *200*(5), 419-425. doi:10.1192/bjp.bp.111.104208
- Reavley, N. J., Mackinnon, A. J., Morgan, A. J., Alvarez-Jimenez, M., Hetrick, S. E., Killackey, E., ... Jorm, A. F. (2012). Quality of information sources about mental disorders: a comparison of Wikipedia with centrally controlled web and printed sources. *Psychological Medicine*, *42*(8), 1753-1762. doi:10.1017/S003329171100287X
- Ross, A. M., Hart, L. M., Jorm, A. F., Kelly, C. M., Kitchener, B. A. (2012). Development of key messages for adolescents on providing basic mental health first aid to peers: a Delphi consensus study. *Early Intervention in Psychiatry*, *6*(3), 229-238. doi:10.1111/j.1751-7893.2011.00331.x
- Ryan, S.M., Jorm, A.F., Kelly, C.M., Hart, L.M., Morgan, A.J., & Lubman, D.I. (2011). Parenting strategies for reducing adolescent alcohol use: a Delphi consensus study. *BMC Public Health*, *11*, 13. doi:10.1186/1471-2458-11-13
- Ryan, S. M., Jorm, A. F., & Lubman, D. I. (2010). Parenting factors associated with reduced adolescent alcohol use: A systematic review of longitudinal studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *44*(9), 774-783. doi:10.1080/00048674.2010. 501759
- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P.W., Grabe, H.J., Carta, M.G., & Angermeyer, M.C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *125*(6), 440-452. doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x

- Thompson, A., Issakidis, C., & Hunt, C. (2008). Delay to seek treatment for anxiety and mood disorders in an Australian clinical sample. *Behaviour Change*, 25(2), 71-84. doi:10.1375/bech.25.2.71
- Wang, P. S., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., de Girolamo, G., ... Üstün, T. B. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 177-185.
- Wei, Y., Hayden, J.A., Kutcher, S., Zygmunt, A., & McGrath, P. The effectiveness of school mental health literacy programs to address knowledge, attitudes and help seeking among youth. *Early Intervention in Psychiatry*, 7(2), 109-121. doi:10.1111/eip.12010
- Wright, A., Jorm, A. F., Harris, M. G., & McGorry, P. D. (2007). What's in a name? Is accurate recognition and labelling of mental disorders by young people associated with better help-seeking and treatment preferences? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(3), 244-250. doi:10.1007/s00127-006-0156-x
- Yap, M.B., Pilkington, P.D., Ryan, S.M., & Jorm, A.F. (2014). Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, in press. doi:10.1016/j.jad.2013.11.007
- Yap, M.B., Pilkington, P.D., Ryan, S.M., Kelly, C.M., & Jorm, A.F. (2014). Parenting strategies for reducing the risk of adolescent depression and anxiety disorders: A Delphi consensus study *Journal of Affective Disorders*, in press. doi:10.1016/j.jad.2013.11.017
- Yap, M.B., Reavley, N.J., & Jorm, A.F. (2012). Intentions and helpfulness beliefs about first aid responses for young people with mental disorders: findings from two Australian national surveys of youth. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 430-442. doi:10.1016/j.jad.2011.11.006
- Yap, M.B., Reavley, N., & Jorm, A.F. (2012). Young people's beliefs about preventive strategies for mental disorders: findings from two Australian national surveys of youth. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 940-947. doi:10.1016/j.jad.2011.09.003

CAPÍTULO III

ESTIGMA E PROCURA DE AJUDA EM SAÚDE MENTAL

LUÍS MANUEL DE JESUS LOUREIRO
ANA RITA DINIS ABRANTES

Introdução

Passadas décadas sobre o trabalho pioneiro de Erving Goffman (1922-1982), publicado em 1963 com o título: *Estigma – Notas sobre a manipulação da Identidade Deteriorada*, muita tem sido a evidência produzida, revelando que o estigma associado aos doentes e doenças mentais continua a ser, ainda na atualidade, um problema com profundas implicações na vida daqueles que sofrem ou estão a desenvolver um problema relacionado com a sua saúde mental.

Se podemos referir que as doenças mentais se democratizaram e universalizaram nas últimas décadas deixando de ser uma exceção para poder acontecer e pertencer a todos em qualquer momento (Loureiro, Dias, & Oliveira, 2008; Shorter, 2001), o que implicou um maior entendimento e compreensão do que constituem as doenças, e as suas consequências na vida de quem sofre de uma doença mental, certo é que o estigma permanece ainda de modo invisível, tendo como consequências, entre outras, o impedir o exercício pleno da cidadania, levando as pessoas a sofrer na vergonha, no silêncio e no medo. Isto torna-se preocupante se pensarmos que as pessoas que sofrem de doenças mentais, têm um duplo «desafio», isto é, por um lado têm que lidar no dia-a-dia com os sintomas resultantes da doença, e por outro confrontarem-se com o peso dos estereótipos e preconceitos sociais existentes.

O que se entende por estigma? Quais as suas dimensões? Que consequências podem advir para a vida das pessoas que sofrem de doenças mentais, e, sobretudo, como pode influenciar a procura de ajuda em saúde mental? Eis algumas das questões que procuraremos dar resposta de seguida.

I. ESTIGMA

Existem diferentes definições de estigma na literatura científica, contudo todas partem da definição pioneira de Goffman (1963) que o considerava como “um atributo profundamente

depreciativo". Por exemplo, a Organização Mundial de Saúde (2001, p.15) considera-o como "um sinal de vergonha, infortúnio ou reprovação, que resulta em ser um indivíduo rejeitado, feito em objeto de discriminação e excluído da participação em diversas áreas diferentes da sociedade". A partir desta definição, Corrigan e Watson (2002), referem dois tipos de estigma:

- o **estigma público** (*public stigma*) corresponde a crenças, atitudes e reações da sociedade para com os doentes mentais. Se os doentes são, por exemplo, perspetivados como violentos, imprevisíveis e perigosos, as pessoas tendem a evitar ou mostram-se ambivalentes a qualquer forma de interação ou contacto social;
- o **estigma pessoal** (*self stigma*) corresponde a apropriação, incorporação e interiorização dos elementos do estigma público por parte dos doentes que podem experimentar, por exemplo, sentimentos de vergonha, medo e desesperança. As consequências podem ser desistir de procurar emprego, de estudar, ou ainda recusar a procura dos serviços de saúde, adiando ou desistindo dos tratamentos.

Esta partição do estigma em dois tipos tem subjacente o modelo teórico da cognição social e entende o estigma como uma estrutura assente em três elementos que são os estereótipos, os preconceitos e a discriminação, tal como apresentado na Figura 1.

Estigma público	
Estereótipo	Crenças negativas acerca do grupo (ex. Perigoso, incompetente /fraco de caracter)
Preconceito	Concordância com essas crenças e/ou reações emocionais negativas (ex. medo, angústia)
Discriminação	Respostas comportamentais ao preconceito (ex: evitamento, negar oportunidades de trabalho, habitação, ajuda)
Estigma pessoal	
Estereótipo	Crenças negativas acerca de si (ex. incompetente /fraco de caracter)
Preconceito	Concordância com essas crenças, reações emocionais negativas (ex. baixa autoestima, reduzido sentido de auto-eficácia)
Discriminação	Respostas comportamentais ao preconceito (ex: não procurar emprego)

Figura 1. Comparação das definições de estigma público e estigma pessoal. Adaptado de "Understanding the impact of stigma on people with mental illness", de P.W. Corrigan & A. C. Watson, 2002, World Journal of Psychiatry, p. 16.

Contudo existem na literatura outras divisões do estigma (Griffiths, Christensen, Jorm, Evand, & groves, 2004; Griffiths et al., 2006). Os autores falam de **estigma pessoal** e **estigma percebido**. Enquanto o primeiro, **estigma pessoal**, se refere à constelação

de crenças e sentimentos pessoais acerca de uma perturbação ou perturbações, isto é aquilo que eu penso das doenças, o segundo, estigma percebido, diz respeito à percepção que fazemos sobre o que os outros pensam relativamente às doenças mentais (Loureiro, 2013a).

No entanto não podemos entender ainda como se processa a estigmatização e em que estruturas conceptuais este processo se encontra ancorado. Neste sentido vamos salientar alguns trabalhos, destacando os de Jones et al. (1984), Link e Phelan (2001) e Corrigan (2000).

Jones et al. (1984) apresentam o estigma como correspondendo a um conjunto de seis dimensões, que designam de *concealability*, *course*, *disruptiveness*, *peril*, *origin*, e *aesthetics*. Optamos por utilizar os termos originais da língua inglesa.

Jones et al. (1984) referem que é a partir da marca ou sinal, ou seja o descritor que acompanha as condições consideradas estigmatizantes pela sociedade que se pode iniciar o processo de discriminação. Neste sentido a *concealability*, refere-se à *visibilidade* dos sinais da doença, isto é, quão visíveis ou óbvios são os sinais (características) ao ponto de serem detetáveis e reconhecidos pelos outros enquanto tal. Este processo dependente da natureza da marca estigmatizante, uma vez que tem também subjacente a capacidade do estigmatizado em esconder e ocultar os sinais (Ahmedani, 2011; Link, Yang, Phelan, & Collins, 2004).

No que diz respeito ao *course*, pode ser entendido como o curso da condição estigmatizante ao longo do tempo, isto é, se é reversível. Naturalmente, como referem Link et al., (2004), as condições irreversíveis tendem a provocar atitudes mais negativas por parte dos outros. De um modo mais simples, podemos dizer que tem subjacente a probabilidade da pessoa com a condição estigmatizante recuperar e beneficiar com os tratamentos ao ponto de voltar à condição de boa saúde.

Relativamente à *disruptiveness*, é entendida pelos autores como referindo-se a medida em que a marca prejudica ou dificulta as relações interpessoais no quotidiano, isto porque o sinal (ou marca) pode ser entendido como algo perturbador pelos outros, sendo comum em algumas perturbações crónicas graves o medo e receio, porque as pessoas acreditam que as doenças acarretam imprevisibilidade, logo as interações são vividas como algo perturbador, e nessas situações a escusa ao contacto aumenta. É de salientar que nem todas as perturbações implicam o mesmo nível de estigma.

A dimensão *peril* surge muitas vezes associada ao conceito de perigosidade e também de imprevisibilidade. Pode ser entendida como referindo-se aos sentimentos de perigo ou ameaça que a marca ou sinal, associados à doença produzem. Frequentemente surgem a partir dos rótulos ou inclusivamente da observação de comportamentos estranhos e bizarros ou ainda no decurso de uma conversa.

A dimensão *origin*, refere-se ao despoletar da situação, isto é, a medida em que o indivíduo é responsável pela sua condição. A percepção de responsabilidade pela sua condição explica muitos dos comportamentos de segregação para com o indivíduo que sofre de uma doença mental. Veja-se a título de exemplo o alcoolismo, em que os alcoólicos são considerados responsáveis pela origem e manutenção da sua condição, ao ponto do alcoolismo poder ser considerado um vício e não uma doença mental. Neste sentido aponta-se-lhes a ausência de *força de vontade*, sendo considerados os únicos responsáveis por se *degradarem* ao ponto de destruírem os laços e estrutura familiar.

Por último a dimensão *aesthetics* refere-se às reações instintivas e afetivas de desagrado ou mesmo aversão que a marca ou inclusivamente o comportamento provocam, isto porque podem não estar de acordo com as normais sociais esperadas. Note-se que é diferente de inversões transitórias do comportamento. A tendência é para que, em termos sociais, se generalize a relação entre comportamento *anormal* ou não esperado e doenças mentais, levando a que a sociedade assuma comportamentos *preventivos* de evitamento e distanciamento (Jones et al., 1984; Ahmedani, 2011; Link et al., 2004).

Estas dimensões apresentadas por Jones et al. (1984) foi criticado por Link e Phelan (2001) por focar a sua análise exclusivamente a partir da marca e sinal, promovendo então uma visão que enfatiza apenas a reação da sociedade ao indivíduo doente, e centrando-se nos aspetos cognitivos de aquisição de informação. Estes aspetos críticos são situados a dois níveis.

Um primeiro nível diz respeito ao estudo do estigma, quando os autores tendem a favorecer em exclusivo nas suas abordagens os modelos teóricos que os orientam, esquecendo a linguagem, contextos e experiências de quem é estigmatizado, não procurando compreender as experiências de discriminação e exclusão que os doentes vivenciam.

No outro nível, os autores referem, como se referiu acima, o número de trabalhos que de centram nas análises dos aspetos individuais, centrando-se no estudo da relação entre as percepções dos indivíduos e as consequências dessas relações no quotidiano, enfatizando os aspetos micros sociais.

A proposta de Link e Phelan (2001) vem no sentido de colocar ênfase em quatro dimensões, respetivamente: *rotulagem*, *estereótipos*, *separação* e *perda de estatuto e discriminação*. Para os autores o estigma surge quando as quatro componentes interdependentes agem conjuntamente.

De acordo com os autores:

"Na primeira componente a pessoa distingue e rotula as diferenças humanas. Na segunda as crenças culturais dominantes ligam os rótulos a características

indesejáveis - a estereótipos negativos. Na terceira, as pessoas rotuladas são colocadas em diferentes categorias de modo a conseguir algum grau de separação de “nós” em relação a “elas”. Na quarta a pessoa rotulada experimenta uma perda de estatuto e discriminação que conduz a resultados desiguais. A estigmatização é inteiramente contingente no acesso ao poder social, económico e político, que permite a identificação das diferenças, a construção de estereótipos, a separação das pessoas rotuladas em diferentes categorias e a execução completa da desaprovação, rejeição, exclusão e discriminação. Assim empregamos o termo estigma quando os elementos de rotulagem, estereotipização, separação, perda de estatuto e discriminação podem co-ocorrer numa situação de poder” (Link & Phelan, 2001, p. 367).

A terceira abordagem é apresentada por Corrigan (2000). O autor propõe uma análise do estigma associado às doenças mentais a partir da teoria da atribuição, teoria que tem subjacente o paradigma da cognição social. O estigma é visto como um produto das estruturas de processamento do conhecimento humano, que envolve estímulos discriminativos e consequentes respostas comportamentais, na forma de: estímulos discriminativos → mediadores cognitivos → respostas comportamentais (Figura 2).

Este modelo (Figura 2) postula que existem diferentes tipos de sinais que as pessoas usam para desenvolver atitudes estigmatizantes, quer sejam rótulos (ex.: conhecimento de que uma pessoa tem uma doença mental diagnosticada ou que anda em consultas de psiquiatria), manifestação dos sintomas da doença (ex. afeto inapropriados; comportamentos bizarros), deficits de competências sociais (ex. incapacidade de *alhar-nos-olhos*, linguagem corporal desadequada; incapacidade de manter um dialogo coerente) e inclusivamente a aparência física (ex. descuido na higiene pessoal). Consequentemente as estruturas mediadoras do conhecimento (estereótipos) atribuem significado a estes sinais (Corrigan, 2000). Existem diferentes mitos acerca das doenças mentais que implicam atitudes estigmatizantes, tais como as pessoas com doenças mentais diagnosticadas, como a esquizofrenia, são violentas e perigosas. Este mito está na base de atitudes que tem subjacente o autoritarismo (ex. necessidade de aplicar medidas coercivas) e restrição social (internamento com medida adequada para evitar o contacto). Em termos dos comportamentos discriminatórios, Corrigan (2000) refere discriminação, a diferentes níveis como são a educação, emprego e habitação.

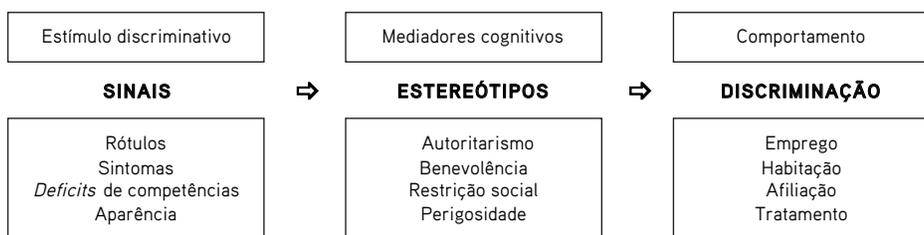


Figura 2. Relação entre sinais de estigma, estereótipos e comportamentos discriminatórios. Adaptado de “Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change”, de P. W. Corrigan, 2000, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, p.49.

Contudo, o autor recorre à teoria da atribuição para explicar de forma consistente o estigma associado às doenças mentais, uma vez que o modelo da Figura 2, apesar de adequado para organizar grande quantidade da evidência produzida em cada uma das componentes (sinais; estereótipos; comportamentos discriminatórios), apresenta lacunas, tais como a pouca evidência que lhe dê suporte enquanto estrutura causal (Corrigan, 2000).

O modelo das atribuições proposto por Corrigan (2000) permite entender as reações comportamentais associadas às doenças mentais. Este modelo, baseia-se na teoria da atribuição desenvolvida por Weiner (1986) e pode ser observado na Figura 3. A teoria de Weiner (1986) postula que a interpretação dos acontecimentos, experiências (positivas ou negativas) e consequentes reações comportamentais no quotidiano resultam de diversos fatores, destacando que essa *reação* é influenciada pela interpretação das causas, destacando o locus de causalidade (interno vs externo), estabilidade das causas percebidas (instável vs estável) e controlabilidade das causas.

Corrigan (2000) dá ênfase às duas últimas, estabilidade percebida das causas e controlabilidade, salientando que no primeiro caso, os estudos revelam que estas afetam não um peso muito acentuado no tipo de resposta emocional e comportamental, contudo refere que assumem maior relevância quando as causas são vistas como estáveis e que as situações de fracasso tendem a não favorecer os comportamentos de ajuda.

A controlabilidade, refere-se, à influência que o indivíduo tem sobre o controlo da causa (influência volitiva sobre a causa), pressupondo que esta pode ou não estar dependente da sua *vontade*. Corrigan (2000) refere que as pessoas têm tendência a atribuir responsabilidade e culpa aos casos em que os acontecimentos são controláveis, ou se quisermos, a culpa é atribuída à própria pessoa, sendo esta responsável por *falhar*. Neste sentido, distingue entre a controlabilidade no início (*onset controlability*), isto é, se a pessoa é culpada por contrair ou não o problema ou doença, e responsabilidade pela manutenção/resolução do problema (*offset responsibility*) isto é, se a pessoa tenta lidar com a situação e ultrapassá-la (doença).

Em termos de operacionalização da percepção de responsabilidade individual relativamente à condição do doente, é comum, num processo atribucional conducente a respostas de raiva e comportamentos de ajuda punitivos, pensar o seguinte acerca do doente: ele está nesta condição por sua própria culpa; ele podia controlar a sua condição ou estado de saúde; ele é o único responsável, desde o início.

É de salientar que a proposta teórica de Wiener (1986) postula que as atribuições de controlabilidade e responsabilidade estão associadas às reações emocionais. Corrigan (2000) distingue dois tipos de respostas afetivas que parecem mediar as atribuições e os comportamentos e que são a pena e a raiva (Figura 3). Uma pessoa com doença mental diagnosticada, cuja causa é atribuída por exemplo a um acidente de viação, tende a receber respostas afetivas de simpatia e subsequente comportamento de ajuda. Noutra sentença, a resposta afetiva de raiva, e subsequente reação comportamental punitiva, advém da crença de que o indivíduo tem controlo e é responsável sobre a causa. Quando as pessoas consideram que a doença mental está sob o controlo do indivíduo (por exemplo, não muda porque tem *fraqueza de carácter*) a reação comportamental é punitiva.

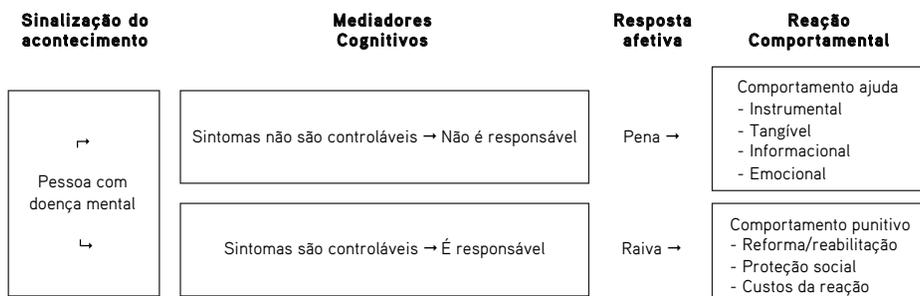


Figura 3. Representação da relação causal entre resultados, atribuições, afetos e reações comportamentais. Adaptado de “Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change”, de P. W. Corrigan, 2000, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, p.54.

Em termos de resumo da teoria da atribuição aplicada ao contexto das doenças mentais, poderemos referir que a teoria pressupõe que a resposta comportamental (de ajuda ou punitiva) seja determinada por um processo cognitivo-emocional em que as pessoas fazem atribuições em termos de causa e controlabilidade, que desencadeiam inferências sobre responsabilidade. Quando a pessoa se encontra diante, por exemplo de uma pessoa com doença mental (sinal), inicia-se ou desencadeia-se o processo de atribuição. O que a pessoa vai tentar determinar é se o *doente* é responsável pela condição/situação, fazendo atribuições sobre a causa e controlabilidade do evento. Se a

pessoa atribui a situação a causas que estão de algum modo sob o controle do indivíduo, é provável que o doente seja julgado como responsável (Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan, & Kubiak, 2003).

Ilustramos com dois exemplos este tipo de atribuições. No caso do alcoolismo, é comum as pessoas atribuírem a situação ao consumo de álcool do indivíduo, sendo que o alcoólico só o *é porque quer*, logo ele é o responsável pela sua situação, já que se quisesse, deixaria de beber e poderia resolver a situação. Muitas vezes é dito que não o faz porque não tem *força de vontade*. Ainda que a expressão seja desadequada pelo preconceito e estigma associados, e dado que não compreende a natureza e implicações de uma doença mental como o alcoolismo, ela é usada regularmente no quotidiano.

Por outro lado, se a doença é atribuída a fatores genéticos ou inclusive a resultado de um evento negativo como é o exemplo um acidente de viação (já referido), as pessoas tendem a *desresponsabilizar* o indivíduo, isto é, ele não é responsável. Como referem Corrigan et al. (2003), a controlabilidade relaciona-se com a natureza das causas, enquanto a atribuição de responsabilidade é um julgamento sobre a pessoa.

Como se podem relacionar estes conceitos e modelos teóricos que vimos apresentando com os comportamentos de procura de ajuda em saúde mental? Ou se quisermos, como podem constituir-se como barreira ou facilitadores, quer da prestação da primeira ajuda a uma pessoa que está a sofrer ou numa crise relacionada com a sua saúde mental, quer da procura de ajuda profissional? Estas questões serão abordadas no ponto seguinte deste capítulo.

II. PROCURA DE AJUDA EM SAÚDE MENTAL

É comum sermos questionados, no âmbito da nossa atividade profissional, sobre a razão ou razões porque algumas pessoas decidem procurar ajuda profissional quando estão a sofrer de uma doença mental, enquanto outras negam o problema e recusam-se, atrasam ou rejeitam mesmo qualquer tipo de apoio de familiares ou amigos. O que poderá ajudar-nos a explicar este tipo de comportamentos?

Na literatura são apontados diferentes motivos que podem ajudar a explicar este comportamento. Por exemplo, e como se referiu no parágrafo anterior, muitas pessoas não reconhecem o problema, ou inclusive que estão doentes, e isso pode decorrer da natureza das próprias doenças e severidade dos sintomas, isto porque algumas perturbações comprometem a capacidade da pessoa reconhecer o problema e subsequente tomada de decisão em pedir ajuda (ex. psicoses como a esquizofrenia). Contudo existem descritos outros fatores que podem inibir ou facilitar a procura de ajuda, tais como o nível de literacia

em saúde mental (Jorm, 2012), a influência social daqueles que são próximos da pessoa que está a sofrer o problema, como os familiares e amigos (Vogel, Wade, Wester, Larson, & Hackler, 2007), as crenças acerca dos profissionais e dos tratamentos, a disponibilidade da ajuda, a acessibilidade, os custos, as experiências prévias com o problema, a familiaridade e, não menos importante, o estigma associado às doenças mentais (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010; Jorm, 2012; Loureiro, 2013a; Schomerus & Angermeyer, 2008). Centremo-nos primeiramente no conceito de procura de ajuda.

Existem na literatura diversas referências à procura de ajuda em saúde e mais especificamente em saúde mental. No primeiro caso é de referir a revisão feita ao conceito por Cornally e McCarthy (2011). Para os autores a procura de ajuda é definida como uma acção intencional e planeada de procura com objectivo de obter respostas conducentes à resolução de um problema (de saúde) que interfere com a vida do indivíduo. Este processo de tomada de decisão é complexo e inicia-se com o reconhecimento e definição do problema, que associado a outros fatores sociocognitivos leva ao comportamento. A procura de ajuda formal é pois centrada no problema e refere-se a um comportamento planeado que envolve a interação entre a pessoa e o profissional de saúde. Na Figura 4 apresenta-se esquematizado o modelo.

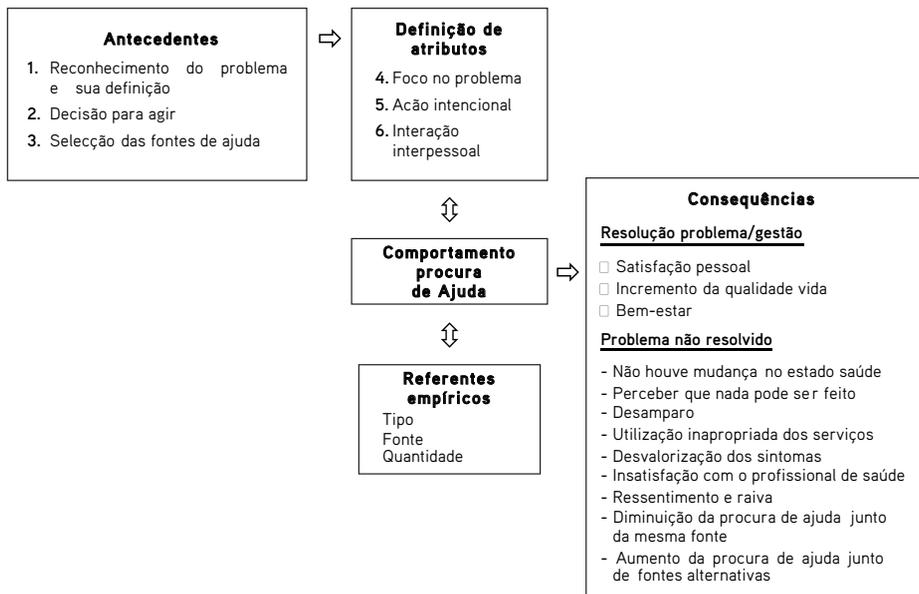


Figura 4. Comportamento de procura de ajuda: antecedentes, definição de atributos, consequências e referentes empíricos. Adaptado de "Help-seeking behaviour: a concept analysis", de N. Cornally e G. McCarthy, 2011, *International Journal of Nursing Practice*, p.284.

Na área da saúde mental, existe também evidência produzida relativamente à procura de ajuda, sendo dada ênfase especial à procura de ajuda ao nível de adolescentes e jovens. Desde logo pela especificidade destes grupos já que 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 (Kelly et al., 2011). Os estudos nesta área revelam que a maioria das pessoas não acede aos serviços de saúde mental e por isso não recebe cuidados de saúde adequados (Rickwood & Thomas, 2012), estimando-se que aproximadamente 70% das pessoas que sofrem de alguma perturbação mental não procuram ajuda especializada em saúde mental (Farrer, Leach, Griffiths, Christensen, & Jorm, 2008). Acresce ainda o facto de a procura de ajuda ser menos provável ocorrer entre os 16 e os 24 anos (Andrews, Issakidis, & Carter, 2001; Biddle, Donovan, Sharp, & Gunnell, 2007), a que não é alheio o facto de os adolescentes e jovens serem os grupos com menor contacto com os serviços de saúde (Loureiro, 2013a).

A definição da procura de ajuda em saúde mental não difere, em termos gerais, do significado atribuído por Cornally e McCarthy (2011). Contudo existem especificidades decorrentes da natureza das perturbações mentais que podem inibir a procura de ajuda. Por exemplo, Rickwood, Deane, Wilson, e Ciarrochi (2005), consideram-na uma estratégia de coping (adaptativa) e uma transição social, definindo-a como o comportamento ativo de procura de ajuda junto de outras pessoas, incluindo os profissionais de saúde, com intuito de obter respostas para o seu problema de saúde ou de alguém que lhe é próximo. Os objetivos deste processo são a compreensão do problema, a obtenção de informação e/ou conselhos e terapêuticas/tratamentos adequados. Como se depreende a procura e a prestação da ajuda (formal) implicam a comunicação com o outro (profissional de saúde), isto é, o processo envolve a partilha (transição social) de um domínio pessoal e íntimo (da pessoa em sofrimento) para o domínio interpessoal da relação com o profissional de saúde. Contudo, esta definição não se cinge à ajuda formal (prestada por profissionais de saúde), pois engloba outras fontes informais como são familiares, amigos.

A procura de ajuda tal como definida por Rickwood, Deane, Wilson, e Ciarrochi (2005), comporta diferentes passos (Figura 5), nomeadamente: i) reconhecimento e conscientização de que o indivíduo tem do seu problema e do modo como este o afeta e que requer a ajuda de outra pessoa; ii) a perceção de que é capaz de expressar através da linguagem o que sente (sintomas) e que o profissional o entende e valoriza; iii) a análise da disponibilidade das fontes de ajuda que podem contribuir para a resolução do problema; iv) a vontade em procurar ajuda e a decisão para a ação.



Figura 5. Modelo figurativo (causal) do processo de procura de ajuda. Adaptado de “Young people’s help-seeking for mental health problems”, de D. Rickwood, F.P. Diane, C.J. Wilson & J. Ciarrochi, 2005, *Advances in Mental Health*, p. 225.

Os autores realizaram uma extensa revisão, centrados em amostras de adolescentes e jovens, identificando, por um lado, as principais barreiras que podem inibir a procura de ajuda, tais como as reduzidas competências emocionais, a negação da necessidade de ajuda e as crenças e atitudes negativas relacionadas com a procura de ajuda profissional. Por outro, identificaram também os fatores que podem facilitar ou promover a procura de ajuda tais como: as competências emocionais; as experiências positivas de utilização de serviços no passado, a literacia em saúde mental, a influência e apoio de familiares e amigos (ajuda informal).

III. ESTIGMA PESSOAL E PERCEBIDO, BARREIRAS PERCECIONADAS E INTENÇÃO DE PROCURA DE AJUDA

É de nosso interesse cingirmo-nos agora ao nosso contexto, caracterizando descritivamente as barreiras identificadas pelos adolescentes e jovens à procura de ajuda em saúde mental, a percepção do estigma pessoal e percebido e a intenção de procura de ajuda em saúde mental. Para isso servimo-nos dos dados colhidos num estudo realizado em Portugal relativo à literacia em saúde mental de adolescentes e jovens, ao nível da depressão, esquizofrenia e abuso de álcool. Os principais resultados relativos às dimensões centrais da literacia para cada perturbação foram já publicados em diversas revistas científicas internacionais (Loureiro, Barroso, et al., 2013; Loureiro, Jorm, et al., 2013; Loureiro et al., 2014; Loureiro, 2013a; Loureiro, 2013b). Os que apresentamos aqui cingem-se, para cada perturbação, ao estudo do estigma pessoal e percebido, barreiras inibidoras da procura de ajuda e intenção de procura de ajuda em saúde mental.

Neste estudo foi utilizado como instrumento de colheita de dados o Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALiSMental. A descrição detalhada do instrumento encontra-se em Loureiro, Pedreiro e Correia (2012). Todas as questões são precedidas por três vinhetas (apresentadas na Figura 6) relatando um caso de depressão, esquizofrenia e abuso de álcool, de acordo com os critérios de diagnóstico da DSM IV-TR (Associação Americana de Psiquiatria, 2006).

Vinheta A:

«A Joana é uma jovem de 16 anos que se tem sentido invulgarmente triste durante as últimas semanas. Sente-se sempre cansada e tem problemas para adormecer e manter o sono. Perdeu o apetite e ultimamente tem vindo a perder peso. Tem dificuldade em concentrar-se no estudo e as suas notas desceram. Mesmo as tarefas do dia-a-dia lhe parecem muito difíceis, pelo que tem adiado algumas decisões. Os seus pais e amigos estão muito preocupados com ela.»

Vinheta B:

«O Miguel é um jovem de 16 anos que vive com os seus pais. Tem frequentado a escola de forma irregular ao longo do último ano e recentemente abandonou-a. Nos últimos seis meses desligou-se dos seus amigos e, em casa, tranca-se no seu quarto, não quer comer com a família e não tem cuidados de higiene (deixou de tomar banho). Os seus pais ouvem-no a vaguear no quarto durante a noite. Mesmo sabendo que ele está sozinho, ouvem-no aos gritos e a discutir como se mais alguém estivesse no seu quarto. Quando o tentam encorajar a fazer outras coisas, ele sussurra que não vai sair de casa porque está a ser espiado pelo vizinho. Eles percebem que ele não consome drogas, porque ele nunca vê ninguém, nem sai de casa.»

Vinheta C:

«O Jorge é um jovem de 16 anos que frequenta o 11º ano de escolaridade. No último ano começou a beber bebidas alcoólicas e embriagou-se em todas as festas/convívios a que foi. Os pais andam preocupados porque o Jorge tem vindo a diminuir o seu rendimento escolar, faltando às aulas devido às ressacas, e tendo inclusive os pais sido chamados à escola por ter aparecido embriagado a uma aula. Na última festa, os amigos chamaram o 112 pois ele estava inconsciente.»

Figura 6. Vinhetas de diferentes tipos de perturbações.

Relativamente ao estigma pessoal e percebido, o QuALiSMental engloba duas subescalas que avaliam cada um dos tipos de estigma. Ambas as subescalas são constituídas pelos mesmos itens, com o mesmo formato de resposta *Likert* (1 *discordo completamente* a 5 pontos *concordo completamente*) mudando apenas as diretivas para cada subescala. Os itens do estigma pessoal, são precedidos pelo seguinte texto: "as próximas questões contêm afirmações acerca da situação. Indica a tua opinião PESSOAL para cada afirmação", enquanto os itens da subescala do estigma público, são precedidos pela seguinte instrução: "as próximas questões contêm afirmações acerca da situação da Joana. Indica a tua opinião sobre o que pensa a MAIORIA das pessoas para cada afirmação".

O QuALiSMental engloba ainda um conjunto de 9 itens em que é solicitado ao respondente que assinale das afirmações (itens) aquelas que considera poderem constituir-se como um entrave à procura de ajuda (ex.: pensar que a pessoa fica com uma opinião negativa sobre mim). Em termos de intenção de procura de ajuda, é colocada em casa situação (vinheta) a seguinte questão: "se estivesses a viver atualmente uma situação, procurarías ajuda?". As possibilidades de resposta são: sim; não e não sei.

Amostra

A amostra é constituída por 4938 adolescentes e jovens selecionados dos alunos que frequentavam as escolas do 3.^o ciclo dos ensinós básico e secundário da Direção Regional de Educação do Centro (DREC), tendo sido utilizada uma amostragem multi-etapas por clusters, recorrendo ao Random Sequence Generator para a seleção das escolas e turmas.

Relativamente às características sociodemográficas da amostra, 43.3% são do género masculino e 56.7% do género feminino, com idades compreendidas entre os 14 e os 24 anos, sendo que 69.6% têm idade inferior a 18 anos, enquanto 30.4% tem idade \geq 18 anos. A média de idade da amostra é de 16.75 anos com um desvio padrão de 1.62 anos).

Estigma pessoal e percebido

Como se pode observar da Tabela 1, (inclui aplicação do teste de Friedman dado o emparelhamento dos valores obtidos nos mesmos respondentes às três vinhetas) observam-se diferenças estatisticamente significativas em todos os itens da subescala do estigma pessoal.

Os valores das médias obtidas em cada item do estigma pessoal revelam, ainda, que existe uma tendência para que tanto a esquizofrenia como o abuso de álcool seja vistos, em termos pessoais, como perturbações mais estigmatizantes, tanto ao nível das atribuições de responsabilidade e controlabilidade. Em termos de perigosidade e imprevisibilidade, os valores médios mais elevados situam-se nas vinhetas da esquizofrenia e abuso de álcool, assim como a percepção de distância social (comparativamente com a depressão). Observa-se ainda que os respondentes mais *facilmente* ocultariam o problema, sobretudo na situação de esquizofrenia e abuso de álcool.

Tabela 1 – Estatísticas resumo (médias e desvios padrões) para os itens da subescala do estigma pessoal em função da perturbação. Inclui estatísticas do teste de Friedman (N=4938)

Itens por subescala	Depressão	Esquizofrenia	Abuso de álcool	χ^2
Estigma pessoal				
Se quisesse poderia sair desta situação por si	2,66 (1,05)	2,11 (1,14)	2,87 (1,28)	1944,22***
A situação é um sinal de fraqueza pessoal	2,71 (1,22)	2,44 (1,21)	2,87 (1,16)	334,18***
Esta situação não é uma doença verdadeira	2,21 (1,06)	2,00 (1,10)	2,47 (1,16)	146,68***
É perigosa para os outros	1,60 (0,84)	2,41 (1,05)	2,44 (1,04)	1165,15***
A melhor forma de evitar desenvolver uma situação é afastar-me dela	1,36 (0,74)	1,65 (0,87)	1,86 (0,95)	306,63***
A situação torna-a uma pessoa imprevisível	2,71 (1,02)	3,13 (1,12)	2,95 (1,08)	188,82***
Nunca contaria a ninguém se tivesse na situação	2,25 (1,04)	2,48 (1,01)	2,40(0,96)	87,89***

*** p<0,001

De modo a facilitar a leitura da tabela, apresentam-se a representação gráfica das médias para cada item do estigma pessoal.

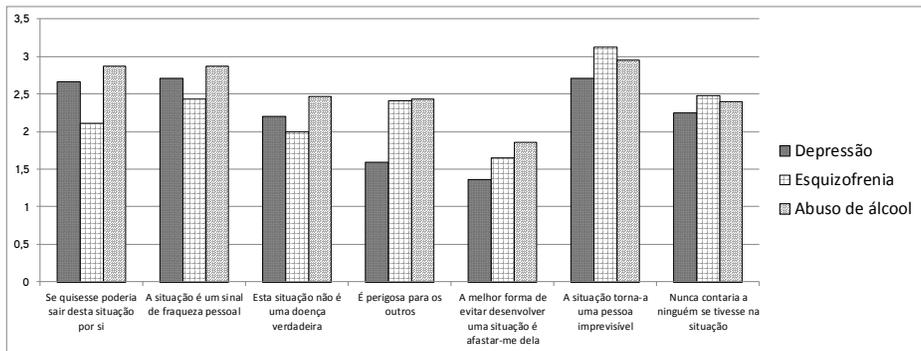


Figura 7. Representação das médias por item da subescala do estigma pessoal em função da perturbação.

Em termos daquela que é a percepção dos adolescentes e jovens sobre o modo como pensam que a sociedade vê estes problemas (estigma percebido), pode observar-se (Tabela 2) que, tal como no exemplo anterior, os resultados veem em consonância com aquela que é a percepção pessoal deste problemas. Pode observar-se também que os

adolescentes e jovens têm consciência que a sociedade de um modo geral tem uma visão mais estigmatizante das doenças, do que eles próprios têm.

Tabela 2 – Estatísticas resumo (médias e desvios padrões) para os itens da subescala do estigma percebido em função da perturbação. Inclui estatísticas do teste de Friedman (N=4938)

Itens por subescala	Depressão	Esquizofrenia	Abuso de álcool	χ^2
Estigma percebido				
Acredita que se a Joana quisesse poderia sair desta situação por si	3,32 (1,08)	2,90 (1,22)	3,41 (1,22)	780,45***
Acredita que a situação da Joana é um sinal de fraqueza pessoal	3,43 (1,02)	3,20 (1,11)	3,49 (1,10)	326,98***
Acredita que a situação da Joana não é uma doença verdadeira	3,19 (1,12)	2,85 (1,19)	3,18 (1,20)	382,60***
Acredita que a Joana é perigosa para os outros	2,70 (1,17)	3,30 (1,19)	3,29 (1,16)	1527,45***
Acredita que a forma de evitar desenvolver uma situação assim é afastar-se dela	2,71 (1,23)	3,01 (1,25)	3,04 (1,26)	548,34***
Acredita que a situação da Joana torna-a uma pessoa imprevisível	3,17 (1,03)	3,48 (1,06)	3,40 (1,05)	517,39***
Nunca contaria a ninguém se tivesse na situação da Joana	3,10 (1,11)	3,09 (1,06)	3,03 (1,06)	35,65***

*** p<0,001

Tal como para o estigma pessoal, apresentamos (Figura 8) a representação gráfica dos valores obtidos por item, em função do tipo de perturbação.

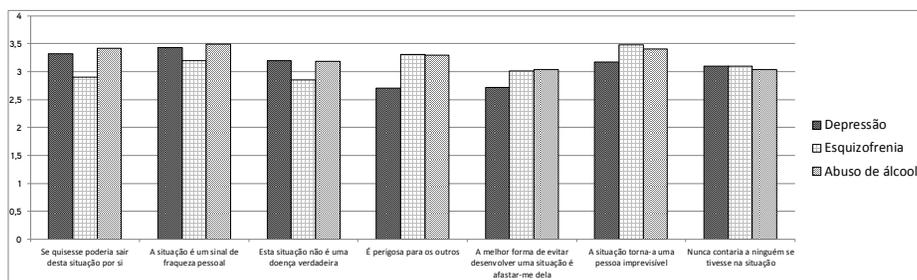


Figura 8. Representação das médias por item da subescala do estigma percebido em função da perturbação.

Barreiras à procura de Ajuda

Em termos de identificação dos motivos que podem levar um adolescente ou jovem a não pedir ajuda, observa-se (Tabela 3) que esses motivos, no caso da depressão, são sobretudo os adolescentes e jovens considerarem que a pessoa pode não valorizar o que ele diz, pensar que a pessoa pode vir a contar a outras pessoas, pensar que nada pode ajudar e as questões da timidez e vergonha.

Os motivos para não procurar ajuda, no caso do adolescente ou jovem estar a sofrer ele próprio de uma esquizofrenia, são o facto de pensar que a pessoa pode não valorizar o que este lhe conta/diz; pensar que nada pode ajudar, e depois o facto de se saber que está a ter a ajuda de um profissional de saúde. Surge ainda apontado como barreira, as dificuldades de aceder à ajuda profissional.

No caso do abuso de álcool, surgem identificados, mais do que seria expectável, os itens: *pensar que a pessoa fica com uma opinião negativa sobre mim; pensar que a pessoa possa vir a contar a outras pessoas; pensar o que a pessoa possa vir a pensar sobre mim e o facto de se puder saber que a pessoa está a ter a ajuda de um profissional.*

É de salientar que os resultados apresentados nesta tabela foram submetidos a uma Análise de Correspondências Múltiplas, e que incluem o teste de diferença de proporções do qui-quadrado (χ^2), assim como o cálculo da medida de associação coeficiente V de Cramer. Os resultados do teste de qui-quadrado são estatisticamente significativos ($\chi^2_{(16)}=1062,96$; $p<0,001$), contudo o valor da medida de associação é relativamente modesto ($V_c=0,16$).

Tabela 3 – Distribuição percentual (em linha) das barreiras à procura de ajuda em função do tipo de perturbação

	Depressão	Esquizofrenia	Abuso de álcool
Pensar que a pessoa fica com uma opinião negativa sobre mim	18,4	36,4	45,2
Pensar que a pessoa não valoriza o que eu digo	31,0	41,2	27,9
Pensar que a pessoa possa vir a contar a outras pessoas	29,7	36,0	34,2
Pensar o que a pessoa possa vir a pensar sobre mim	19,5	38,3	42,2
Pensar que nada me poderá ajudar	31,2	40,8	28,0
Pensar que se poderá saber que estou a ter ajuda de um profissional de saúde	22,5	39,9	37,6
Pensar que poderei ter dificuldades em aceder a essa pessoa/profissional de saúde	27,4	41,0	31,6
Pensar que o tratamento tem efeitos secundários	26,5	38,1	35,4
Ser muito tímido, sentir vergonha	34,8	33,2	32,0

$\chi^2_{(16)}=1062,96$; $p<0,001$; $V_c=0,16$

Intenção de procura de ajuda

Relativamente à intenção de procura de ajuda, como se pode observar na tabela 4, mais de metade da amostra, manifesta intenção de procurar ajuda numa situação semelhante, em todas as perturbações. Pode também observar-se, a partir do sentido da relação, possível pelo facto do teste do qui-quadrado ser estatisticamente significativo ($\chi^2_{(4)}=70,384$; $p<0,001$), que a indecisão surge na esquizofrenia, enquanto a recusa surge associada ao abuso de álcool (ambas mais do que o que seria expectável). O valor da medida de associação V de Cramer é muitíssimo reduzido ($V_c =0,07$).

Tabela 4 – Distribuição percentual da intenção da procura de ajuda em função do tipo de problema

Intenção de procura de ajuda	Depressão	Esquizofrenia	Abuso de álcool
Sim	28,0	36,2	35,7
Não	29,7	26,8	43,4
Não sei	28,7	37,6	33,6

$\chi^2_{(4)}=70,384$; $p<0,001$; $V_c =0,07$

Conclusão

Ainda que não tenha sido utilizado nenhum modelo de análise estatístico do tipo causal, como são, por exemplo, os modelos de equação estruturais (SEM), para análise da relação e influência entre variáveis, tal como pressupõem a avaliação dos modelos teóricos que apresentamos ao longo do capítulo, evidenciam-se um conjunto de resultados com significado substancial para as intervenções no domínio da saúde mental de adolescentes e jovens, sobretudo se forem pensadas estas questões do estigma, barreiras e intenção de procura de ajuda.

O estigma pessoal é mais reduzido do que o estigma percebido, a ver pelos valores das médias dos itens de cada subescala, o que é consistente com os resultados de outros (Griffiths et al., 2004; Griffiths et al., 2006; Calear, Griffiths, & Christensen, 2011). Ainda que possa existir deseabilidade social nas respostas ao estigma pessoal, este resultado pode indiciar, por outro lado que os adolescentes e jovens portugueses têm consciência de que a sociedade continua a ver as doenças mentais como estando associadas ao estigma.

A esquizofrenia e o abuso de álcool são perspetivadas de modo mais estigmatizante, comparativamente à depressão, sobretudo no que respeita aos estereótipos da perigosidade

e imprevisibilidade, o que implica obviamente maior distanciamento social. A questão da *fraqueza de carácter* é mais vincada na depressão e inclusivamente no abuso de álcool.

Em termos da análise individual de cada item das subescalas de estigma, os resultados sugerem um padrão de atribuições consistente com o que vem sendo apresentado na literatura, isto é, quanto o doente é considerado responsável pela sua condição, as atribuições recaem sobre a causa e controlabilidade. Se a pessoa atribui a situação a causas que estão de algum modo sob o controle do indivíduo, é provável que o doente seja julgado como responsável.

As barreiras à procura de ajuda identificadas evidenciam, na globalidade das perturbações, que o medo da reação dos outros, as questões de confidencialidade e anonimato são fortes condimentos para o evitamento da procura, assim como a timidez e vergonha de sofrer de um problema desta natureza. É de ressaltar que, ainda que não seja avaliado neste estudo, os adolescentes e jovens portugueses, apesar de reconhecerem os rótulos da esquizofrenia, eles não sabem o que esta perturbação implica em termos de consequências na vida do indivíduo doente.

Em termos de intenção de procura de ajuda, os resultados são preocupantes, sobretudo pelo facto de uma margem importante considerar que não procuraria ajuda, o que se agrava em termos da ambivalência da procura de ajuda no caso do abuso de álcool. Se pensarmos que o consumo de álcool é socialmente aceite e culturalmente justificado, deveremos repensar as estratégias de intervenção conducentes à prevenção do consumo junto destas populações (Loureiro, Barroso et al., 2013; Loureiro, Jorm et al., 2013; Loureiro et al., 2014).

Potenciar a procura de ajuda, quando necessário, significa reduzir o tempo que medeia o aparecimento dos primeiros sintomas e a prestação de cuidados de saúde adequados, ajudando a combater o estigma associado às perturbações mentais. Sendo a adolescência e juventude períodos críticos em termos de desenvolvimento, a intervenção precoce ao nível da saúde mental evita o agravamento dos sintomas, não comprometendo o futuro pessoal e profissional dos indivíduos.

Referência bibliográficas

- Associação Americana de Psiquiatria (2006). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Artmed.
- Andrews, G., Issakidis, C., & Carter, G. (2001). Shortfall in mental health service utilization. *British Journal of Psychiatry*, 179, 417–425.

- Biddle, L., Donovan, J., Sharp, D., & Gunnell, D. (2007). Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: a dynamic interpretive model of illness behaviour. *Sociology of Health & Illness*, *29*, 983-1002. doi: 10.1111/j.1467-9566.2007.01030.x
- Brian, K., & Ahmedani, B. K. (2011). Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession. *Journal of Social Work Values and Ethics*, *8*(2), 4-1.
- Calear, A., Griffiths, K., & Christensen, H. (2011). Personal and perceived depression stigma in Australian adolescents: Magnitude and predictors. *Journal of Affective Disorders*, *129*, 104-108.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. Portugal. Retirado de http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.portaldasaude.pt%2FNR%2Frdonlyres%2FCC4ABF07-1E93-4181-9E9E-B54D4C6C6A6%2F0%2FRELAT%25C3%2593RIOFINAL_ABRIL2007.pdf&ei=nxrUUoaWku-u7AbMrIH4DQ&usg=AFQjCNHFzpu3-UGIkIjgmBnNxu_UadFNxA&sig2=_YlhY62KiWDc12QfIL_syg&bvm=bv.59026428,d.ZGU
- Cornally, N., & McCarthy, G. (2011). Help-seeking behaviour: a concept analysis. *Internacional Journal of Nursing Practice*, *17*(3), 280-8. doi: 10.1111/j.1440-172X.2011.01936.x
- Corrigan, P. W. (2000). Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *7*, 48-67. doi:10.1093/clipsy.7.1.48
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Journal of Psychiatry*, *1*, 16-20.
- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal Health and Social Behavior*, *44*(2), 162-79.
- Farrer, L., Leach, L., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2008). Age differences in mental health literacy. *BMC Public Health*, *8*, 125. doi:10.1186/1471-2458-8-125
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. London: Penguin.
- Griffiths, K. M., Christensen, H., Jorm, A. F., Evans, K., & Groves, C. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *185*, 342 -349.
- Griffiths, K. M., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Jorm, A. F., & Nakane, H. (2006). Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry*, *6*(21), 1-12. doi:10.1186/1471-244X-6-21
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, *10*, 113. doi:10.1186/1471-244X-10-113
- Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A. H., Markus, H., Miller, D. T., & Scott, R. A. (1984). *Social Stigma: The psychology of marked relationships*. New York: Freeman.

- Jorm, A. F. (2012). Mental Health Literacy: Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health. *American Psychologist*, 67(3), 231-243. doi:10.1037/a0025957
- Kelly, C. M., Mithen, J. M., Fischer, J. A., Kitchener, B. A., Jorm, A. F., Lowe, A., & Scanlan, C. (2011). Youth mental health first aid: a description of the program and an initial evaluation. *International Journal of Mental Health Systems*, 5, 4. doi:10.1186/1752-4458-5-4
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-85.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511-541.
- Loureiro, L. (2013a). Barreiras e determinantes da intenção de procura de ajuda informal na depressão. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 733-746.
- Loureiro, L. (2013b). Estigma pessoal e percebido acerca do abuso de álcool e intenção de procura de ajuda. *Revista de Enfermagem Referência*, III(11), 59-66. doi:10.12707/RIII1360
- Loureiro, L., Barroso, T., Mendes, A., Rodrigues, M., Oliveira, R., & Oliveira, N. (2013). Literacia em saúde mental dos adolescentes e jovens portugueses sobre abuso de álcool. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 17(3), 474-481.
- Loureiro, L., Dias, C. & Aragão, R. (2008). Crenças e atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais: Contributos para o estudo das representações sociais da loucura. *Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde Referência*, II(8), 33-44.
- Loureiro, L., Jorm, A. F., Mendes, A., Santos, J. C., Ferreira, R., & Pedreiro, A. (2013). Mental health literacy about depression: a survey of portuguese youth. *BMC Psychiatry*, 13, 129-129. doi:10.1186/1471-244X-13-129
- Loureiro, L., Jorm, A. F., Oliveira, R., Mendes, A., Santos, J. C., Rodrigues, M., & Sousa, C. S. (2014). Mental health Literacy about Schizophrenia: a survey of Portuguese youth. *Early Intervention in Psychiatry*, (Aceite para publicação). doi:10.1111/eip.12123
- Loureiro, L., Mendes, A., Barroso, T., Santos, J. C., Oliveira, R. & Ferreira, R. (2012). Literacia em Saúde Mental de Adolescentes e Jovens: Conceitos e Desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, III(6), 157-166.
- Loureiro, L., Pedreiro, A., & Correia, S. (2012). Tradução, adaptação e validação de um Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (QuALiSMental) para Adolescentes e Jovens Portugueses a partir de um focus group. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 25, 42-48.
- Organização Mundial da Saúde (2001). *Saúde mental: nova concepção, nova esperança: relatório sobre a saúde no mundo*. Geneve: OMS.
- Rickwood, D., & Thomas, K. (2012). Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychology Research and Behavior Management*, 5, 173-183. doi:10.2147/PRBM.S38707
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Advances in Mental Health*, 4(3), 218-251. doi:10.5172/jamh.4.3.218

- Schomerus, G., & Angermeyer, M. C. (2008). Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: what do we know?. *Epidemiologia E Psiquiatria Sociale*, 17(1), 31-7.
- Shorter, E. (2001). *Uma história da psiquiatria: da era do manicóquio à idade do prozac*. Lisboa : Climepsi Editores.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., Wester, S. R., Larson, L., & Hackler, A. H. (2007). Seeking help from a mental health professional: The influence of one's social network, *Journal of Clinical Psychology*, 63, 233–245. doi: 10.1002/jclp.20345
- Weiner, B. (1986). *An Attribution Theorie of Motivation an Emotion*. Nova Iorque: Springer Verlag.

CAPÍTULO IV

PRIMEIRA AJUDA EM SAÚDE MENTAL – PRESSUPOSTOS E LINHAS ORIENTADORAS DE AÇÃO

LUÍS MANUEL DE JESUS LOUREIRO
CATARINA SOFIA FERREIRA SOUSA
SARA PAULA DA SILVA GOMES

Introdução

A adolescência e a juventude são períodos críticos, caracterizados por transições e mudanças significativas no contexto de vida dos indivíduos, em que os problemas relacionados com o bem-estar podem vir a ter profundo impacto na vida adulta (Organização Mundial de Saúde - OMS, 2001; Rickwood, Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2005). Estima-se que a prevalência de perturbações do foro mental como são a depressão, o abuso de substâncias, os distúrbios de ansiedade, os distúrbios do comportamento alimentar e inclusive as perturbações psicóticas, se situem cumulativamente entre os 15 e os 20% (Kelly et al., 2011).

Dos motivos apontados para o agudizar destes problemas salienta-se o reduzido nível de literacia em saúde mental aliado ao estigma e preconceito sociais que estas doenças acarretam, ambos com implicações nos comportamentos de procura de ajuda profissional. Neste sentido, protagonizam-se intervenções dirigidas, quer a adolescentes e jovens, de que é exemplo o programa *Feliz Mente*, quer ainda junto daqueles que com eles trabalham no quotidiano como são os professores e os profissionais de saúde com responsabilidade na saúde escolar.

A escola é perspetivada como o lugar privilegiado para aquisição e transmissão de conhecimentos e competências, regras, atitudes, valores, e espaço conducente à realização do potencial humano de desenvolvimento em termos emocionais e intelectuais de adolescentes e jovens (Comissão das Comunidades Europeias - CCE, 2007; Eurydice, 2005; United Nations Decade of Education for Sustainable Development - UNESCO, 2010, 2012a, 2012b). Enquanto sistema aberto e complexo, a escola é também o lugar

onde se esbatem e espelham os problemas dos jovens, com ênfase, como já referimos, para aqueles que maior impacto podem ter na sua vida, como são as perturbações mentais e do comportamento (Jorm, 2000; Kelly et al., 2011; Tang et al., 2008; World Health Organization - WHO, 2005), com implicações profundas em termos individuais, familiares e sociais (Remschmidt & Belfer, 2005).

Diversos documentos internacionais e nacionais apontam para a necessidade de intervir no ambiente e *ethos* escolar, desenvolvendo ações de educação e sensibilização ao nível da literacia da saúde mental (LSM) para professores e outros profissionais de educação e de saúde escolar (CCE, 2005; Comissão Nacional Para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental - CNRSSM, 2007; Direção Geral de Saúde - DGS, 2006; International Union for the Health Promotion and Education - IUHPE, 2009; Joint Consortium for School Health - JCSH, 2010; WHO, 2002, 2005, 2010), partindo do pressuposto que a escola é sinónimo de saúde e que os profissionais, se forem capacitados e sensibilizados através de programas de LSM a eles dirigidos, podem atuar junto de adolescentes e jovens que estão a desenvolver uma doença mental ou então numa crise relacionada com a saúde mental (WHO, 2010).

Esta capacitação não se prende com qualquer tipo ou intenção de diagnóstico, ou de substituição dos profissionais de saúde mental, mas visa promover o reconhecimento dos sinais das perturbações mentais e conseqüentemente a procura de ajuda adequada. Neste sentido a prevenção é vista como um investimento, pois a intervenção precoce evita a agudização dos problemas de saúde e reduz a probabilidade de efeitos adversos no futuro (ex.: abandono escolar; consumo de álcool e drogas).

Em termos de intervenções, salienta-se o Programa de Primeira Ajuda em Saúde Mental, baseado no programa Mental Health First Aid, desenvolvido na Austrália por Kitchener e Jorm.

A Primeira Ajuda em Saúde Mental pode ser caracterizada pelo conjunto de ações realizadas em prol de uma pessoa que está a desenvolver um problema de saúde mental ou então numa crise relacionada com a saúde mental. Esta ajuda é prestada até ser recebida ajuda profissional apropriada ou até a crise se resolver/ultrapassar.

Os objetivos da primeira ajuda em saúde mental são (Kelly, Kitchener, & Jorm, 2010):

- Preservar a vida quando a pessoa representa perigo para si e/ou para os outros;
- Providenciar ajuda, de forma a prevenir que os problemas de saúde mental se agravem;
- Promover a recuperação da boa saúde mental;
- Providenciar conforto a uma pessoa com um problema de saúde mental.

A primeira ajuda em saúde mental é, normalmente, prestada por alguém que não é profissional de saúde mental, mas que pertence à rede social dos adolescentes, como são os familiares ou os profissionais que fazem parte do seu quotidiano, como os professores.

O curso de Primeira Ajuda em Saúde Mental ensina:

- a) a reconhecer os sinais e valorizar os sintomas de diferentes problemas e perturbações e crises associadas à saúde mental;
- b) o modo mais adequado de oferecer a ajuda inicial e guiar a pessoa a procurar e receber tratamentos adequados e/ou outros apoios.

Antes de qualquer tipo de prestação de primeira ajuda é necessário aprender um plano de ação, constituído por diferentes etapas. Um dos exemplos mais conhecidos comumente é a mnemónica do suporte básico de vida, que se designa por (DR)ABC(D) e significa perigo (*Danger*), resposta (*Response*), vias aéreas (*Airway*), respiração (*Breathing*), compressões (*Compressions*) e desfibrilhação (*Desfibrillation*). A aplicação das etapas deste plano de ação depende do tipo de resposta obtida por parte do indivíduo, ou seja, se a pessoa se encontrar consciente e responder na segunda etapa as etapas subsequentes não serão necessárias.

De forma semelhante, o programa de primeira ajuda em saúde mental desenhado para a obtenção de capacidades para a prestação de primeira ajuda procura a implementação de cinco ações (Kelly et al., 2010):

- Aproximar-se da pessoa, observar e ajudar (numa crise);
- Não julgar e escutar com atenção;
- Informar e apoiar;
- Procurar ajuda profissional especializada incentivando a pessoa a obtê-la;
- Incentivar o recurso a outros apoios.

Para além da prestação da primeira ajuda em saúde mental ser baseada nas cinco ações supracitadas, também engloba elementos-chave que contribuem para o sucesso da prestação de ajuda, que são (Jorm, 2012):

- Aproximar-se da pessoa;
- Avaliar a situação;
- Assistir a pessoa numa situação de crise;
- Escutar sem fazer juízos de valor;

- Oferecer apoio;
- Dar informação;
- Encorajar a pessoa a obter ajuda profissional;
- Encorajar a pessoa a obter outros tipos de apoio (ex. apoio social, estratégias de autoajuda).

I. PLANO DE AÇÃO DA PRIMEIRA AJUDA EM SAÚDE MENTAL

De forma clara e sucinta é realizada uma análise das componentes do plano de ação da primeira ajuda em saúde mental (adaptado para adultos que ajudam adolescentes), identificando os elementos-chave em cada ação.

Na primeira ação, designada por *Aproximar-se da pessoa, observar e ajudar (numa crise)* é possível identificar o seguinte elemento-chave: aproximar-se da pessoa, avaliar a situação e assistir numa situação de crise¹. A aproximação da pessoa deve ser realizada tendo em conta alguns princípios básicos (Kelly et al., 2010):

- **Verificar a segurança para ambos** (ex. em determinadas situações a pessoa pode tornar-se agressiva);
- **Escolher o momento adequado para realizar a abordagem** – abordar a pessoa quando esta se encontrar calma, num local que permita alguma privacidade, não confrontar a pessoa, nem forçá-la a falar, apesar de ser importante incentivar o início da conversa, demonstrar à pessoa que está disponível para falar noutros momentos se esta considerar que aquele não é adequado;
- **Assistir a pessoa em situação de crise** (ex. num ataque de pânico, procure transmitir segurança e tranquilidade).

Para prestar a primeira ajuda é necessário que a pessoa crie algum distanciamento entre o que o adolescente está a vivenciar, a sua vida pessoal e as suas emoções. Por vezes esta separação pode ser difícil e alguns prestadores da primeira ajuda podem sentir frustração, stress e sensação de impotência. Algumas das reações podem ser inesperadas, pelo que se torna necessário uma preparação prévia para estas situações.

1 Entende-se situação de crise como uma perturbação de comportamento, pensamento ou afetividade do indivíduo, que requer intervenção imediata de um profissional. Nestas circunstâncias o indivíduo representa um perigo real para si ou para os outros. As situações de crise podem precipitar o despertar de uma doença mental, ou podem estar relacionadas com o abuso de substâncias.

Transversalmente a estes princípios básicos existe a necessidade de *avaliar* a situação, pelo que se torna necessário ter conhecimentos e desenvolver competências para o fazer, que podem ser trabalhados durante o curso de primeira ajuda em saúde mental. Todas as informações fornecidas pelo adolescente devem ser analisadas para uma melhor avaliação da situação e da necessidade das ações seguintes. É importante salientar que a ordem em que as ações se encontram pode ser alterada consoante a avaliação que é feita e pode, até mesmo, não ser necessário realizar algumas das ações.

De forma a realizar a aproximação e para que esta seja eficaz, é necessário ter em conta as competências comunicacionais. Algumas pessoas consideram que é fácil comunicar com adolescentes, ao passo que outras têm dificuldade em percebê-los, e, inclusivamente, fazer-se entender, mas existem algumas estratégias que podem ajudar.

Muitos adultos consideram que é fácil comunicar de modo eficaz com adolescentes. Outros lutam para se fazer ouvir e compreender. Para aqueles que consideram que comunicar com adolescentes é uma tarefa difícil, apresentam-se de seguida várias estratégias que podem ajudar (Kelly et al., 2010):

- **Ser genuíno** - Os adolescentes são peritos em reconhecer situações em que um adulto *finje* estar preocupado. Se a pessoa sentir desconforto na conversa com um adolescente, deve admiti-lo. Poderá dizer, por exemplo: “Para mim é difícil falar sobre isto, e talvez também o seja para ti”;
- **Ter cuidado com o uso de calão** - Deve fazer-se uso da linguagem habitual e com a qual está à vontade. Se a pessoa tenta utilizar calão com o qual não está familiarizado ou não tem por hábito utilizá-lo, o adolescente percebe imediatamente e é bem capaz de lho dizer;
- **Dar espaço ao silêncio** - É complexo para um adolescente falar acerca dos seus problemas. Muitas vezes necessitam de *pensar bem* o que querem dizer e escolher as palavras adequadas para o expressar. Interromper um momento de silêncio pode reduzir o tempo adequado e necessário para completar os processos de pensamento que permitem a comunicação eficaz.
- **Experimentar diferentes cenários para a conversa** - Alguns adultos pensam que é mais fácil falar com um adolescente enquanto estão a realizar outra atividade. Os pais poderão considerar que levar o filho para almoçar ou jantar fora é uma boa oportunidade e o local certo para falar sobre qualquer coisa que necessitem. Outros ainda podem pensar que falar com os seus filhos enquanto conduzem, arrumam a cozinha ou dão um passeio a pé é mais fácil. Da mesma forma, para uma pessoa que trabalha com adolescentes, um professor ou um treinador, falar enquanto praticam desporto (chutar uma bola ou lançar uma bola ao cesto) pode ser adequado. As atividades que não requerem *olhar-nos-olhos* podem permitir ao adolescente falar mais facilmente, já que

sendo também limitadas no tempo e com um objetivo determinado podem tornar-se menos constrangedoras para o adolescente. Não existe um cenário *certo* para estas conversas, muitas vezes difíceis. A pessoa deve falar com o adolescente que está a ajudar e descobrir o que o faz sentir-se mais confortável;

- **Não comparar a vida do adolescente com as suas próprias experiências (quando tinha a idade do adolescente)** - Com alguma regularidade os adultos caem na armadilha de pensar que os adolescentes têm hoje uma vida muito mais fácil. As pessoas devem lembrar-se que a geração anterior (dos seus pais) pensava o mesmo que eles pensam agora. Dizer, “Se tivesse tido estas oportunidades com a tua idade, eu teria...”, é um tipo de afirmação que não ajuda. O mundo modifica-se e as novas oportunidades significam novos desafios;

- **Não banalizar os sentimentos do adolescente** - Os problemas e as perturbações mentais podem surgir em qualquer idade. Questionar um adolescente sobre as razões para que este se esteja a sentir deprimido ou muito ansioso pode subentender que a pessoa não valoriza as suas experiências de vida devido à idade;

- **Não pedir ao adolescente que justifique ou explique o seu comportamento** - Muitas vezes os adolescentes agem sem pensar nas consequências e mais tarde apercebem-se que cometeram erros. Perguntar a um adolescente porque desceu uma rua com muita inclinação num carro de supermercado, não é tão útil como falar-lhe do modo como evitar este comportamento da próxima vez. Perguntar ‘porquê’ pode colocar o adolescente na defensiva;

- **Dar atenção à linguagem corporal** - Isto é muito importante, quer a pessoa esteja a falar com um adolescente, um jovem ou um adulto. Contudo, com um adolescente é necessário ter atenção redobrada, isto porque a sua linguagem corporal pode estar a indicar-lhe sem querer que, como adulto, é o especialista. Estar de frente para o adolescente com os braços cruzados, as mãos nas ancas, ou estar de pé enquanto o adolescente está sentado é uma linguagem corporal defensiva e autoritária que poderá dificultar a comunicação. Se o adolescente aparentar estar mais sereno, descontraído e numa atitude de abertura, a pessoa deve manter a mesma linguagem corporal. Se lhe parecer que ele está na defensiva, a pessoa deve procurar mudar a sua linguagem corporal mostrando-se descontraído, mantendo as palmas das mãos viradas para fora, sentado ao seu lado mas virado para ele, mantendo um tom de voz calmo e adequado ao cenário;

- **Dar reforço positivo** - Aos adolescentes é dito constantemente pelos pais, professores e na comunicação social o que estão a fazer de errado. Qualquer reforço positivo que lhes dê poderá levar a que estes se mostrem mais disponíveis para comunicar. Mesmo algo simples como “Eu penso que é muito bom que estejas disposto a falar comigo sobre isto” - demonstra maturidade e pode ajudar;

- **Ajudar a encontrar a linguagem que está a procurar** - Para a grande maioria das pessoas é difícil expressar emoções por palavras, os adolescentes não são exceção. Isto pode resultar em queixas de sintomas físicos quando na realidade são os sintomas emocionais que os incomodam e lhes causam desconforto. Podem simplesmente encolher os ombros ou dizer que não sabem quando lhes pergunta como se sentem. Poderá ajudá-los a encontrar a linguagem para que expressem as suas emoções. Poderá dizer: - “Não me pareces muito feliz”. Ou então questioná-los de modo aberto: - “Sentes-te triste, zangado, ou frustrado?”.

A segunda ação do Plano de Ação da Primeira Ajuda em Saúde Mental “Não julgar e escutar com atenção” baseia-se em alguns dos conceitos supracitados acerca da comunicação, mas implica também que a pessoa deixe as suas crenças e estereótipos de parte (Kelly et al., 2010). É fundamental que a pessoa que presta a primeira ajuda saiba escutar (implica ouvir a pessoa com interesse e atenção) de forma compreensiva antes mesmo de lhe dar qualquer informação ou apoiar.

Enquanto escuta o adolescente, a pessoa não deve tecer comentários nem expressar corporalmente qualquer tipo de desconforto perante o que está a ouvir, mantendo o distanciamento perante as suas situações pessoais e a que o adolescente está a experienciar. Alguns dos exemplos de comentários que a pessoa não deve expressar são (Kelly et al., 2010):

- “A forma como te tens comportado não é correta”;
- “O teu distanciamento vai-te fazer perder todos os teus amigos”;
- “Andas triste mas isso passa”;
- “Tens tudo, não tens motivo para andares assim”;
- “Deixa isso para lá, há coisas piores”.

Informar e apoiar é a terceira ação descrita para a prestação da primeira ajuda em saúde mental. Oferecer apoio emocional e empatizar com aquilo que o adolescente está a sentir poderá facilitar a comunicação, por parte do adolescente, daquilo que está a vivenciar. Por outro lado, contribui para o estabelecimento de confiança no prestador de primeira ajuda (Kelly et al., 2010).

Nesta fase poderá ser necessário dar informação acerca do problema de saúde mental e dos serviços de saúde mental disponíveis. Ao informar o adolescente, o prestador de primeira ajuda poderá estar a reduzir o estigma e motivar o adolescente a recorrer a um serviço de saúde mental quebrando algumas das barreiras descritas na procura de ajuda em saúde mental (Golberstein, Eisenberg, & Gollust, 2009; Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010).

Encorajar o adolescente a obter ajuda profissional para o seu problema de saúde mental – quarta ação do Plano de Primeira Ajuda em Saúde Mental - pode ser um desafio para o prestador de primeira ajuda sendo necessário dar-lhe a informação necessária acerca do que está a vivenciar e apoiá-lo em todo o processo de procura de ajuda.

Uma definição possível para procura de ajuda é a de Rickwood et al. (2005) que diz ser um comportamento de procura de ajuda para outra pessoa, refere-se à comunicação com outra pessoa para obter ajuda em termos de compreensão, orientação, informação, tratamento e apoio perante um problema de saúde. A direção escolhida no comportamento de procura de ajuda depende da capacidade que a pessoa tem para reconhecer o problema de saúde que está diretamente relacionada com o nível de literacia da pessoa.

Ao ser um comportamento focado no problema identificado, que necessita de ajuda profissional, não podendo ser resolvido apenas com estratégias de autoajuda, tem como primeira resposta a participação ativa dos que estão à sua volta que procuram outras fontes de ajuda formal ou informal (Cornally & McCarthy, 2011).

A prestação de primeira ajuda procura facilitar o processo de procura de ajuda profissional que envolve a interação social com um determinado profissional de saúde. Esta ação, que é intencional e planeada, tem em vista a redução do impacto negativo que poderá englobar o tempo que decorre entre os primeiros sinais e a altura em que o adolescente contacta pela primeira vez com um profissional ou recebe um tratamento específico (Cornally & McCarthy, 2011).

Os adolescentes são um grupo etário que tem pouco contacto com os serviços de saúde pelo que se torna relevante a comunidade estar capaz de identificar os recursos disponíveis e aconselhá-los quando necessário, da mesma forma que é necessário encaminhar e acompanhar os adolescentes na procura de ajuda profissional quando surgem os primeiros sinais de doença mental. Esta capacitação contraria a tendência que este grupo etário tem para dar preferência às fontes de ajuda informal. Ainda assim, ao saber deste dado torna-se ainda mais relevante capacitar o papel dos adultos que medeiam o pedido de ajuda profissional para um adolescente. Os estudos demonstram que a relutância na procura de ajuda não se verifica apenas nos adolescentes, sendo que os adultos apesar de apresentarem taxas mais elevadas, estas são ainda modestas (Gulliver et al., 2010).

O prestador da primeira ajuda ao encorajar a procura de ajuda profissional deve ter em conta que são facilitadores deste processo as experiências prévias do adolescente, o suporte social e o apoio dos que estão à sua volta, principalmente do prestador de ajuda (Gulliver et al., 2010). Estabelecer uma relação de confiança entre o prestador de primeira ajuda e o adolescente também é crucial para que de facto o adolescente contacte com um profissional de saúde, uma vez que a confidencialidade e o não se sentirem confiantes são algumas das barreiras identificadas nos estudos.

Na quinta ação do plano de primeira ajuda pretende-se incentivar o adolescente a utilizar estratégias de auto-ajuda e a procurar o apoio dos seus familiares ou outras pessoas significativas. Algumas estratégias de auto-ajuda são descritas como úteis para lidar com os problemas de saúde mental pelos indivíduos, no entanto algumas podem ser prejudiciais para a sua saúde (Morgan & Jorm, 2008). Desta forma, torna-se relevante que o prestador da primeira ajuda dê a informação necessária acerca das que são úteis, apresentando-as também como um complemento a possíveis tratamentos ou terapias aconselhadas por um profissional de saúde. Apesar da utilidade das estratégias de auto-ajuda estas não devem ser usadas em detrimento da ajuda de um profissional de saúde (Jorm, 2012). Nesta ação o prestador de primeira ajuda deve ainda incentivar o adolescente a procurar apoio junto dos seus familiares e da pessoas significativas.

O treino de prestadores de primeira ajuda em saúde mental e o investimento realizado com a finalidade de aumentar os níveis de literacia apresenta resultados positivos já estudados no que diz respeito a uma maior aproximação entre as crenças dos indivíduos e o conhecimento dos profissionais acerca dos tratamentos, promoção dos comportamentos de ajuda, maior confiança em prestar ajuda a outros e diminuição da distância social em relação a pessoas com doenças mentais (Kitchener & Jorm, 2006).

II. EXEMPLO PRÁTICO - DEPRESSÃO

Nesta secção é apresentado um exemplo prático (Figura 1), aplicando o plano de ação da primeira ajuda em saúde mental a uma situação de depressão, retirado do website do Feliz Mente (2012). Este exemplo não é uma história real, mas é baseado nos critérios de diagnóstico da DSM-IV-TR (Associação Americana de Psicologia, 2006).

A Inês tem 16 anos. Tem-se sentido muito triste durante as últimas semanas, sendo encontrada pelos amigos a chorar sem motivo ou razão aparente. Sente-se sempre cansada e tem problemas em manter o sono. Perdeu o apetite e ultimamente os amigos repararam que tem vindo a perder peso. Tem dificuldade em concentrar-se no estudo e as suas notas decresceram. As tarefas do dia-a-dia parecem-lhe muito difíceis, pelo que tem adiado a realização dos trabalhos escolares e faltou a várias reuniões de trabalho de grupo a que pertencia. A relação com os amigos começou a alterar-se há algum tempo e manifesta-se extremamente crítica acerca de si, dizendo que não é capaz de fazer nada corretamente e que tudo o que de mau se passa é culpa sua. Quando os amigos a convidam para sair, recusa e evita todas as atividades que antes a divertiam. Os seus pais e amigos estão muito preocupados com ela.

Figura 1. Vinheta da depressão. Retirado de “1º cenário depressão” de Feliz Mente, em <http://felizmente.esenfc.pt/felizmente/?id=11439>.

1.ª AÇÃO - APROXIMAR-SE DA PESSOA, OBSERVAR E AJUDAR

É possível reparar (na Figura 1) que existem sinais de alerta, por exemplo, choro fácil, expressão triste, isolamento e mudança na relação com os amigos, dificuldade de concentração, confusão, pessimismo, apatia e cansaço, baixa autoestima e uma má imagem de si. Se conhecer a Inês, pode aproximar-se dela e abordá-la para perceber o que se passa e há quanto tempo ela se sente assim.

Esta abordagem deve ser pensada e planeada. Não fale com a Inês acerca deste assunto em qualquer lugar, tente escolher um local que seja confortável e familiar e onde possam conversar, sem que haja risco de serem interrompidos ou escutados. Outra alternativa é um jardim ou um lugar calmo.

Se se sentir nervoso ou inseguro enquanto está a falar com a Inês, não se preocupe, é normal. Apesar do nervosismo, deve começar a conversa utilizando frases que subentendam preocupação, apoio, interesse e incentivo, como por exemplo:

- “Estou preocupado contigo e quero ajudar-te para que te sintas melhor”;
- “Sabes que estou disponível para te ouvir, quando te sentires à vontade para falar”;

Não utilize, em momento algum, frases que possam ser entendidas como uma acusação, julgamento, incentivos negativos ou de desvalorização do que a Inês sente, tais como:

- “A forma como te tens comportado não é correta!”;
- “O teu distanciamento vai-te fazer perder os amigos!”;
- “Andas triste, mas isso passa!”;
- “Tens tudo, não tens motivo nenhum para andares assim!”;
- “Precisas de beber uns copos com a malta!”.

Não se esqueça que a Inês pode manifestar diferentes reações a esta conversa. Pode ficar aliviada por admitir que alguma coisa se passa e que é um problema, pode ficar incomodada e zangada, ou então negar que exista um problema. É importante que mantenha a calma, e nunca diga: “ok, não queres falar, o problema é teu”. Mesmo nessa situação, a sua intervenção foi muito importante porque mostrou disponibilidade. O primeiro passo foi dado.

2.ª AÇÃO - NÃO JULGAR E ESCUTAR COM ATENÇÃO

Escutar a Inês é muito importante, porque este é o momento em que ela vai contar o que se passa, como se sente e o que a faz sentir assim. É importante que não a julgue ou

forme quaisquer juízos de valor acerca daquilo que ela está a contar. Deve deixá-la falar e não fazer comentários do tipo: “estás a gozar, certo?”. Se lhe perguntar o que pensa, nunca responda sem refletir bem sobre o assunto, para ter a certeza que fala com ela com uma *mente aberta*.

Enquanto está a escutar a Inês pode sentir-se assustado, triste ou frustrado com aquilo que estás a ouvir, no entanto não deve manifestar emoções negativas. Tente manter a calma e continue a escutá-la com respeito.

Não se esqueça que este momento pode ser embaraçoso, pois o que ela lhe está a contar são os seus sentimentos, o que é um sinal de confiança que não deve desvalorizar. Aquilo que a Inês quer, enquanto fala consigo, é que a escute, que mostre compreensão acerca da sua situação e que faça com que ela sinta que você percebe aquilo por que ela está a passar. É importante que se certifique que está a perceber tudo o que ela diz, mesmo que tenha de lhe perguntar mais do que uma vez ou que tenha de resumir todas as informações que ela lhe dá. Por exemplo, pode usar a frase: “aquilo que tu me estás a tentar dizer ou disseste é que...”.

Para que a comunicação seja eficaz, deve ter em mente três princípios: **aceitação**, **honestidade** e **empatia**.

- A aceitação significa que deve respeitar o que a Inês está a passar, bem como valorizar os seus sentimentos e crenças, mesmo que sejam diferentes dos seus;
- A honestidade quer dizer que deve ser verdadeiro no seu comportamento, não agindo de forma oposta, isto é, dizer que compreende e depois afastar-se dela. Não se esqueça que ela confiou em si;
- A empatia significa que é capaz de imaginar o que ela está a passar e consegue colocar-se no lugar dela, ou seja, se ela o estivesse a ajudar, e o que seria se você estivesse a viver essa situação.

Quando a Inês estiver a falar consigo, evite expressar as suas convicções pessoais ou reações negativas que possam ser vistas como um julgamento, tais como:

- “Acho que não tens razões nenhuma para te sentires assim!”;
- “Tens noção que há pessoas com vidas piores que a tua?”;
- “Anima-te! Aprende a controlar os teus sentimentos!”;
- “Tens que andar com a vida para a frente!”;
- “É normal andar assim de vez em quando!”.

Lembre-se sempre que o comportamento da Inês é causado pelo seu problema e não por teimosia ou fraqueza pessoal. Não se esqueça, que nem sempre é fácil falar acerca de nós e do que sentimos. Tente ser paciente, mesmo que ela tenha dificuldade em falar ou fale de forma mais lenta, e não a interrompa quando ela o estiver a fazer.

Muitas vezes as nossas expressões faciais e corporais dizem mais que as palavras. Além de respeitar os seus silêncios, deve adotar uma postura amigável, sem fazer cara de admirado, de quem está a fazer um *frete* ou a *apanhar uma seca*. Não cruze os braços pois pode significar que está na defensiva e tem medo dela. Se puder, não esteja de frente para ela, mas sim ao seu lado, para não a pressionar. Pode manter o contacto visual, de modo a que ela se sinta confortável. Se ela estiver sentada, sente-se também. Se ela estiver de pé e achar melhor, sente-se para que ela perceba que não tem pressa.

3.ª AÇÃO: INFORMAR E APOIAR

Depois de escutar a Inês torna-se mais fácil ser capaz de lhe prestar apoio e procurar informação útil. É muito importante que ela sinta que a sua preocupação é genuína e que a compreende. Seja paciente e atencioso para que ela não sinta que a vai abandonar.

Não se esqueça que a Inês se sente fragilizada e está vulnerável, por isso trate-a com respeito e dignidade, não receando ouvir as suas decisões, sentimentos e crenças, mesmo que ela, em alguns momentos, possa ser menos simpática consigo.

Lembre-se que não sabe como reagiria se estivesse a passar por esta situação! Acima de tudo, não a culpe pelo seu estado, muito pelo contrário, diga-lhe que a culpa não é dela e demonstre-lhe o seu apoio para ultrapassar esta situação. É importante que não desvalorize aquilo pelo qual ela está a passar e o que sente. Evite frases como:

- “Não me parece que estejas tão mal como pensas!”;
- “Tenta andar com um sorriso nos lábios, vais sentir-te melhor!”;
- “A andares triste é que não melhoras, de certeza!”.

Faça-a acreditar que há esperança que ela melhore e que venha a sentir-se melhor. Contudo, evite fazer promessas que não possa cumprir. Se prometer estar com ela nesta fase, deve cumprir, pois é uma forma de ajuda. Pense sempre que ela tem um problema e que até a tarefa mais simples do dia-a-dia lhe pode ser muito difícil de realizar. Pode utilizar frases como:

- “A seguir à tempestade vem sempre a bonança!”;
- “Não há mal que sempre dure!”;
- “Não há rosas sem espinhos!”.

Pode oferecer-lhe a sua ajuda na realização de algumas tarefas em que ela necessite de auxílio. No entanto, tenha cuidado, para não adotar uma atitude de superproteção (fazer todas as atividades dela, por exemplo trabalhos escolares), tratá-la como se ela fosse incapaz (dizer: "deixa estar que eu faço, tu não estás em condições") ou então que apenas dependa de si para executar estas tarefas (há momentos em que não pode ou não vai estar presente). Quando estiver a falar com ela não utilize um tom de voz que possa parecer que está a falar para uma criança.

Existe informação disponível que pode procurar e fornecer sobre apoio a problemas de saúde mental, como é este caso. Procure informação correta e apropriada para a situação e idade da Inês. Se sabe pouco sobre o assunto, assumo-o e procure a informação com ela.

Não ceda à tentação de querer descobrir o problema, querendo agir como um profissional que não é, ou ainda pensar que é a única opção que ela tem.

4.ª AÇÃO: PROCURAR AJUDA PROFISSIONAL ESPECIALIZADA INCENTIVANDO A PESSOA A OBTÊ-LA

Se os problemas já se prolongam há algum tempo, por exemplo 2 ou 3 semanas e a situação está a afetar o dia-a-dia da Inês, é fundamental que a encoraje a procurar ajuda especializada ou então que a acompanhe na procura. A maioria das pessoas com sintomatologia depressiva só procura ajuda especializada quando alguém a sugere, sendo por vezes mesmo uma *obrigação* imposta. Contudo, esta última opção depende da família. Quanto a si, é preferível que a informe sobre as opções de ajuda disponíveis. Lembre-se que quanto mais cedo a Inês procurar ajuda, maior é a probabilidade de ultrapassar a situação.

Se a Inês admitir que precisa de ajuda, informe-se, por exemplo através do website *Feliz Mente* (<http://felizmente.esenfc.pt/felizmente/>), e discuta com ela as várias opções de profissionais disponíveis. Se ela não souber onde pode procurar ajuda, incentive-a e acompanhe-a nessa busca, mesmo que demore algum tempo. É fundamental que não desista!

Devido à sua situação, a Inês pode não querer ajuda. Neste caso, procure perceber as suas razões, pois podem estar relacionadas com os preconceitos ainda existentes relativamente às fontes de ajuda. O seu apoio pode ser essencial para que ela consiga ultrapassar os seus medos. Se mesmo assim ela não quiser procurar ajuda profissional, lembre-lhe sempre que tem o seu apoio caso mude de ideias. É de considerar a possibilidade de contactar os seus pais. Contudo deve centra-se na procura de ajuda sem revelar pormenores desnecessários. Tal não implica que esteja a trair a sua confiança, pois procura a melhor forma de a ajudar. Seja compreensivo, positivo e encorajador. Não desista de a ajudar.

5.ª AÇÃO: INCENTIVAR O RECURSO A OUTROS APOIOS

Encoraje a Inês a procurar outros apoios, tais como a família e os amigos. Se for necessário contacte também organizações que disponibilizem informação e prestem apoio a pessoas que estão a passar pela mesma situação. Esclareça as suas dúvidas. A recuperação da Inês pode ser mais rápida e eficaz se ela se sentir apoiada e confortável no ambiente que a rodeia.

Incentive-a a utilizar estratégias de autoajuda, no entanto, não se esqueça que o interesse dela pode depender da fase da perturbação e da intensidade dos seus sintomas. Quem avalia esse estado é o profissional de saúde adequado, por exemplo, se acompanhar a Inês a uma consulta médica no centro de saúde, ela depois poderá ser encaminhada para os profissionais mais adequados para o tratamento do seu problema.

Referências Bibliográficas

- Associação Americana de Psicologia (2006). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Artmed.
- Comissão da Comunidades Europeias - CCE (2005). Livro Verde - Melhorar a saúde mental da população - Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia. Bruxelas: CCE.
- Comissão da Comunidades Europeias - CCE (2007). *Documento de trabalho dos serviços da comissão - Escolas para o século XXI*. Bruxelas: CCE.
- Comissão Nacional Para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental - CNRSSM (2007). *Relatório - Proposta de plano de ação para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de Saúde mental em Portugal*. Portugal: Ministério da Saúde.
- Cornally, N., & McCarthy, G. (2011). Help-seeking Behaviour: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice, 17*, 280-288.
- Direção Geral de Saúde - DGS (2006). *Saúde dos jovens em Portugal: Elementos de caracterização*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.
- Eurydice (2005). *Citizenship Education at School in Europe*. Belgium: Eurydice.
- Feliz Mente (2012). Feliz Mente: Educação e Sensibilização para a Saúde Mental. Retirado de <http://felizmente.esenfc.pt/felizmente/>.
- Golberstein, E., Eisenberg, D., & Gollust, S. E. (2009). Perceived stigma and help seeking behavior: longitudinal evidence from the Healthy Minds Study. *Psychiatric Services, 60*(9), 1254-1256.
- Gulliver, A., Griffiths, K., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry, 10*, 113. doi:10.1186/1471-244X-10-113
- International Union for the Health Promotion and Education - IUHPE (2009). *Construindo escolas promotoras de saúde: directrizes para promover a saúde em meio escolar*. France: IUHPE.

- Joint Consortium for School Health - JCSH (2010). *Schools as a Setting for Promoting Positive Mental Health: Better Practices and Perspectives*. Canada: JCSH.
- Jorm, A. F. (2000). Mental Health Literacy: Public Knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401. doi:10.1192/bjp.177.5.396
- Jorm, A. F. (2012). Mental Health Literacy: Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health. *American Psychologist*, 67(3), 231-243 doi:10.1037/a0025957
- Kelly, C., Kitchener, B., & Jorm, A. F. (2010). *Youth Mental Health First Aid: A manual for adults assisting young people*. 2ª ed. Melbourne: Orygen Youth Health Research Centre.
- Kelly, C., Mithen, J., Fischer, J., Kitchener, B., Jorm, A. F., Lowe, A., & Scanlan, C. (2011). Youth mental health first aid: a description of the program and an initial evaluation. *Internacional Journal of Mental Health Systems*, 5, 4. doi:10.1186/1752-4458-5-4
- Kitchener, B., & Jorm, A. F. (2006). Mental health first aid training: review of evaluation studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 6-8.
- Morgan, A. J., & Jorm, A. F. (2008). Self-help interventions for depressive disorders and depressive symptoms: a systematic review. *Annals of General Psychiatry*, 7, 13. doi:10.1186/1744-859X-7-13
- Organização Mundial de Saúde - OMS (2001). *Relatório Mundial de Saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: OMS.
- Remschmidt, H., & Belfer, M. (2005). Mental health care for children and adolescents worldwide: a review. *World Psychiatry*, 4(3), 147-153.
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Advances in Mental Health*, 4(3), 218-251. doi:10.5172/jamh.4.3.218
- Tang, K., Nutbeam, D., Aldinger, C., Leger, L., Bundy, D., Hoffmann, A. M., ..., Heckert, K. (2008). Schools for health, education and development: a call for action. *Health Promotion International*, 24(1), 68-67. doi:10.1093/heapro/dan037
- United Nations Decade of Education for Sustainable Development - UNESCO (2010). *Education for Sustainable Development Lens: A Policy and Practice Review Tool*. France: UNESCO.
- United Nations Decade of Education for Sustainable Development - UNESCO (2012a). *A place to learn: Lessons from Research on Learning Environments*. Canada: UNESCO.
- United Nations Decade of Education for Sustainable Development - UNESCO (2012b). *Exploring Sustainable Development: A Multiple-Perspective Approach*. France: UNESCO.
- World Health Organization - WHO (2002). *Prevention and promotion in Mental Health*. Geneva: WHO
- World Health Organization - WHO (2005). *Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference*. Denmark: WHO.
- World Health Organization - WHO (2010). *Mental Health Promotion in Young People - an Investment for the Future*. Denmark: WHO

CAPÍTULO V

RECONHECIMENTO E PROCURA DE AJUDA EM SAÚDE MENTAL: REVISÃO DOS ESTUDOS REALIZADOS EM AMOSTRAS DE ADOLESCENTES

AMORIM GABRIEL DOS SANTOS ROSA
LUÍS MANUEL DE JESUS LOUREIRO
CATARINA SOFIA FERREIRA SOUSA

Introdução

O termo *doença mental* ou perturbação mental engloba um amplo espectro de condições que afetam a mente com diversos níveis de intensidade, caracterizando-se pela presença de síndromes específicos que, sem intervenção, tendem a seguir um curso previsível. As perturbações mentais surgem frequentemente durante a adolescência, no entanto, nas situações mais frequentes (depressão, ansiedade, perturbações aditivas), a maioria dos adolescentes não recebe a ajuda adequada, enquanto para os transtornos psicóticos mais graves, a ajuda é recebida com muito atraso (Kelly, Jorm, & Wright, 2007). A doença mental tem um impacto devastador sobre os adolescentes e jovens, sobre as suas famílias e o meio social. O estigma, a falta de um diagnóstico correto e opções de tratamento inapropriadas ou insuficientes constituem uma combinação desastrosa que, com frequência, resulta no envolvimento em comportamentos criminais e outros comportamentos de risco como o uso de substâncias (Wacker, 2009), podendo comprometer não só o desenvolvimento psicossocial e a saúde atual e futura do indivíduo, mas também hipotecar todo o curso da sua vida (Ferreira & Torgal, 2011).

O baixo nível de Literacia em Saúde Mental (LSM) é um fator determinante para a ausência de comportamentos de procura de ajuda. O conceito de LSM apresentado por Anthony Jorm e os seus colaboradores em 1997, definido como o conhecimento e crenças sobre as perturbações mentais que ajudam o seu reconhecimento, gestão e prevenção, tem vindo a evoluir ao nível das suas componentes. Atualmente inclui: a) conhecimento de como prevenir as perturbações mentais; b) reconhecimento do despoletar da doença; c) conhecimento das opções de ajuda e tratamentos disponíveis;

d) conhecimento de estratégias de auto-ajuda para os problemas menos graves; e) competências para prestar a primeira ajuda a outras pessoas em situação de crise ou em desenvolvimento de uma perturbação mental (Jorm, 2011).

Os estudos têm demonstrado que os níveis de LSM são baixos independentemente da população considerada (Chen, Parker, Kua, Jorm, & Loh, 2000). As pessoas têm dificuldade em identificar corretamente as perturbações mentais; têm baixa compreensão dos fatores causais; crenças erradas sobre a efetividade do tratamento; são relutantes em procurar ajuda profissional e não sabem como ajudar os outros (Jorm, 2000; Jorm, Right, & Morgan, 2007). Desta forma, a promoção da LSM é um pré-requisito para o reconhecimento precoce e intervenção atempada nas perturbações mentais (Scott & Chur-Hansen, 2008).

Por outro lado, a adolescência, período crítico de adaptação à realidade, caracteriza-se por transições, definições e experiências particularmente desestabilizadoras que poderão determinar sofrimento psíquico e o surgimento de perturbações psiquiátricas cujo agudizar se deve, entre outros fatores, a reduzidos índices de LSM e a estereótipos que conduzem à ausência de comportamentos de procura de ajuda profissional (Loureiro, Mateus, & Mendes, 2009).

Este estudo de revisão tem como objetivo sistematizar o conhecimento atual sobre LSM de adolescentes, centrando-se nas componentes do reconhecimento da doença e procura de ajuda, incidindo nas perturbações mais comuns: depressão, ansiedade e perturbações aditivas.

Métodos

Partindo da questão de investigação formulada "Qual o nível de LSM dos adolescentes nas componentes do reconhecimento da doença e comportamentos de procura de ajuda?", definimos o protocolo de pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão, os descritores e os parâmetros imprescindíveis para a seleção de estudos.

As pesquisas foram efetuadas durante o mês de Janeiro de 2012 utilizando os recursos: CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*); MEDLINE; (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*); B-ON (*Biblioteca do Conhecimento Online*); e RCAAP (*Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal*). Utilizou-se como complemento a consulta da bibliografia dos artigos incluídos na revisão. Utilizámos os descritores *Mental Health Literacy*, *Adolescent* e os equivalentes em português.

A seleção dos artigos seguiu 6 critérios de inclusão: (1) artigos científicos relacionados com a LSM nas componentes do reconhecimento da doença e/ou procura e oferta de ajuda e/ou recursos de ajuda disponíveis e/ou barreiras na procura de ajuda; (2) amostras/populações de adolescentes (incluíram-se os artigos com especificação da faixa etária '11-18 anos';

média de idades inferior a 16 anos; na ausência dos critérios anteriores, as amostras eram especificamente designadas como *adolescentes*); (3) estudos focalizados nas perturbações da ansiedade, depressão e perturbações aditivas; (4) publicações em português e inglês; (5) estudos publicados no período de Janeiro de 2001 a Dezembro de 2011; (6) disponíveis online em texto integral. Foram excluídos os artigos que não cumpriam os critérios de inclusão.

A Figura 1 representa o diagrama de fluxo para a seleção dos artigos incluídos no estudo. Dos 286 artigos resultantes da pesquisa combinada, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão obtivemos 11 artigos relevantes que analisaremos de seguida.

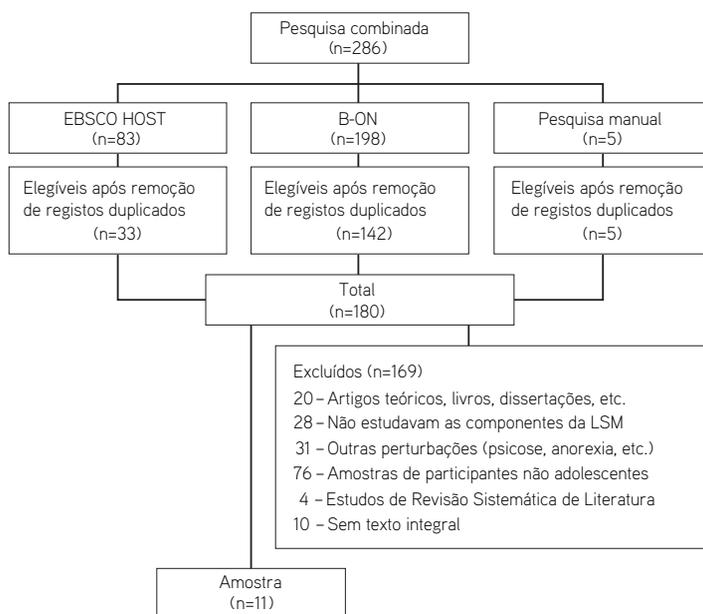


Figura 1. Diagrama de fluxo para a seleção dos artigos incluídos no estudo

Resultados

Os 11 estudos incluídos (Tabelas 1 e 2) foram codificados de acordo com os seguintes parâmetros: nome do autor; ano de publicação; país (local de estudo); idade dos participantes (faixa etária ou média); tamanho da amostra; género (masculino, feminino, ambos); perfil de risco (estado de saúde mental; configuração (e.g. escola, comunidade, nível socioeconómico); tipo de pesquisa (qualitativa, quantitativa); componentes da LSM estudados; e metodologia.

Tabela 1 - Codificação dos estudos (n=11) incluídos na revisão

Autor	Loc.	Idade	N	Componentes/Variáveis	Perfil risco	Config.	Tipo	Metodologia
Swords, Hennessy e Heary (2011)	Irlanda	12-16	393	Procura de ajuda; Perceção de necessidade de ajuda; recursos sugeridos; Capacidade para distinguir vinhetas com e sem sintomas.	Saudável	Escolas secundárias públicas 1º e 2º Nível	Quantitativo	Vinhetas clínicas: Depressão; ausência de sintomatologia. Amostra estratificada Resultados em função da idade
Olsson e Kennedy (2010)	USA	14 anos	281 131-M 150-F	Reconhecimento; procura de ajuda. Identificação da situação; qual a melhor ajuda; como reagiriam se tivessem um colega de turma com o problema apresentado; em que situações recomendariam aconselhamento escolar	Saudável	Escolas secund. Públicas	Quantitativo	Vinhetas clínicas: Depressão; ansiedade (fobia social); situações de respostas normais ou típicas a eventos stressantes na vida de um adolescente.
Hernan et al. (2010)	Austrália	14-16	74 33-M 41-F	Reconhecimento; procura de ajuda Capacidade para reconhecer a depressão; barreiras na procura de ajuda profissional; potenciais fontes de ajuda	Saudável	Escolas secund. Públicas. Meio rural	Quantitativo	Vinhetas clínicas: Depressão. Reconhecimento da situação; utilidade de cada uma das diferentes fontes de ajuda; barreiras na procura de ajuda profissional.
Leighton (2009)	UK	12-15	208 8º,9º 10º Ano	Reconhecimento Confusão conceptual que possa pôr em causa o reconhecimento das situações e a procura de ajuda.	Saudável	Escolas secund. Públicas. Classe social mista	Quantitativo	Vinhetas clínicas: Depressão; Psicose Respostas emocionais relacionadas com perda
Scott e Chur-Hansen (2008)	Austrália	Adol.	9 10º Ano	Reconhecimento; comportamentos de procura e aceitação de ajuda. Uso do SMS; Subcultura EMO	Saudável	Escola secund. pública Meio rural	Qualitativo	Vinhetas clínicas: Depressão; Esquizofrenia. Entrevistas semi-estruturadas. Análise de conteúdo
Kelly e Jorm (2007)	Austrália	12-17	1123 51%-M 49%-F	Intenção de oferecer ajuda aos pares a experienciar problemas de saúde mental Associação com presença de sintomas e características psicossociais	Saudável	Escolas secund. públicas, católicas	Quantitativo	Vinhetas clínicas: Depressão; Problemas de comportamento

Tabela 2 - Codificação dos estudos (n=11) incluídos na revisão (continuação)

Autor	Loc.	Idade	N	Componentes/Variáveis	Perfil risco	Config.	Tipo	Metodologia
Burns e Rapee (2006)	Austrália	15-17	202 122-M 80-F	Reconhecimento; procura de ajuda: Depressão e estados emocionais negativos. Nível de preocupação em cada situação; pistas que sugerem dificuldades emocionais; tempo de recuperação necessário e quem está em melhores condições de ajudar	Saudável	Escolas privadas Classe média-alta Anglo-saxónicas	Quantitativo	Vinhetas clínicas. Foi utilizado um questionário desenvolvido propositadamente para este estudo (<i>Friend in Need Questionnaire</i>)
Zachrisson, Rödje e Mykletun (2006)	Noruega	15-16 10º Ano	11154	Procura de ajuda em situações de ansiedade e depressão. Relação com a intensidade da presença de sintomas. Associação entre os problemas de saúde mental e a procura de diferentes tipos de serviços de saúde.	Presença de sintomas de depressão e ansiedade (últimos 12 meses)	Escolas secundárias	Quantitativo	Avaliação do estado mental (ansiedade, depressão) - <i>Hopkins Symptom Check List (HSCL-10)</i> . Os comportamentos de procura de ajuda e o uso dos diferentes serviços de saúde foram avaliados por resposta a uma lista de opções com resposta dicotómica, "sim" ou "não"
Essau (2005)	Alemanha	12-17	1035	Procura de ajuda: Avaliação da frequência e padrões de utilização dos serviços de saúde mental e dos fatores associados ao seu uso	Antecedentes de depressão/ansiedade	Escolas secundárias	Qualitativo	A avaliação da presença de depressão ou ansiedade e as outras variáveis foi realizada usando a <i>Computer-Assisted Personal Interview (CAPI)</i> .
Kelly, Jorm e Rodgers (2005)	Austrália	Adol. 8º,9º 10º Ano	1137 51%-M 49%-F	Capacidade para dar respostas de ajuda aos pares	Saudável	Escolas secund. públicas e privadas	Quantitativo	Amostra aleatória Vinhetas clínicas: Depressão; alterações de comportamento
Sheffield, Fiorenza e Sofronoff (2004)	Austrália	15-17	254 124-M 130-F	Procura de ajuda. Vontade e iniciativa para procurar ajuda adequada e fatores que a influenciam; diferenciação dos comportamentos em função da presença de perturbação mental ou problemas emocionais, pessoais e comportamentais.	Saudável	Escolas secundárias públicas Classe média-alta	Quantitativo	Questionário. Verificação da relação entre variáveis demográficas e psicológicas, atitudes para com a doença mental e vontade e iniciativa para procurar ajuda.

Reconhecimento das perturbações mentais comuns

Seis estudos analisam fatores relacionados com a capacidade de reconhecimento.

Uma meta-análise temática dos seis artigos foi conduzida através da recolha e codificação dos dados em cinco categorias (classificação, diferenciação, experiência, compreensão e género), a partir da terminologia utilizada na literatura analisada.

Na categoria *classificação*, analisamos a capacidade para classificar as perturbações mentais. Verifica-se uma capacidade mista por parte dos adolescentes para reconhecer e classificar as perturbações mentais comuns e identificar os seus sintomas chave. Relativamente à depressão, há estudos em que os resultados foram bons: 89% (Scott & Chur-Hansen, 2008); 73% (Hernan, Philpot, Edmunds, & Reddy, 2010) e outros em que foram modestos: 33,8% (Burns & Rapee, 2006); 42,4% (Olsson & Kennedy, 2010); 44,7% (Leighton, 2009). De um modo geral, a depressão é mais facilmente identificada na presença de sintomas graves e preocupantes como ideação suicida (Burns & Rapee, 2006).

Apenas dois estudos estudaram a ansiedade (Leighton, 2009; Olsson & Kennedy, 2010). Em ambos, os níveis de reconhecimento são baixos (inferiores a 30%). Nenhum dos estudos incidiu sobre as perturbações por consumo de substâncias.

Na categoria *diferenciação*, avaliou-se a capacidade para diferenciar as perturbações (depressão e ansiedade) de estados emocionais negativos e respostas normais a eventos stressantes. Dois estudos analisaram esta variável verificando-se que mesmo com baixa capacidade de reconhecimento, de um modo geral, os adolescentes foram capazes de diferenciar entre depressão e outros estados emocionais negativos como tristeza e luto, em termos de severidade e expectativa de recuperação (Burns & Rapee, 2006), bem como entre ansiedade, depressão e outras respostas a eventos stressantes. Só cerca de 6% dos adolescentes consideraram as respostas a eventos stressantes como *doença mental* ou *problemas de saúde mental* (Olsson & Kennedy, 2010).

Na categoria *experiência*, avalia-se o efeito do contacto com pessoas com perturbação mental e a experiência prévia de doença, na capacidade de reconhecimento. Os dois estudos que analisam estas variáveis apresentam resultados de algum modo contraditórios. No estudo de Scott e Chur-Hansen (2008) verificou-se que a experiência prévia com situações de doença mental melhora a capacidade de reconhecimento das perturbações. Contudo, no estudo realizado por Zachrisson, Rödje e Mykletun (2006) que utilizou uma amostra de adolescentes com antecedentes de perturbação mental, verificou-se que estes têm uma capacidade limitada para reconhecer a sua angústia como ansiedade ou depressão.

Relativamente à categoria *compreensão*, explora-se a capacidade de compreender os diversos conceitos associados à saúde e doença mental e a possível *confusão conceptual* como fator inibidor da capacidade de reconhecimento das perturbações. Um estudo

explora esta questão concluindo que existe uma escassa clareza semântica e conceptual sobre o que se entende por saúde mental; problemas de saúde mental; perturbação mental e doença mental o que põe em causa o reconhecimento adequado, promovendo a discussão sobre as falhas que por essa razão poderão existir, na procura de ajuda e suporte adequados (Leighton, 2009).

Na categoria *género*, avalia-se a capacidade de reconhecimento das perturbações mentais em função do género. Quatro estudos analisam esta variável (Burns & Rapee, 2006; Hernan et al., 2010; Leighton, 2009; Scott & Chur-Hansen, 2008). Em todos se verificou que os melhores níveis de reconhecimento estão associados de forma significativa ao género feminino, ainda que em alguns essa diferença seja mais significativa que noutros.

Comportamentos de procura de ajuda

Os estudos mostram uma clara preferência dos adolescentes pelas ajudas informais, evidenciando maior intenção de procurar ajuda na família e nos amigos do que em fontes formais (médico, psiquiatra, psicólogo), tanto para as perturbações específicas como para problemas emocionais, pessoais e comportamentais (Sheffield, Fiorenza, & Sofronoff, 2004); a importância da família e dos amigos como suporte social (Scott & Chur-Hansen, 2008) ou como principal resposta de ajuda a eventos stressantes (Olsson & Kennedy, 2010).

No estudo realizado por Hernan et al. (2010), foram estudados três tipos de respostas de ajuda (formais, informais e externas) verificando-se médias significativamente mais elevadas nas respostas informais (família e pares). Contudo, relativamente à ajuda profissional ela é considerada útil ainda que uma proporção significativamente maior de participantes considere ser menos útil consultar o médico do que outros profissionais de saúde.

No mesmo sentido, Swords, Hennessy, e Heary (2011) verificaram que o médico é a ajuda menos referida para a depressão e que, independentemente da idade dos adolescentes, a família e os professores são percebidos com fontes de ajuda importantes para as situações de perturbação mental e que a idade determina a compreensão da necessidade de ajuda, a diferenciação do tipo de ajuda em função da gravidade do problema e o número de respostas de ajuda sugeridas.

Analisando a influência de algumas variáveis psicossociais na intenção de procurar ajuda e no tipo de fontes a utilizar, um dos estudos conclui que os adolescentes com melhor funcionamento adaptativo, maior sofrimento psicológico e melhor suporte social mostram maior vontade de procurar ajuda independentemente do tipo de fontes e que o melhor suporte social é preditor da intenção de procurar ajuda em fontes informais (Sheffield et al., 2004).

Num contexto diferente, um estudo realizado com uma amostra de participantes com experiência prévia de doença verificou existirem níveis muito baixos de utilização de fontes de ajuda formais tanto para a ansiedade como para a depressão. Só uma minoria dos adolescentes (18,2% - Ansiedade; 23% - Depressão) recebeu tratamento. Destes, a grande maioria em ambulatório e pelo Psicólogo escolar (Essau, 2005).

Outra investigação realizada com adolescentes com experiência prévia de doença analisa os comportamentos de procura de ajuda relacionados com a carga e intensidade de sintomas de ansiedade e depressão (Zachrisson, Rödje, & Mykletun, 2006). Verificou-se que só uma minoria dos adolescentes procurou ajuda (6,9% e 35% nas situações mais graves) e que a presença de maior carga e intensidade de sintomas fez aumentar os comportamentos de procura de ajuda para todos os tipos de serviço, incluindo os que não têm competência específica na área da saúde mental. No mesmo sentido, também uma melhor capacidade de reconhecimento das perturbações se traduz por uma intenção três a quatro vezes superior de procurar ajuda, como por exemplo, envolver adultos (Olsson & Kennedy, 2010).

Três estudos dão ênfase à importância das novas tecnologias (Internet, SMS) e dos programas escolares nos comportamentos de procura de ajuda, pondo em evidência a importância da Internet (Essau, 2005; Scott & Chur-Hansen, 2008); dos programas escolares como fonte importante de informação e promoção da LSM (Scott & Chur-Hansen, 2008); da utilização de linhas telefónicas de ajuda (Essau, 2005; Olsson & Kennedy, 2010); e da utilização do SMS nos meios rurais, como forma menos confrontacional de comunicar e de pedir ajuda (Scott & Chur-Hansen, 2008).

Competência para prestar a primeira ajuda

Três estudos identificaram fatores relacionados com esta componente. Burns e Rapee (2006) verificaram níveis de preocupação diferentes em função da gravidade das situações. Os adolescentes mostraram estar mais preocupados com os pares com depressão do que com outros estados emocionais negativos. As raparigas mostraram maior preocupação que os rapazes.

Cerca de 90% dos participantes identificaram a necessidade de ajuda nas situações de depressão e recomendaram a procura de aconselhamento (55,7%); amigos (41,8%); família (40,8%); ajuda profissional (9,9%); psiquiatra (4,2%).

Kelly, Jorm, e Rodgers (2005) avaliaram a suscetibilidade dos adolescentes para dar respostas de ajuda a um colega com depressão ou com problemas graves de comportamento. Verificaram que mais de metade dos participantes não iriam além de

suporte social e encaminhamento passivo, podendo ser entendidos como apoiantes à distância, logo, não envolvidos verdadeiramente na ajuda aos pares. Só cerca de um quarto encaminhariam para a procura de ajuda de um adulto, envolvendo a ajuda profissional. Cerca de um quinto dos participantes envolveriam os pares no consumo de substâncias podendo ser classificados como ajudantes ineficazes.

O estudo realizado por Kelly e Jorm (2007) mostra que mais de metade dos participantes (58,8%) ofereceriam unicamente suporte social e não envolveriam adultos e cerca de um quarto ofereceriam respostas não eficazes como o envolvimento no consumo de substâncias. Só cerca de 20% envolveriam um adulto e ajuda profissional. Este estudo mostra ainda que cerca de metade dos participantes tem confiança na sua capacidade de ajuda e que cerca de 40% sentem-se inseguros, estando as dificuldades mais relacionadas com baixa competência social, género masculino e maior desejo de distância social.

Barreiras no acesso à ajuda profissional

Quatro estudos analisam as barreiras no acesso à ajuda profissional. Dois incidem sobre populações rurais e identificam barreiras como pouca ajuda profissional disponível ou insegurança relativamente à mesma (Olsson & Kennedy, 2010); barreiras pessoais (e.g. resiliência, confidencialidade) e logísticas (e.g. custo, acessibilidade) (Hernan et al., 2010). Neste estudo os participantes identificam mais barreiras pessoais do que logísticas para consultar o médico. As raparigas referiram mais barreiras que os rapazes, principalmente pessoais.

Os outros dois estudos realizados com populações urbanas identificaram barreiras como a pressão para se conformar e não ser visto com *diferente*, medo do julgamento social (fraqueza percebida) e preocupações de confidencialidade (Scott & Chur-Hansen, 2008); resiliência e questões de confidencialidade como barreiras no acesso às fontes informais (conselheiro escolar) (Sheffield et al., 2004). Resiliência, confidencialidade, custos e acessibilidade como barreiras no acesso às fontes formais (Médico, Psicólogo, Psiquiatra) (Sheffield et al., 2004).

Discussão

De seguida serão discutidos os resultados, colocando-os no contexto de revisões e estudos prévios relacionados.

Reconhecimento das perturbações mentais comuns

Dos resultados do nosso estudo sobressai a baixa capacidade para reconhecer as perturbações mentais (depressão e ansiedade), bem como para identificar os seus sintomas chave, estando o reconhecimento tendencialmente associado ao género feminino. Estes resultados são consistentes com as conclusões de estudos anteriores sobre reconhecimento das perturbações psiquiátricas (Wright et al., 2005), podendo refletir o estigma associado à doença mental. Verifica-se que existem vários fatores a influenciar a procura de ajuda e que as diferenças de género são significativas, com os jovens do sexo masculino a evidenciarem menor competência de reconhecimento dos sintomas associados à doença mental (Cotton, Wright, Harris, Jorm, & McGorry, 2006).

Porque é que o género tem um impacto sobre a LSM na componente do reconhecimento, é uma pergunta difícil de responder integralmente. Contudo, os investigadores têm apontado para os processos sociais como as expectativas sobre os papéis de género e as práticas de socialização. As raparigas podem ser encorajadas a ser emocionalmente expressivas, empáticas e orientadas para o relacionamento, enquanto os rapazes podem ser menos incentivados a identificar e expressar as suas experiências emocionais. Às raparigas pode também ser permitida maior liberdade para expressar vulnerabilidades, incluindo a tristeza e o medo, ao passo que os rapazes poderão estar mais sujeitos a ser objecto de mensagens explícitas e implícitas relativas à vergonha de mostrar essas mesmas vulnerabilidades (Burns & Rapee, 2006; Rickwood, Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2005). Também é possível que os melhores níveis de LSM resultem de uma maior experiência pessoal com a depressão. Na adolescência tardia, a incidência de depressão no sexo feminino é cerca do dobro do sexo masculino (Burns & Rapee, 2006). Assim, tanto as experiências prévias como o contacto com pessoas com perturbação psiquiátrica poderão melhorar a capacidade de reconhecimento. Estes resultados vêm confirmar as conclusões de outros estudos anteriores (Lauber, Nordt, Falcató, & Rössler, 2003).

Outro resultado emergente desta revisão relaciona-se com a compreensão dos conceitos associados à saúde e doença mental. Uma possível *confusão conceptual* poderá inibir a capacidade de reconhecimento das perturbações e os consequentes comportamentos de procura de ajuda. Vários autores (e.g. Armstrong, Hill, & Secker, 2000; Burns & Rapee, 2006) identificam este problema considerando que uma confusão conceptual é prevalente entre os adolescentes. Burns e Rapee (2006) vão além da identificação do problema e recomendam a clarificação dos conceitos como um dos componentes cruciais para a promoção da LSM.

Comportamentos de procura de ajuda

Os estudos identificam dois tipos de fontes de ajuda utilizadas, as formais (profissionais) e as informais (e.g. amigos, família). Os adolescentes a experienciar problemas de

saúde mental deveriam aceder a profissionais e serviços preparados para dar respostas ajustadas e eficazes. Porém, a realidade é outra. Os adolescentes, principalmente do género feminino, tendem a desvalorizar as ajudas profissionais e mostram maior intenção de procurar ajuda junto do grupo de pares e noutras fontes informais como a família e os professores. Estes resultados relacionam-se de forma consistente com estudos anteriores (e.g. Cotton et al., 2006) que revelam que as fontes de ajuda informais foram preferidas às fontes formais em todas as idades, e em ambos os géneros.

A literatura sugere ainda que as raparigas são mais capazes de identificar, expressar e partilhar emoções, estão mais envolvidas em redes sociais e têm usos funcionais diferenciados para as ajudas informais (Rickwood & Braithwaite, 1994).

Dois dos estudos analisados (Essau, 2005; Zachrisson et al., 2006) utilizaram populações com experiência prévia de doença e verificaram que a carga e intensidade dos sintomas não diferenciam de forma significativa a procura de ajudas profissionais e que, apesar de algum incremento na procura de ajudas formais, os níveis mantêm-se baixos tanto para a ansiedade como para a depressão.

Um dado muito relevante e que está de acordo com as conclusões de outros estudos (Jorm, Wright, & Morgan, 2007) resulta da desvalorização do papel do médico relativamente a outros profissionais de saúde, ainda que todos sejam considerados úteis. Este resultado está em claro contraste com o que acontece nos adultos relativamente à importância do médico no tratamento da depressão. Por exemplo, num estudo realizado com adultos, 44% dos respondentes acreditam que consultar um médico pode ser útil (Jorm et al., 1997). Ao contrário, o estudo de Burns e Rapee, (2006) realizado com adolescentes, encontra valores da ordem dos 2%. Este dado é muito importante porque nos permite perceber que os resultados da LSM nos adultos não poderão ser generalizados para os adolescentes.

Deste estudo sobressai também a importância das novas tecnologias e dos programas escolares como veículos de promoção da LSM, assim como as linhas telefónicas de ajuda enquanto fontes de ajuda formal. A investigação sobre comportamentos de procura de informação sobre saúde mental em adolescentes, reconhece que a Internet pode oferecer um acesso conveniente e confidencial à informação (Gray, Klein, Noior, Sesselberg, & Cantril, 2005), evidenciando que os adolescentes acedem à informação sobre saúde mental em sites (Oh, Jorm, & Right, 2009).

Os programas escolares de sensibilização para a saúde mental têm-se mostrado eficazes na mudança de opinião dos jovens sobre as questões de saúde mental e procura de ajuda (Pinfold et al., 2003). Além disso, a informação transmitida às crianças nos programas de sensibilização realizados na escola têm o potencial de se infiltrar na comunidade de forma mais ampla.

Competência para prestar a primeira ajuda

Nesta componente, o estudo evidencia dados importantes como a diferenciação da preocupação com os pares em função da gravidade dos sintomas presentes, sendo esta diferenciação muito condicionada pelo género. As raparigas evidenciam maior preocupação com os pares e maior intenção de envolvimento de adultos (Kelly et al., 2005).

Em alguns estudos verificou-se que a maioria dos adolescentes mostram insegurança e baixa confiança na sua capacidade de ajuda, limitando-se a dar apoio social e a fazer encaminhamento passivo, com baixa intenção de envolver adultos ou ajudas profissionais.

Dois estudos (Kelly & Jorm, 2007; Kelly et al., 2005) identificaram a existência de uma intenção de envolver os pares no consumo de substâncias como forma de resposta ao sofrimento psicológico.

Barreiras no acesso à ajuda profissional

Os estudos identificam dois tipos de barreiras: as logísticas (e.g. custo, acessibilidade) e as pessoais (e.g. estigma, resiliência, confidencialidade).

Neste estudo, o estigma, os constrangimentos de confidencialidade e a resiliência, bem como a perceção de pouca ajuda disponível nas populações rurais, surgem como as principais barreiras na procura de ajuda para problemas de saúde mental.

O estigma assume um papel fundamental sobretudo em populações rurais. Os 2 estudos com foco em populações rurais (Hernan et al., 2010; Scott & Chur-Hansen, 2008) identificam uma alta taxa de barreiras relacionadas com estigma o que é consistente com a conclusão anterior de que o estigma pode afetar mais a busca de ajuda em populações rurais do que urbanas (Boyd et al., 2007).

Conclusões

Este estudo tornou evidente que em populações adolescentes, à exceção da depressão, há uma escassez de investigação em LSM. Os resultados permitem-nos concluir que os adolescentes demonstram dificuldades significativas no reconhecimento das perturbações mentais e na identificação dos seus sintomas chave, traduzindo-se, na prática, por comportamentos de procura de ajuda desajustados das necessidades, com desvalorização das ajudas profissionais e preferência por fontes informais como o grupo de pares ou a família.

Para além das dificuldades de reconhecimento, fatores como a desvalorização do papel do médico, o estigma, os constrangimentos de confidencialidade, o custo e a resiliência, bem como a perceção de pouca ajuda disponível nas populações rurais, constituem barreiras no acesso à ajuda profissional. Estas dificuldades resultam também numa baixa confiança dos adolescentes na sua capacidade para ajudar os pares e encaminhar para ajudas profissionais, e, em algumas situações, o envolvimento dos pares em comportamentos de risco como o consumo de substâncias enquanto forma de resposta ao sofrimento psicológico. Contudo, as novas tecnologias, nomeadamente o SMS e a Internet, bem como as linhas telefónicas de ajuda e os programas escolares de sensibilização, enquanto meios de promoção da LSM, têm contribuído de forma significativa para a mudança de opinião dos adolescentes sobre as questões de saúde mental e procura de ajuda, minimizando as consequências negativas.

Os resultados sugerem uma série de dificuldades que requerem propostas específicas. Primeiro, a preparação de programas para promover a LSM, e em particular, para aumentar os conhecimentos sobre os próprios sintomas. Segundo, melhorar a clareza semântica e conceptual promovendo uma melhor compreensão dos conceitos associados à saúde mental. Terceiro, melhorar a saúde mental entre os adolescentes tendo em conta a sua propensão para a resiliência e o desejo de auto-suficiência. Uma abordagem final envolve a oferta de programas para minimizar os constrangimentos associados ao estigma e outras barreiras na procura de ajuda. No entanto, barreiras e facilitadores podem variar entre os diferentes pontos do processo de procura de ajuda. É necessária investigação mais avançada sobre estes factores e como eles operam em cada nível do processo de procura de ajuda.

Referências bibliográficas:

- Armstrong, C., Hill, M., & Secker, J. (2000). Young people's perceptions of mental Health. *Children and Society, 14*(1), 60-72.
- Boyd, C., Francis, K., Aisbett, D., Newnham, K., Sewell, J., Dawes, G., & Nurse, S. (2007). Australian rural adolescents' experiences of accessing psychological help for a mental health problem. *Australian Journal of Rural Health, 15*(3), 196-200.
- Burns, J. R., & Rapee, R. M. (2006). Adolescent mental health literacy: Young people's Knowledge of depression and help-seeking. *Journal of Adolescence, 29*, 225-239.
- Chen, H., Parker, G., Kua, J., Jorm, A. F., & Loh, J. (2000). Mental health literacy in Singapore: a comparative survey of psychiatrists and primary health professionals. *Annals Academy of Medicine, Singapore, 29*, 467-473.
- Cotton, S. M., Wright, A., Harris, M. G., Jorm, A. F., & McGorry, P. D. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*, 790-796.

- Essau, C. A. (2005). Use of mental health services among adolescents with anxiety and depressive disorders. *Depression and Anxiety, 22*, 130-137.
- Ferreira, M., & Torgal, M. (2011). Estilos de vida na adolescência: comportamento sexual dos adolescentes portugueses. *Revista da Escola de Enfermagem - USP, 45*(3), 589-95.
- Gray, N. J., Klein, J. D., Noyce, P. R., Sesselberg, T. S., & Cantrill, J. A. (2005). Health information-seeking behavior in adolescence: the place of the internet. *Social Science and Medicine, 60*, 1467-1478.
- Hernan, A., Philpot, B., Edmonds, A., & Reddy, P. (2010). Healthy minds for country youth: Help-seeking for depression among rural adolescents. *Australian Journal of Rural Health, 18*, 118-124.
- Jorm, A. F. (2011). Mental Health Literacy. Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist, 67*, 231-243.
- Jorm, A. F. (2000). Mental Health Literacy: Public Knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry, 177*, 396-401.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christenson, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia, 166*(4), 182-186.
- Jorm, A. F., Wright, A., & Morgan, A. (2007). Where to seek help for a mental disorder? National survey of the beliefs of Australian youth and their parents. *The Medical Journal of Australia, 187*, 556-560.
- Kelly, C., & Jorm, A. F. (2007). Adolescents' intentions to offer assistance to friends with depression or conduct disorder: associations with psychopathology and psychosocial characteristics. *Early Intervention in Psychiatry, 1*, 150-156.
- Kelly, C., Jorm, A. F., & Right, A. (2007). Improving Mental Health Literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *British Journal of Psychiatry, 177*, 396-401.
- Kelly, M. K., Jorm, A. F., & Rodgers, B. (2005). Adolescents' responses to peers with depression or conduct disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*, 63-66.
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., & Rössler, W. (2003). Do people recognize mental illness? Factors influencing mental health literacy. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 252*(5), 248-251.
- Leighton, S. (2009). Adolescents' understanding of mental health problems: conceptual confusion. *Journal of public mental health, 8*(2), 4-14.
- Loureiro, L., Mateus, S., & Mendes, M. (2009). Literacia em Saúde Mental: Conceitos e estratégias para a promoção da saúde mental de adolescentes em contexto escolar. *Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde Referência, 11*(10), 116.
- Oh, E., Jorm, A. F., & Wright, A. (2009). Perceived helpfulness of websites for mental health information. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 44*, 293-299.

- Olsson, D. P., & Kennedy, M. G. (2010). Mental health literacy among young people in a small US town: recognition of disorders and hypothetical helping responses. *Early Interventions in Psychiatry*, 4, 291-298.
- Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: Evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *British Journal of Psychiatry*, 182(4), 342-346.
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Advances in Mental Health*, 4(3), 218-251. doi:10.5172/jamh.4.3.218
- Rickwood, D., & Braithwaite, V. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social Science & Medicine*, 39, 563-572.
- Scott, L., & Chur-Hansen, A. (2008). The mental health literacy of rural adolescents: Emo subculture and SMS texting. *Australasian Psychiatry*, 16(5), 359-362.
- Sheffield, J. K., Fiorenza, E., & Sofronoff, K. (2004). Adolescent's Willingness to seek Psychological Help: Promoting and Preventing Factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(6), 495-507.
- Swords, L., Hennessy, E., & Heary, C. (2011). Adolescents' beliefs about sources of help for ADHD and depression. *Journal of Adolescence*, 34, 485-492.
- Wacker, A. (2009). Mental Health Literacy: A review of adolescents' abilities to recognize symptoms of mental health disorders and their help-seeking behaviors. Retirado de <http://WWW.angelawacker.info/wp-content/uploads/2010/06>.
- Wright, A., Harris, M. G., Wiggers, J. H., Jorm, A. F., Cotton, S. M., Harrigan, S. M., ... McGorry, P. D. (2005). Recognition of depression and psychosis by young Australians and their beliefs about treatment. *The Medical Journal of Australia*, 183, 18-23.
- Zachrisson, H. D., Rödje, K., & Mykletun, A. (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: A population based survey. *BMC Public Health*, 6, 34-40.

CAPÍTULO VI

PREVENÇÃO DO USO/ABUSO DE ÁLCOOL EM CONTEXTO ESCOLAR

TERESA MARIA MENDES DINIS DE ANDRADE BARROSO

A adolescência é um período por excelência associado ao início do consumo de substâncias (Becoña, 2002). À medida que o adolescente vai conquistando a sua autonomia nas saídas com os amigos, sem a supervisão parental, nos diversos contextos recreativos e de diversão, o contacto e a oportunidade para o consumo de diferentes tipos de substâncias é facilitado, em particular o álcool devido à sua acessibilidade.

O consumo de bebidas alcoólicas assume particular relevo nos adolescentes por estes serem mais vulneráveis do que os adultos, não só devido à imaturidade biológica para a sua metabolização, à falta de experiência no consumo de álcool e dos seus efeitos e à ausência de tolerância ao álcool, mas também devido à ausência de regulação dos consumos nos diferentes contextos em que estes ocorrem, favorecendo a adoção de padrões de consumo de alto risco – consumo excessivo na mesma ocasião e embriaguez – e o conseqüente envolvimento em comportamentos de risco (McBride, Midford, & Farrington, 2000; Sanders & Baily, 1993; Zeigler et al., 2005).

O consumo de álcool por menores de idade é sempre um consumo de risco pois pode ser altamente perturbador dos processos de desenvolvimento biológicos, cognitivos e psicossociais inerentes a este estágio do desenvolvimento.

Tendo em conta os problemas pessoais, sociais e económicos relacionados com o abuso e/ou ao uso indevido de álcool e sabendo que o consumo de bebidas alcoólicas tem o seu início durante a adolescência, há fortes argumentos para integrar no currículo escolar programas de prevenção do uso/abuso de álcool.

Através de um enfoque ecológico integrando os fatores de risco e protetores relacionados com o consumo de álcool, procurou-se compreender o fenómeno do consumo, analisar o contexto de intervenção de modo a elencar a educação para a saúde enquanto estratégia interventiva planeada, prescrita, implementada, e avaliada pelo enfermeiro especialista de saúde mental em particular no contexto escolar.

Consumo de álcool na adolescência

Na adolescência e no início da idade adulta, verifica-se um acentuado incremento do consumo de álcool na frequência e na quantidade, assim como dos problemas relacionados com o álcool (Pitkänen, Lyyra, & Pulkkinen, 2005; Wells, Horwood, & Fergusson, 2004). A proporção de adolescentes e jovens com padrões de consumo nocivos e perigosos cresceu na última década (Anderson & Baumberg, 2006; Balsa, Vital, & Urbano, 2013; DHS, 2008), com alterações no tipo de bebidas consumidas e alterações dos padrões de consumo. A tendência é cada vez mais marcada, entre os menores de idade, para o consumo excessivo de álcool na mesma ocasião de consumo, mesmo que seja de uma forma esporádica (ESPAD, 2004, 2009).

Os estudos europeus mais recentes indicam que nove em cada 10 adolescentes dos 15-16 anos de idade já consumiu álcool, e que o início do consumo se faz em média aos 12 ½ anos de idade (Currie et al., 2004) e 29% dos adolescentes com 15 anos de idade referem consumo semanal (DHS, 2008).

Em Portugal, aos 13 anos de idade, encontramos prevalências ao longo da vida (PLV) de 37,3%, nos últimos 12 meses (P12M) de 27,3%, e nos últimos 30 dias (P30D) de 12,9%, percentagens que aumentam com a idade. Aos 15 anos de idade as prevalências sobem para 72,4%, 62,7% e 39,9%, respetivamente PLV, P12M e P30D, e aos 16 anos de idade, estes valores aumentam para 82,1% (PLV), 75,8% (P12M) e 53,6% (P30D) (Feijão & Lavado, 2012).

Estes resultados sugerem que os adolescentes portugueses iniciam o consumo de álcool no início da adolescência e com o aumento da idade têm maior probabilidade de estarem expostos ao consumo de álcool e aos riscos com ele relacionados e mostram que ocorre um rápido incremento do consumo de álcool dos 13 para os 15 anos de idade.

A evidência científica aponta a idade de início dos consumos de álcool como um poderoso preditor da ocorrência de problemas de abuso e dependência ao longo da vida (Gruber, DiClemente, Anderson, & Lodico, 1996; Hawkins, Catalano, & Miller, 1992; Hawkins et al., 1997; Pitkänen et al., 2005). O consumo de álcool aos 14-15 anos de idade é preditor de dependência aos 20-21 anos de idade (Anderson & Baumberg, 2006; Bonomo et al., 2004; Caetano & Cunradi, 2002).

Na última década, verificou-se um aumento por toda a Europa do consumo excessivo na mesma ocasião, entre os adolescentes e jovens. A frequência de ocorrência deste comportamento aumenta à medida que aumenta a idade: entre os 15 e os 24 anos, 24% referem esta ocorrência pelo menos uma vez por semana. A média de álcool consumida, na última ocasião de consumo, entre os adolescentes europeus com 15-16 anos de idade, é de seis bebidas, cerca de 60 g de álcool e um em cada seis adolescentes (18%) nesta

idade referem consumo excessivo na mesma ocasião, três ou mais vezes no último mês (DHS, 2008; ESPAD, 2004). A média de idades referentes à ocorrência de embriaguez é para os rapazes aos 13.6 anos e para as raparigas aos 13.9 (European Commission, 2006).

Em Portugal, verificou-se, entre os adolescentes, o aumento do consumo com padrões perigosos, consumos mais intensivos, como a embriaguez, com maior frequência e com maiores quantidades consumidas (Feijão & Lavado, 2012). A prevalência de consumo *binge* e da embriaguez são mais elevadas nas faixas etárias mais jovens, designadamente entre os 15-24 anos (13,2% e 12,8% respetivamente) (Balsa et al., 2013). Estes padrões de consumo têm implicações relevantes na saúde atual e futura dos adolescentes.

Relativamente à caracterização do consumo em função do género, os adultos do género masculino têm maior probabilidade de beber com mais frequência e maiores quantidades de álcool do que o género feminino, sendo estas diferenças ainda maiores quando se analisam os consumos de risco (DHS, 2008; Wilsnack, Vogeltanz, & Wilsnack, 2000). O consumo no género masculino é cerca de duas a três vezes superior ao do género feminino; também o consumo excessivo naqueles é três a seis vezes superior ao das mulheres (DHS, 2008).

Todavia, nos últimos anos, tem-se vindo a verificar uma tendência para a feminização dos consumos, em particular durante a adolescência (Ahlstrom, Bloomfield, & Knibbe, 2001). Segundo o inquérito do ESPAD, muitos países mostram uma tendência para a convergência nos padrões de consumo entre rapazes e raparigas, o que parece diluir a tradicional distinção entre ambos os géneros, designadamente no que se refere ao consumo de bebidas destiladas e à frequência de embriaguez (Currie et al., 2004; ESPAD, 2004).

Devido às diferenças de género na metabolização desta substância, esta tendência é extremamente preocupante. A mulher atinge concentrações de álcool no sangue mais elevadas do que o homem, mesmo bebendo quantidades equivalentes de álcool, ajustadas em função do peso corporal; e são também mais suscetíveis aos efeitos do álcool, em particular no funcionamento cognitivo (NIAAA, 2003).

Especificando, no que concerne à enzima Acetaldeído-Desidrogenase (ALDH), principal responsável pela degradação do álcool, esta enzima existe em menor quantidade na mulher (NIAAA, 2003); para além disso, esta apresenta na sua constituição uma proporção de gordura superior à do homem, traduzindo-se num efeito mais elevado para a mesma quantidade de álcool (Satre & Knight, 2001; Wilsnack et al., 2000).

Alguns estudos de análise das diferenças de género no decurso do diagnóstico de abuso e dependência de álcool apontam para uma evolução muito mais rápida para os indivíduos do género feminino (Lewinsohn, Rohde, & Seeley 1996; Vicary & Karshin,

2002). Estes resultados são corroborados pelos estudos epidemiológicos nomeadamente na Inglaterra, onde nos últimos 30 anos, ocorreu um aumento dramático dos casos de cirrose hepática nas mulheres dos 35-44 anos de idade (Ramstedt, 2007).

Quando nos reportamos ao uso/abuso de álcool pelas mulheres, deve-se ainda considerar a circunstância da gravidez, uma vez que o consumo de bebidas alcoólicas durante este período está associado a um amplo espectro de efeitos físicos e do neurodesenvolvimento do feto, visto que o álcool atravessa a barreira placentária (Brito, Santos, Fernandes, & Borges, 2006; Jacobson & Jacobson, 2002). Os efeitos variam, desde as manifestações graves de Síndrome Fetal Alcoólico (SFA) e os quadros polimalformativos associados a deficiência mental profunda, às crianças de aspeto normal, com ligeiros défices cognitivos, que se traduzem essencialmente em problemas comportamentais e de aprendizagem.

O álcool é de todas as substâncias psicoativas a mais utilizada pelos adolescentes e jovens superando o tabaco e as substâncias ilícitas, no nosso país, na Europa e até no mundo, e a mais comumente utilizada sob a forma de abuso (Balsa et al., 2013; ESPAD, 2004; Feijão & Lavado, 2012; NIAAA, 2005; WHO, 2007).

O consumo de álcool por menores de idade constitui um grave problema de saúde pública pelas diversas consequências a curto, a médio e a longo prazo. Na União Europeia, estima-se que um em cada quatro mortes, entre os rapazes de idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos de idade, e um em cada 10 mortes de raparigas estão associadas ao consumo de álcool (acidentes viação, homicídio, violência, etc.) (European Commission, 2006). No ano de 1999, o álcool foi responsável por mais de 55 000 mortes de jovens entre os 15 e os 29 anos de idade (WHO, 2004).

As causas de morte que mais afetam os jovens em Portugal são as causas violentas, cuja expressão é mais acentuada na faixa etária dos 15-19 anos e dos 20-24 anos (DGS, 2005). Das principais causas de morte registadas nos diversos grupos etários, entre 1990 e 2004, cerca de metade estão relacionadas com causas suscetíveis de serem evitadas, especificamente as causas externas.

O consumo de álcool durante a adolescência traduz-se no encontro do jovem em desenvolvimento com um produto com efeitos nocivos, num contexto situacional incentivador e promotor dos consumos, não só pela permissividade familiar e social ao consumo de álcool, como também pela publicidade que é feita às bebidas alcoólicas, tantas vezes dirigida aos adolescentes e, ainda, pelas ofertas promocionais às bebidas alcoólicas que se realizam nos bares, discotecas e outros contextos de diversão noturna.

A este propósito, salienta-se a recente alteração ao decreto-lei que estabelece o regime de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em

locais abertos ao público (Decreto-Lei n.º 50/2013, DR 1.ª série, N.º 74 — 16 de abril de 2013), e que inclui a distinção na idade mínima legal de acesso em função dos tipos de bebidas alcoólicas, permitindo a manutenção do acesso a partir dos 16 anos de idade a todas as bebidas excetuando as bebidas espirituosas ou equiparadas, que fica restrito até os indivíduos completarem os 18 anos de idade. Esta diferenciação, em função do tipo de bebida, não tem fundamento epidemiológico nem científico. A título de direito comparado, a grande maioria dos países da Europa, apresentam idade mínima legal para o consumo de álcool de qualquer tipo de bebidas alcoólicas os 18 anos ou mais.

O consumo de bebidas alcoólicas envolve o consumo de qualquer bebida alcoólica: vinho, cerveja ou bebidas espirituosas. O sistema biológico do jovem não está suficientemente maduro para proceder à degradação do álcool, pelo que o seu consumo lhe provoca danos cerebrais e défices neurocognitivos com implicações para a aprendizagem e o desenvolvimento intelectual (Zeigler et al., 2005). De acordo com a evidência científica, o início precoce de consumo de álcool está associado a comportamentos-problema atuais e futuros, incluindo violência relacionada com o álcool, acidentes, condução sob o efeito de álcool, absentismo na escola; envolvimento em comportamentos sexuais de risco, aumento do risco para o uso de outras substâncias e posterior abuso de álcool (Grant & Dawson, 1997; Gruber et al., 1996; Hingson, Heeren, Levenson, Jamanka, & Voas 2002; Hingson, Heeren, Winter, & Wechsler 2005; Hingson & Howland, 2002; Komro & Toomey, 2002).

O encontro do adolescente em plena etapa de desenvolvimento físico e psicológico com o álcool pode constituir por si só um comportamento de risco. Como é sabido, durante esta fase ocorrem múltiplas mudanças no organismo, incluído rápidas alterações hormonais e a formação de novas sinapses no cérebro que são cruciais para o desenvolvimento (McAnarney, 2008; McQueeney et al., 2009). Vários estudos longitudinais que analisam o desenvolvimento do cérebro em crianças e adolescentes através das imagens de ressonância magnética, indicam que a substância cinzenta aumenta de volume até ao início da adolescência e vai diminuindo até à velhice; o volume da massa branca (mielinização dos neurónios) continua a aumentar durante a adolescência (McAnarney, 2008; Giedd, 2008).

A exposição do cérebro ao álcool durante aquele período do ciclo vital poderá interromper processos chave de desenvolvimento cerebral com implicações imediatas e futuras (McQueeney et al., 2009; NIAAA, 2005; Spear, 2002).

Assim sendo, a exposição inadequada ao álcool por parte dos adolescentes pode comprometer o seu desenvolvimento tanto ao nível biológico, interrompendo ou prejudicando a sua maturação, como ao nível psicossocial, envolvendo os adolescentes em situações relacionais e comportamentais com consequências imprevisíveis.

Programas de Prevenção

As intervenções preventivas organizam-se em dois grandes domínios: da procura, com vista à diminuição do consumo, e da oferta, com vista à diminuição da disponibilidade no mercado e acessibilidade da substância.

No domínio da oferta, as estratégias integram medidas de controlo e de diminuição da acessibilidade à substância. Vários estudos indicam que quando os preços das bebidas alcoólicas e a idade mínima legal de compra das mesmas aumentam, diminui o consumo de álcool assim como os problemas relacionados com o mesmo, principalmente entre os jovens (Chaloupka, Grossman, & Saffer, 2002; Grube & Nygaard, 2001; Hingson et al., 2005; Pentz, Bonnie, & Spoplan, 1996; Toomey, Rosenfeld, & Wagenaar, 1996; Wagenar & Toomey, 2002).

No que concerne à prevenção orientada para a procura, esta centra-se na pessoa ou grupo de pessoas. Através de intervenções dirigidas à sua capacitação/*empowerment*, em particular dos adolescentes e jovens, implicando um processo de trabalho em que o profissional de saúde assume um papel de catalisador do desenvolvimento pessoal e social dos indivíduos, sendo habitualmente organizadas no formato de intervenções de educação para a saúde (Matos, 2005).

A evidência demonstra que as abordagens mais efetivas no que diz respeito ao controlo dos problemas ligados ao álcool devem combinar ambos os eixos: programas interventivos baseados na evidência para a redução da procura e as medidas restritivas da acessibilidade, designadamente de aumento dos preços das bebidas alcoólicas, de controlo do consumo de álcool por menores e/ou antes da idade mínima legal e durante a condução de veículos, e ainda, as estratégias de regulação da publicidade às bebidas alcoólicas (DHS, 2008; WHO, 2002, 2004, 2007).

A promoção para a saúde contemporânea procura integrar para além das atividades educativas, esforços de mudanças políticas e organizacionais, que integram as diferentes perspetivas de abordagem dos problemas de saúde pública (Glanz, 1999). Esta abordagem, denominada de ecológica, assenta em dois aspetos fundamentais: em primeiro lugar, o comportamento é visto como um duplo movimento de afetar e ser afetado pelos vários níveis de influência e, em segundo lugar, é elencada a possibilidade de “relação causal recíproca” entre os indivíduos e os contextos onde se inserem (Glanz, 1999).

Este modelo ecológico foi inicialmente proposto por Bronfenbrenner (1979) e posteriormente defendido por McLeroy et al. (1988) para o contexto da promoção da saúde. Os mesmos autores identificam cinco níveis de influência para as condições e comportamentos de saúde: 1) fatores intrapessoais ou individuais que integram as

características pessoais e que influenciam o comportamento, tal como o conhecimento, atitudes, expectativas, crenças e traços da personalidade; 2) fatores interpessoais relacionados com os processos interpessoais e pequenos grupos, nomeadamente a família, os grupos de pares; 3) fatores organizacionais ou institucionais que incluem as regras, os regulamentos que restringem ou promovem determinados comportamentos; 4) fatores comunitários que integram as redes sociais, relações entre organizações e instituições e grupos informais; e 5) os fatores políticos relacionados com as leis e políticas (McLeroy et al., 1988).

Para além de reconhecer os múltiplos níveis de influência no comportamento, o modelo ecológico contempla níveis de fatores que podem influenciar simultaneamente e em graus diferentes os comportamentos das pessoas (Glanz, 1999).

A intensa investigação das últimas décadas mostrou que o consumo de álcool e o alcoolismo são influenciados por um largo espectro de fatores pessoais e do ambiente, que são considerados em interação e adquirem particular relevância durante a infância e a adolescência. Com base nesta perspetiva, o modelo que melhor permite a compreensão deste fenómeno é o modelo ecológico, por se considerarem os fatores individuais, ambientais, as ocorrências de vida, oferecendo ainda uma perspetiva abrangente tendo em conta não só os fatores de risco mas também os fatores protetores. Torna-se, deste modo, possível uma análise detalhada de cada caso na sua fase do ciclo vital e mantém-se suficientemente flexível para incorporar novas evidências empíricas (Bergeron & Simoneau, 2000).

Este modelo representa o consumo de substâncias como um fenómeno global, em que os diversos fatores de risco biológicos, psicológicos e sociais, são componentes integrantes e também se prevêem os fatores protetores. Adicionalmente, incorpora ambas as variáveis do nível individual da pessoa, relativas à própria substância e ao meio micro e macro social (Diez & Peirats, 1999).

Refere-se a uma perspetiva que reflete a vantagem das intervenções em múltiplos níveis e componentes; por exemplo, os adolescentes poderão adiar mais facilmente o início do consumo de álcool se este comportamento for percebido como não-normativo entre os pares e se as leis que proíbem a venda e o consumo nos menores de idade existirem e forem cumpridas (Barroso, 2012).

Como salienta Coie et al. (1993), as intervenções na área da saúde devem centrar-se nos determinantes, nos mediadores e nas consequências dos comportamentos dos indivíduos. À perspetiva ecológica, estes autores adicionam uma orientação desenvolvimental, pois para além das relações recíprocas entre o ambiente e o indivíduo, consideram também o desenvolvimento psicossocial das populações às quais se dirige.

Prevenção em contexto escolar

A implementação dos programas preventivos pode ocorrer em múltiplos contextos dependendo da população à qual se dirigem, nomeadamente o contexto escolar, laboral, familiar e comunitário.

O contexto escolar, devido à escolaridade obrigatória, possibilita o acesso de uma forma organizada e por um longo período de tempo a um grande número de crianças e adolescentes nas idades de máximo risco para o início do consumo de substâncias. Constitui-se, assim, o contexto de eleição para o desenvolvimento de programas de prevenção, principalmente ao nível das intervenções universais, já que é possível aceder a quase todos os adolescentes, proporcionando a baixo custo um impacto importante (WHO, 2002).

A escola é considerada um dos principais agentes de sociabilização, juntamente com a família e os pares, por outro lado, nesta fase do processo de desenvolvimento, ainda é atribuída grande importância à intervenção dos agentes de educação (Alonso et al., 1996). Dentro das relações de suporte que se estabelecem nestas idades, as relações com os professores constituem uma importante fonte de proteção, não só em relação ao ajustamento escolar, mas também em relação ao bem-estar global (Simões, 2007).

No que diz respeito à organização da prevenção em contexto escolar, esta pode ser desenvolvida através da inclusão da educação para a saúde de forma transversal, nas diferentes disciplinas escolares ou, em alternativa, integrar os programas preventivos em unidades curriculares não-disciplinares.

Portugal integra, desde 1994, a Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde (RENEPS) que são definidas como a escola que “inclui a educação para a saúde no currículo e possui atividades de saúde escolar”, privilegiando a promoção da saúde e dos estilos de vida saudáveis, cujos processos de implementação devem ser assumidos pelos sectores da saúde e da educação podendo envolver outros parceiros institucionais (Ministério da Saúde, 2006).

Considerando o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e os Programas de Saúde Prioritários, o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) emite para o ano lectivo 2013/2014 orientações que vão no sentido da execução de atividades nas áreas da saúde individual e coletiva, com vista a promoção de estilos de vida saudáveis, designadamente Privilegiar os projetos de promoção da saúde em meio escolar que contribuam para a promoção da saúde mental e a melhoria dos determinantes em saúde, como a prevenção do início do consumo de tabaco e álcool, a educação sexual em meio escolar.

O Sistema Educativo Português, Lei nº46/86,14/10, tem como princípio que a educação deve contribuir para o desenvolvimento do educando através do pleno desenvolvimento da personalidade, da formação do carácter e da cidadania. No que concerne ao Currículo Nacional do Ensino Básico (CNEB), paralelamente às competências de carácter geral a desenvolver ao longo dos nove anos de escolaridade obrigatória, identifica como áreas prioritárias a educação para a saúde e, em particular, a educação alimentar, a educação sexual e a educação para a prevenção de situações de risco pessoal (Ministério da Educação, 2001).

Perspetivando as ações futuras a desenvolver no domínio da educação, prevenção e proteção da saúde dos jovens, o Programa Nacional de Saúde dos Jovens (PNSJ) sublinha a necessidade de “avaliar, dar continuidade, sustentação, maior rigor e harmonia às ações desenvolvidas” (DGS, 2006, p. 9).

Tomando em consideração os dados disponíveis sobre os vários indicadores de saúde relacionados com os adolescentes e jovens, o referido programa estabelece as linhas de ação prioritárias com vista à promoção da saúde e bem-estar dos jovens destacando como objetivos prioritários das políticas de saúde para este grupo populacional “contribuir para a evitação ou moderação do consumo de produtos geradores de habitação e dependência” (DGS, 2005, p. 16).

Apesar das orientações para a integração da prevenção nas escolas e das suas vantagens, em Portugal, esta é incipiente, pontual e dependente da sensibilidade singular dos professores e dos apoios que solicitam ao Centro de Saúde local ou outras entidades de saúde.

No que concerne à organização do sistema escolar, este tem sofrido nas últimas décadas amplas alterações, decorrentes, a maior parte das vezes, mais de mudanças políticas do que de processos avaliativos. Atualmente, ao nível da escolaridade obrigatória, o sistema educativo português apresenta um desenho curricular no 2º e 3º ciclos do ensino básico que integra áreas curriculares disciplinares e não-disciplinares.

A Formação Cívica é uma área curricular não-disciplinar que visa o “desenvolvimento da consciência cívica dos alunos como elemento fundamental no processo de formação de cidadãos responsáveis, críticos, ativos e intervenientes, com recurso nomeadamente ao intercâmbio de experiências vividas pelos alunos e à sua participação individual e coletiva na vida da turma, da escola e da comunidade” (Dec. Lei n.º6/2001, capítulo II, artigo 5º, ponto 3 c). Nesta perspetiva, considera-se que esta unidade curricular não-disciplinar poderá ser o espaço adequada para a integração curricular de intervenções de educação para a saúde.

Todavia, em Portugal, este tipo de intervenções em contexto escolar “têm pouca expressividade” e as razões apontadas pelos professores dizem respeito aos “obstáculos

de natureza social (pais e complexidade do problema), didática (programas e manuais escolares) e técnica (falta de formação)” (Gonçalves, 2008, p. 10).

Das evidências à construção de um programa de prevenção do uso/abuso de álcool

De acordo com a Teoria da Aprendizagem Social, o consumo de substâncias é concebido como um comportamento funcional, socialmente aprendido, resultante da interação entre os fatores sociais e pessoais. O comportamento de consumo de substâncias é aprendido através de um processo de modelação, imitação e reforço e, também, é influenciado pelas cognições, expectativas e crenças pessoais acerca das mesmas (Bandura, 1986). Estes fatores, em combinação com os défices nas competências pessoais e sociais, conduzem a um aumento da vulnerabilidade às influências sociais para o consumo de substâncias (Perry & Kelder, 1992).

Os resultados sugerem que os programas de influência social e os multi-componentes são os mais promissores quanto à sua eficácia atribuindo ainda importância à componente dos conhecimentos, devido à sua eficácia na mudança da percepção do risco. Embora esta componente por si só não seja suficiente para a eficácia dos programas, a sua grande maioria integra-a. O autor salienta ainda outros importantes fatores implicados no sucesso dos programas, nomeadamente o treino e a experiência prévia dos formadores e a fidelidade da sua implementação (Hansen, 1992).

Quanto à análise dos métodos de implementação dos programas, Hansen (1992) concluiu que os programas interativos mostravam ser mais eficazes que os não-interativos, em diferentes contextos escolares.

No mesmo sentido, Tobler (2000) considera que a eficácia dos programas interativos está associada com o processo de grupo, visto que este proporciona ao adolescente um espaço para experimentar com segurança novas regras, para procurar novas alternativas de abordagem na resolução de problemas com os quais se pode deparar no dia-a-dia e ainda para receber feedback dos pares acerca do nível de execução e/ou das habilidades adquiridas.

Quanto à análise de outros indicadores relacionados com o processo de implementação, como por exemplo a adesão dos professores envolvidos, Tobler (2000) encontrou vários estudos em que se identifica a lecionação incompleta de alguns dos conteúdos programáticos. As razões apontadas pelos professores relativas a este incumprimento estão associadas à insegurança e desconforto na realização de determinadas metodologias ativas, nomeadamente o *role-play* e no desenvolvimento de determinadas componentes (Tobler, 2000).

No sentido de minimizar tais efeitos, em concordância com Dielman (1994), considera-se necessário a formação e a preparação dos profissionais envolvidos, assim como a monitorização contínua ao longo do processo de implementação. Este ponto de vista é reforçado por Tobler (2000), em que a autora faz referência à capacidade do formador, destacando as suas competências relacionais para desenvolver metodologias interativas e a sua experiência. Curiosamente, a mesma autora destaca aquelas capacidades em profissionais da área da saúde mental, referindo que estes são os formadores mais bem-sucedidos neste tipo de programas.

Entre as diferentes características dos formadores, Tobler (2000) apresenta como essenciais as seguintes (Figura 1):

Organizado
Animado
Articulado
Pouco autoritário
Entusiástico
Confiante
Sabe conduzir discussões socráticas
Processa a capacidade de tolerar e conduzir discussões abertas
Tolera a ambivalência
Estimula o diálogo
Honesto, aberto
Afetuoso, compreensivo
São capazes de alternar entre “instruir” e “facilitar”
Funcionam como “guias” ou “mentores”
Conseguem focar-se nas experiências e percepções dos jovens

Figura 1. Características dos formadores bem-sucedidos. Adaptado de “Lessons learned,” de N. Tobler, 2000, *Journal of Primary Prevention*, 20(4), 270.

Ainda sobre os fatores relacionados com a eficácia dos programas, destaca-se a intensidade dos mesmos. Por exemplo, Tobler et al. (2000) verificaram que os programas mais intensos, em média de 16 horas, mostraram ser significativamente mais eficazes que os menos intensos, em média 6 horas.

Alguns indicadores de sucesso/insucesso dos programas analisados pelo mesmo autor são apresentados na Figura 2, que se segue.

O que funciona	O que não funciona
Conteúdo: conhecimento	
Efeitos a curto prazo	Omissão das consequências a curto prazo
Consequências para a saúde a longo prazo do uso de substâncias	
Conteúdo: atitudes sobre o consumo de substâncias	
Feedback dos inquéritos escolares do consumo de substâncias pelos pares	Omissões das percepções do consumo de substâncias pelos pares
Análise das influências sociais e dos media que promovem atitudes favoráveis ao consumo de substâncias	Omissão das influências dos media em atitudes favoráveis às substâncias
Ajuste da percepção do uso universal de substâncias pelos pares	Problemático é a tomada de decisão ética / moral Problemático é ensinar valores
Conteúdo: Recusa de substâncias baseada em competências interpessoais	
Competências de recusa de substâncias	Omissão das competências interpessoais em particular as competências de recusa
Assertividade	
Competências de segurança (por exemplo, formas de intervir em situações de consumo/ condução)	
Conteúdo: competências intrapessoais	
Competências de <i>Coping</i>	Problemático é o foco ser unicamente interpessoal
Técnicas redução do Stress	Problemático é realizar unicamente exercícios de construção da auto-estima
Tomada - Decisão / resolução de problemas	
Desenvolvimento	
Todos envolvidos activamente	Participação Passiva
Participação entre pares	Palestras
<i>Role-plays</i> que são gerados pelos estudantes	Discussões da turma centradas no Professor
Comentários de apoio dos pares	Sessões de diálogo não-estruturado
Treino de competências de recusa de substâncias	Técnicas eficazes de gestão da sala de aula sem um programa de acompanhamento
Tempo suficiente de prática	
Modelação pelos pares do comportamento adequado	
Desenvolver actividades adequadas para promover a aproximação entre os adolescentes mais novo	

Figura 2. Síntese dos indicadores de sucesso/insucesso dos programas de prevenção do uso/abuso de substâncias. Adaptado de “Lessons learned,” de N. Tobler, 2000, *Journal of Primary Prevention*, 20(4), p.267.

Para além dos contributos decorrentes das meta-análises apresentadas, procurou-se ainda analisar os princípios subjacentes à construção dos programas de prevenção definidos por algumas organizações internacionais de reconhecida relevância neste domínio, especificamente, o National Institute on Drug Abuse (NIDA) que salienta os seguintes:

- Aumentar os fatores protetores e reverter os fatores de risco, centrando a intervenção nos fatores passíveis de ser alterados;
- Incluir todas as substâncias, isoladamente ou de forma combinada, incluindo o consumo de álcool;
- Ser dirigido à substância cujo consumo é um problema na comunidade em que se pretende intervir, integrando por isso os dados epidemiológicos locais;
- Ser desenhado especificamente para as realidades locais, tendo em conta os riscos específicos, a idade e o estágio de desenvolvimento, entre outras características;
- Ser dirigido à população em geral tendo em conta os pontos de transição chave, nomeadamente transições escolares;
- Combinar diversas abordagens preventivas, por exemplo abordagem familiar e escolar, pode ser mais eficaz;
- Ser desenvolvido a longo prazo, ao longo dos anos escolares com intervenções repetidas para reforçar as metas preventivas originais, devendo incluir sessões de reforço;
- Utilizar metodologias interativas;
- Efetuar a avaliação dos programas.

(NIDA, 2003).

Ainda relativamente aos princípios orientadores, o Center for Substance Abuse Prevention (CSAP) é também uma importante referência para a identificação das “boas” práticas de prevenção neste domínio. Decorrente da análise dos resultados relativos aos programas de prevenção do uso/abuso de substâncias apresentados pelo CSAP (1997) destaca-se a evidência, repetidamente documentada, de que a perceção dos adolescentes acerca dos benefícios e dos riscos do álcool está correlacionada com o início do consumo; o consumo dos pais e as atitudes favoráveis ao consumo de álcool estão associados ao consumo, às atitudes e às expectativas dos adolescentes e, ainda, a importância do treino de competências sociais na eficácia dos programas. Realça-se, igualmente, a manutenção dos programas, através da integração de sessões de reforço.

Na mesma perspectiva, o CSAP (2001) sugere as seguintes linhas orientadoras a ter em conta no contexto escolar:

- Evitar confiar unicamente em intervenções baseadas no conhecimento, quando desenhadas para proporcionar informação sobre as consequências negativas do consumo;
- Corrigir as perceções erróneas acerca da prevalência do consumo em conjugação com outras abordagens educacionais;
- Envolver os estudantes em atividades de interação com os pares;
- Proporcionar aos estudantes oportunidades para praticar as competências adquiridas através de abordagens interativas;
- Ajudar os estudantes a reter as competências adquiridas através de sessões de reforço;
- Envolver os pais nas atividades desenvolvidas na escola;
- Estabelecer compromissos para a prevenção do uso/abuso de substâncias no sistema educativo.

A monitorização europeia dos assuntos relacionados com as substâncias de adição é realizada pelo European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Num estudo de análise dos programas de prevenção escolar desenvolvidos nos países da união europeia, Burkhart e Crusella (2002) identificaram 62 programas provenientes de 14 países, dos quais 53 foram submetidos à análise por se referirem a programas preventivos de abordagem escolar. Esta análise não incluiu os dados inerentes à avaliação dos resultados, uma vez que a maioria dos programas ainda não tinha sido avaliada. A grande parte dos programas analisados tinha como objetivo geral a redução do uso e abuso de substâncias e a redução dos riscos associados com o seu consumo. No que concerne aos objetivos específicos, os mesmos autores identificaram seis componentes:

- Aumentar informação/sensibilização sobre como reconhecer e agir perante um problema relacionado com o consumo de substâncias e riscos associados;
- Desenvolver competências pessoais e sociais no sentido de resistir à pressão dos outros;
- Oferecer alternativas ao uso de substâncias (desporto, cultura, arte, etc);
- Implementar medidas normativas e estruturais (políticas e regulamentos acerca das substâncias na escola);
- Promover estilos de vida saudáveis (promoção da saúde);
- Envolver a comunidade, nomeadamente professores, famílias e outros parceiros e a criação de redes locais (Burkhart & Crusella, 2002).

Entre aquelas diferentes componentes, as que predominam são: o desenvolvimento de competências sociais (em 27 programas de 11 países) e a informação/sensibilização (em 17 programas de 12 países).

Burkhart e Crusella (2002) sublinham ainda que a integração de diferentes componentes, refletindo as diversas concepções teóricas, favorece o sucesso dos programas. Contudo, os autores não apresentam nenhuma orientação específica acerca das componentes que devem integrar nos programas de prevenção.

Em suma, os mesmos autores salientam a importância da necessidade de um modelo conceptual subjacente à intervenção, de uma proposta baseada nas evidências, com objetivos e respetivos indicadores de modo a que possam ser avaliados os seus efeitos, e ainda, referem a escassez de estudos europeus com estas qualidades.

Os estilos de vida atuais, nomeadamente dos adolescentes, vieram aumentar a complexidade dos problemas de saúde e a natureza das intervenções direcionadas à sua prevenção. Responder a nível da prevenção primária é um desafio e um imperativo para os profissionais de enfermagem em qualquer contexto de intervenção.

Neste sentido, colocam-se grandes desafios com vista à concretização plena do potencial biológico e psicossocial dos indivíduos durante esta fase do ciclo de vida.

No âmbito dos cuidados de saúde primários, as intervenções de enfermagem integram a promoção da saúde e a prevenção da doença evidenciando-se, entre outras, as intervenções de educação para a saúde (EpS) dirigidas aos indivíduos, famílias e comunidades.

Quando as intervenções de enfermagem visam a promoção e/ou a prevenção de comportamentos relacionados com a saúde em particular nos adolescentes, estas são otimizadas se for considerado como alvo do processo de cuidados o adolescente e/ou adolescentes em contexto escolar.

Meleis e Trangenstein (1994) sublinham que facilitar as transições constitui um importante foco da intervenção da enfermagem. Na adolescência, este centrar-se-á na promoção de comportamentos saudáveis e na prevenção de comportamentos de risco com vista à facilitação da transição deste estágio de desenvolvimental.

Também Rodrigues et al. (2005), na análise da especificidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da Educação para a Saúde (EpS), sublinham que o seu principal foco são os comportamentos de saúde. Estes, por sua vez, podem ser definidos, em sentido lato, como qualquer atividade desenvolvida por um indivíduo independentemente do seu estado de saúde atual ou percebido, com o objetivo de: promover, proteger ou manter a saúde; quer esses comportamentos sejam ou não adequados para esse fim.

O desenvolvimento de intervenções é facilitado pela integração dos contributos teóricos com o objetivo de favorecer a compreensão dos determinantes da saúde e doença, pela avaliação das necessidades das populações, pela adequação da abordagem à promoção da saúde (forças e fraquezas), pelo planeamento dos programas e pela sua avaliação (McDowall et al., 2007).

As intervenções de enfermagem ao integrarem os pressupostos de promoção da saúde e os desafios emergentes à saúde devem ser fundamentadas na evidência científica, não podendo afastar-se da noção de interdisciplinaridade e complexidade, já que estas têm subjacente mudanças nos comportamentos e estilos de vida do indivíduo, família e/ou grupos e, em última análise, nas políticas de saúde. A disciplina de enfermagem alicerça-se no conhecimento das respostas aos processos de vida e às situações de saúde/doença vivenciadas pelas pessoas em cada etapa do seu ciclo vital (Decreto-Lei n.º 104, 1998; Decreto-Lei n.º 161, 1996). Ora, é necessária uma ampla base científica que considere a complexidade inerente à promoção da saúde, integrando outras contribuições disciplinares e profissionais. Na realidade não há respostas simples para os complexos fenómenos humanos (Rodrigues, Pereira, & Barroso 2005).

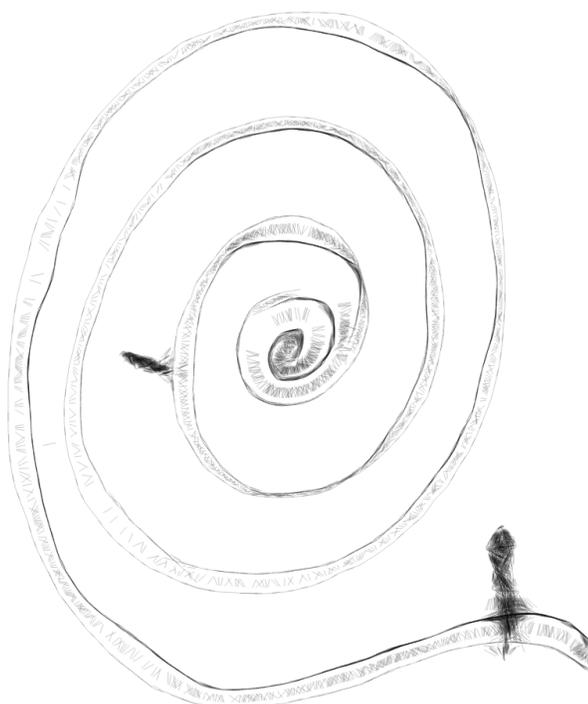
Neste quadro, é necessário que as intervenções de Educação para a Saúde sejam baseadas na evidência científica e aferidas para o contexto a que se destinam e, desenvolvidas por profissionais com conhecimentos próprios no domínio específico da área de intervenção, para os quais concorrem os sectores da educação e da saúde (Rodrigues et al., 2005; McDowall et al., 2007). A integração dos programas de educação para a saúde nos currícula do ensino básico e secundário depende, entre outros fatores, da acessibilidade aos recursos materiais e humanos especializados, nomeadamente peritos na área de saúde, neste caso concreto, no domínio da prevenção do uso/abuso de álcool.

Embora os investigadores expressem consenso na importância do desenvolvimento de programas que se apresentem como relevantes e significativos para os adolescentes, existe apenas uma pequena referência sobre como esta tarefa deve ser empreendida da melhor forma (WHO, 2002).

Os resultados do estudo de revisão sistemática de Barroso, Mendes, e Barbosa (2006), que analisa quais os programas de prevenção eficazes na redução do consumo de álcool, mostraram a existência de uma grande diversidade nos programas de intervenção, dificultando o estabelecimento de um padrão comparativo que permitisse, com clareza, realçar as relações entre variáveis que melhor contribuem para a eficácia das intervenções. Contudo, a maioria dos programas de intervenção para prevenção de uso/abuso de álcool dirigidos aos adolescentes em meio escolar revelou ser eficaz, mesmo que por vezes com uma ação limitada.

O conhecimento atual indica que o consumo de álcool é um problema complexo onde interatuam múltiplos fatores que propiciam a iniciação e a manutenção do consumo, nomeadamente os fatores cognitivos, atitudinais, sociais, da personalidade, farmacológicos e de desenvolvimento. Por outro lado, desconhece-se o peso relativo de cada um destes fatores, uma vez que a investigação já realizada não permite retirar conclusões a este respeito.

Atendendo à complexidade etiológica do consumo de álcool e ao poder cumulativo daquelas componentes-chave cuja valorização tem diferido em diferentes programas de prevenção Barroso, Mendes, e Barbosa (2013) conceberam e avaliaram um programa de prevenção do uso/abuso de álcool (U/AA) dirigido a adolescentes em contexto escolar, que integra várias componentes identificadas como relevantes na tomada de decisões seguras em relação ao consumo de álcool.



Neslihan Karalök

A integração de todos os contributos supra mencionados possibilitou a construção de um modelo organizador do programa de intervenção “Parar para Pensar” que se apresenta na Figura 3:

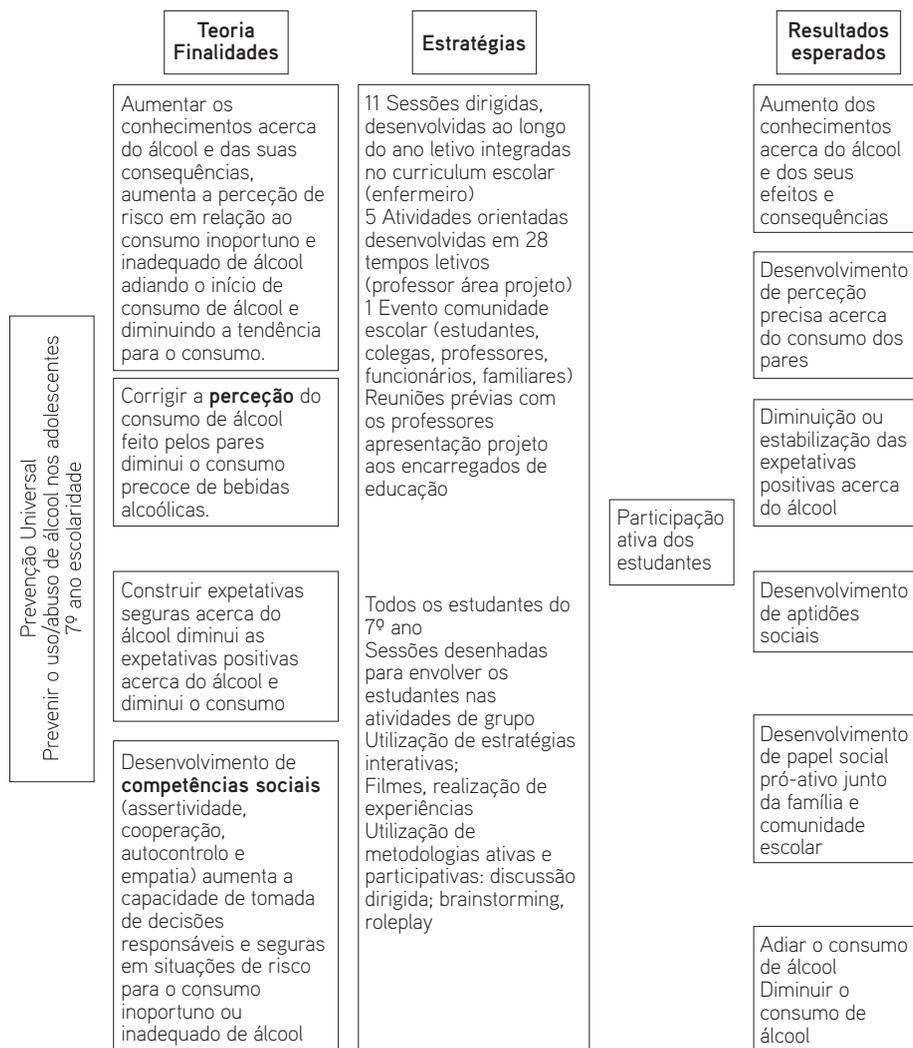


Figura 3. Modelo organizador do programa de intervenção “Parar para Pensar”. Adaptado de “Parar para pensar: Intervenção em contexto escolar para a prevenção do uso/abuso de álcool,” de T. Barroso, 2012, Loures, Lusociência, p.127.

O programa de prevenção “Para para Pensar” (PpP), integra as seguintes componentes: conhecimentos acerca do álcool, expectativas acerca do álcool, aptidões sociais e percepção acerca do consumo pelos pares, cujos conteúdos se desenvolvem de uma forma integrada nas várias sessões. Estruturalmente, o programa inclui dois tipos de intervenções, as Sessões Dirigidas e as Atividades Orientadas.

As Sessões Dirigidas são intervenções específicas, concebidas de acordo com o enquadramento teórico e planeadas com metodologias interativas em função dos objetivos específicos. O programa integra 11 sessões que são desenvolvidas pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Mental ao longo do ano letivo. As Atividades Orientadas são intervenções complementares àquelas sessões e têm como objetivo consolidar os conteúdos desenvolvidos nas sessões dirigidas respetivas. O programa integra cinco atividades orientadas desenvolvidas em aulas intercaladas com as sessões anteriormente descritas. Estas intervenções são desenvolvidas pelo professor responsável da unidade curricular não-disciplinar com base num guião estruturado.

À luz das orientações preconizadas, selecionaram-se preferencialmente as metodologias ativas e interativas, nomeadamente *role-play*, chuva de ideias, discussão dirigida, jogos interativos, debates e outras, a maioria das atividades desenvolvidas é centrada nos estudantes e muitas atividades são desenvolvidas em grupo.

O programa de intervenção PpP inclui intervenções de natureza diversa, envolvendo com efeito, metodologias diferentes, que compreendem intervenções educativas cuja finalidade é a aquisição de conhecimentos acerca do álcool, e o *desafio* das expectativas acerca do álcool e a correção da percepção errónea acerca do consumo pelos pares. Envolve ainda o desenvolvimento de experiências interativas, especificando: distribuição do álcool no organismo em função do sexo; quantidade de álcool nos copos padrão, e diversas atividades para exploração e análise das técnicas de marketing usadas para a publicidade das bebidas alcoólicas, em particular a análise e discussão do spot publicitário, de forma a validar os conteúdos programáticos. No que concerne, ao desenvolvimento de competências pessoais e sociais, o programa integra um conjunto de intervenções, nomeadamente a demonstração de habilidades de tomada de decisão e de resolução de problemas, no sentido da aquisição de competências para identificar, analisar, interpretar e resistir às influências sociais para o consumo de bebidas alcoólicas. Neste domínio, valorizam-se a aprendizagem de competências de gestão de *stress*, ensinando aos jovens habilidades de *coping* para lidar com a ansiedade e a frustração, e o desenvolvimento de competências sociais básicas (comunicação, iniciação de interações sociais, conversação, assertividade verbal e não-verbal).

A avaliação do programa integra a avaliação do processo e dos resultados, baseada na utilização de alguns instrumentos específicos que se encontram descritos e publicados

(Barroso, Mendes, & Barbosa, 2009). A avaliação da eficácia do programa é medida através de instrumentos específicos adaptados à população alvo, antes e após a sua implementação (Barroso et al., 2013).

O PNRCA (2013-2020) preconiza que, na adolescência, os programas tenham um carácter preventivo, promovendo as competências socioemocionais, e dando especial relevo ao contexto familiar. Neste contexto, o Programa de prevenção uso/abuso de álcool, designado “Parar para Pensar”, foi construído com base na evidência científica e aferido para contexto escolar específico, tendo sido sujeito a um processo de avaliação do seu efeito. É apresentado, como um exemplo de boa prática, reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros em 2010, cujo seu manual de procedimentos e estudo de validação se encontra publicado (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências).

Referências Bibliográficas

- Ahlstrom, S., Bloomfield, K., & Knibbe, R. (2001). Gender differences in drinking patterns in nine European countries: Descriptive findings. *Substance Abuse*, 22, 69-85.
- Alonso, D., Freijo, E., & Freijo, A. (1996). *La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe: A public health perspective*. London: Institute of Alcohol Studies. Retirado de http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm.
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2013). III Inquérito ao consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa 2012 (Relatório preliminar). Retirado de http://www.idt.pt/PT/Noticias/Documents/2013/Relatorio%20Preliminar_06052013.pdf
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Barroso, T. (2012). *Parar para pensar: Intervenção em contexto escolar para a prevenção do uso/abuso de álcool*. Loures, Lusociência.
- Barroso, T., Barbosa, A., & Mendes, A. (2006). Programas de prevenção do consumo de álcool em jovens estudantes – Revisão sistemática. *Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde*, 2(3), 33-44.
- Barroso, T., Mendes, A., & Barbosa, A. (2009). Analysis of the alcohol consumption phenomenon among adolescents: study carried out with adolescents in intermediate public education. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 17(3), 347-353.
- Barroso, T., Mendes, A., & Barbosa, A. (2013). Programa de prevenção do uso/abuso de álcool para adolescentes em contexto escolar: parar para pensar. *Esc Anna Nery*, 17(3), 466-473.

- Becoña, I. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid: Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado.
- Bergeron, J., & Simoneau, H. (2000). An etiologic model of alcoholism from a developmental ecological perspective. *Substance Use & Misuse*, 35(10), 1329-1368.
- Bonomo, Y., Bowes, G., Coffey, C., Carlin, J., & Patton, G. (2004). Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: a cohort study over seven years. *Addiction*, 99(12), 1520-1528.
- Brito, N., Santos, E., Fernandes, B., & Borges, L. (2006). O síndrome fetal alcoólico e efeitos fetais do álcool. *Saúde Infantil*, 28(1), 11-18.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: HUP.
- Burkhart, G., Crusella, L. (2002). EDDRA analysis school prevention - 1 comparison of school-based prevention programmes In Europe an analysis of the EDDRA (exchange on drug demand reduction action). Disponível em <http://www.www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples>.
- Caetano, R., Cunradi, C. (2002). Alcohol dependence: A public health perspective. *Addiction*, 97, 633-645.
- Chaloupka, F., Grossman, M., & Saffer, H. (2002). Effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. *Alcohol Research and Health*, 26(1), 22-34.
- Coie, J., Watt, N.F., West, S.G., Hawkins, J.D., Asarnow, J.R., Markman, H.J., ...Long, B. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48(10), 1013-1022.
- CSAP - Center for Substance Abuse Prevention (1997). Selected findings in prevention: A decade of results from the Center for Substance Abuse Prevention. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- CSAP - Center for Substance Abuse Prevention (2001). Principles of substance abuse prevention guide to science: Based practices. Division of Knowledge Development and Evaluation, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Retirado de <http://prevention.samhsa.gov/>.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte W, Samdal, O., & Rasmussen, V.B. (2004). Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen: WHO. Retirado de http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0008/110231/e82923.
- Decreto-lei n.º 104 de 21 de Abril de 1998. Diário da República n.º 93, I-Série-A. Ministério da Saúde. Lisboa. Portugal.
- Decreto-Lei n.º 161 de 4 de Setembro de 1996. Diário da República n.º 205, I-Série-A. Ministério da Saúde. Lisboa. Portugal.

- DGS - Direção Geral de Saúde (2005). *Saúde dos jovens em Portugal: Elementos de caracterização 2005*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.
- DHS (2008). *Binge Drinking and Europe*. Hamm: DHS.
- Dielman, T. (1994). School-based research on the prevention of adolescent alcohol use and misuse: Methodological issues and advances. *Journal of Research in Adolescence*, 4(2), 271-293
- Diez, J., & Peirats, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescência um modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Plano Nacional sobre Drogas.
- Direção Geral de Saúde (DGS) (2006). *Saúde dos jovens em Portugal: Elementos de caracterização*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.
- ESPAD (2004). The 2003 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries. Disponível em <http://espad.org>.
- ESPAD (2009). The 2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries. Disponível em <http://espad.org>.
- European Commission (EC) (2006). *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions - An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Feijão, F., & Lavado, E. (2012). Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas – ECATD 2011. Retirado de http://www.idt.pt/PT/ComunicacaoSocial/ComunicadosImprensa/Documents/ECATD_ESPAD_PortugaL16NovResultados.pdf.
- Giedd, J. (2008). The ten brain: Insights from neuroimaging. *Journal of Adolescent Health*, 42, 335-343.
- Glanz, K. (1999). Teoria num relance: Um guia para a prática da promoção da saúde. In Sardinha, L., Matos, M., & Loureiro, L. (Eds). (1999). *Promoção da saúde: Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana. p. 9-57.
- Gonçalves, A. (2008). *Álcool, tabaco e outras drogas: concepções de professores e alunos do ensino básico e secundário e análise de programas e manuais escolares*. Minho: Universidade do Minho. Tese de Doutoramento.
- Grant, B., & Dawson, D. (1997). Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiology Survey. *Journal Substance Abuse*, 9, 103-110.
- Grube, J., & Nygaard, P. (2001). Adolescents drinking and alcohol policy. *Contemporary Drug Problems*, 28(1), 87-132
- Gruber, E., DiClemente, R., Anderson, M., & Lodico, M. (1996). Early drinking onset and its association with alcohol use and problem behavior in late adolescent. *Preventive Medicine*, 25(3), 293-300.
- Hansen, W. (1992). School-based substance abuse prevention: A review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Education Research, Theory & Practice*, 7(3), 403-430.

- Hawkins, J., Catalano, R., & Miller, J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105.
- Hawkins, J., Graham, J., Maguin, E., Abbott, R., Hill, K., & Catalano, R. (1997). Exploring the effects of age of alcohol use initiation and psychosocial risk factors on subsequent alcohol misuse. *Journal Studies Alcoholism*, 58(3), 280-290
- Hingson, R., Heeren, T., Winter, M., & Wechsler, H. (2005). Magnitude of alcohol-related mortality and mobility among U.S college students ages 18-24: Changes from 1998 to 2001. *Annual Review of Public Health*, 26, 259-279.
- Hingson, R., Heeren, T., Levenson, S., Jamanka, A., & Voas, R. (2002) Age of drinking onset, driving after drinking and involvement in alcohol related motor vehicle crashes. *Accid Anal Prev*, 34(1), 85-92.
- Hingson, R., & Howland, J. (2002). Comprehensive community interventions to promote health: implications for college-age drinking problems. *Journal of Studies on Alcohol*, 14, 226-240.
- Jacobson, J., & Jacobson, S. (2002). Effects of prenatal alcohol exposure on child development. *Alcohol Research and Health*, 26(4), 282-286.
- Komro, K., & Toomey, T. (2002). Strategies to prevent underage drinking. *Alcohol Research & Health*, 26(1), 5-14.
- Lewinsohn, P., Rohde, P., & Seeley, J. (1996). Alcohol consumption in high school adolescents: frequency of use and dimensional structure of associated problems. *Addiction*, 91(3), 375-390.
- Matos, M. (2005). Adolescência, psicologia da saúde e saúde pública. In MATOS, M. (Ed) (2005). Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola. 3.ª ed. Lisboa: Faculdade da Motricidade Humana. p. 15-26.
- McAnarney, E. (2008). Editorial: Adolescent Brain Development-Forging New Links?. *Journal of Adolescent Health*, 42(4), 321-323.
- McBride, N., Midford, R., & Farringdon, F. (2000). Comprehensive Review. Alcohol harm reduction education in schools: planning a efficacy study in Australia. *Drug and Alcohol Review*, 19, 83-93.
- McDowall, W., Bonell, C., & Davies, M. (Eds). (2007). *Health Promotion Practice*. London: McGraw-Hill.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15, 351-377.
- McQueeny, T., Schweinsburg, B. C., Schweinsburg, A. D., Jacobus, J., Bava, S., Frank, L. R., & Tapert, S. F. (2009). Adolescent binge drinking may compromise the brain's white matter, necessary for information relay. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 33(7), 1278-1285. doi: 10.1111/j.1530-0277.2009.00953.x
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259.

- Ministério da Educação (2001). Currículo Nacional do Ensino Básico. Disponível em <http://www.dgic.min-edu.pt/ensinobasico/index.php?s=directorio&pid=2>.
- Ministério da Saúde (2006). *Plano Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde
- Ministério da Saúde (2013). Decreto-Lei.º 50/2013, DR1.ª série, N.º 74 — 16 de abril de 2013, p.2203-2206. Disponível em <http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=dr&cap=1-1200&doc=20130719&v02=&v01=2&v03=1900-01-01&v04=3000-12-21&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11=%27Decreto-Lei%27&v12=50/2013&v13=&v14=&v15=&sort=0&submit=Pesquisar>
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2003). Preventing drug use among children and adolescents: a research-based guide. 2.ª ed. Bethesda, MD: NIDA. Disponível em <http://165.112.78.61/DrugPages/Prevention.html>.
- NIAAA - National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2003). *Understanding alcohol: investigations into biology and Behavior*. Rockville, MD: NIAAA.
- Pentz, M., Bonnie, R., & Spoplan, D. (1996). Integrating supply and demand reduction strategies for drug abuse prevention. *American Behavioral Scientist*, 39, 897-910.
- Perry, C., & Kelder, S. (1992). Models for effective prevention. *Journal of Adolescent Health*, 13, 355-363
- Pitkänen, T., Lyyra, A., & Pulkkinen, L. (2005). Age of onset of drinking and the use of alcohol in adulthood: a follow-up study from age 8–42 for females and males. *Addiction*, 100(5), 652-661.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013). Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências (2013-2020). Lisboa, Portugal: SICAD.
- Ramstedt, M. (2007). Population drinking and the liver cirrhosis mortality: Is there a link in eastern Europe?. *Addiction*, 102(8), 1212-1223.
- Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.
- Sanders B., & Baily, S. (1993). Alcohol and young people: minimizing the harm. *Drug and Alcohol Review*, 12, 81-90.
- Satre, D., & Knight, B. (2001). Alcohol expectancies and their relationship to alcohol use: age and sex differences. *Aging & Mental Health*, 5(1), 73-83.
- Simões, M. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Spear, L. (2002). Adolescent brain and the college drinker: Biological basis of propensity to use and misuse alcohol. *Journal Studies on Alcohol*, 14, 71-81.
- Tobler, N. (2000). Lessons learned. *Journal of primary prevention*, 20(4), 261-274.
- Tobler, N., Roona, M., Ochshorn, P., Marshall, D., Streke, A., & Stackpole, K. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *The Journal of Primary Prevention*, 20(4), 275-336.

- Toomey, T., Rosenfeld, C., & Wagenaar, A. (1996). The minimum legal drinking age: History, effectiveness, and ongoing debate. *Alcohol Health & Research World*, 20, 213-218.
- Vicary, J., & Karshin, C. (2002). College alcohol abuse: a review of the problems, issues, and prevention approaches. *Journal of Primary Prevention*, 22(3), 299-330.
- Wagenaar, A., Toomey, T. (2002). Effects of minimum drinking age laws: review and analyses of the literature from 1960 to 2000. *Journal of Studies on Alcohol*, 14, 206-225.
- Wells, J., Horwood, L., & Fergusson, D. (2004). Drinking patterns in mid- adolescence and psychosocial outcomes in late adolescence and early adulthood. *Addiction*, 99, 1529-1541.
- WHO (2002). *Prevention of psychoactive substance use, A Selected Review of What Work in the area of prevention*. Genève: World Health Organization.
- WHO (2004). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Genève: WHO.
- Wilsnack, R., Vogeltanz, N., & Wilsnack, S. (2000). Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. *Addiction*, 95(2), 251-65.
- World Health Organization (2004). *Global status report on alcohol 2004*. Genève: Department of Mental Health and Substance Abuse.
- World Health Organization (WHO) (2007). *WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption*. WHO Technical Report Series. Genève: WHO, 2007. Disponível em http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol_trs944.pdf
- Zeigler, D. W., Wang, C. C., Yoast, R. A., Dickinson, B. D., McCaffree, M. A., Robinowitz, C. B., ... Council on Scientific Affairs, American Medical Association. (2005). The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. *Preventive Medicine*, 40(1), 23-32.

CAPÍTULO VII

LITERACIA EM *E-HEALTH*: DO CONCEITO E MODELOS CONCEPTUAIS À SUA MENSURAÇÃO E APLICABILIDADES

RICARDO OLIVEIRA FERREIRA
AIDA MARIA DE OLIVEIRA CRUZ MENDES
LUÍS MANUEL DE JESUS LOUREIRO

Introdução

A procura de informação de saúde usando as ferramentas que a Internet coloca à disposição dos cidadãos tem sido denominada de *e-Health*¹. A facilidade de acesso, rapidez e quantidade de informação que a Internet disponibiliza tem o potencial de quebrar barreiras no acesso à saúde e de capacitar as pessoas para serem agentes ativos na adoção de comportamentos saudáveis, bem como de tratamento e/ou recuperação. Contudo, as mesmas características positivas da Internet – facilidade de acesso, rapidez e quantidade de informação – só são verdadeiramente úteis e benéficas se os cidadãos estiverem capacitados para selecionar, compreender e validar a informação disponível. Isto é, se possuírem níveis de Literacia em *e-Health* (LeH) adequados.

A importância da *e-Health* e da LeH é cada vez mais evidente, na medida em que a Internet é atualmente a forma mais comum para obter não só informação em geral mas também por que é muito utilizada como estratégia de busca sobre saúde, nomeadamente para apoio à decisão sobre a ida aos serviços, bem como forma de preparação para as consultas médicas (Taylor & Leitman, 2001; Andreassen et al., 2007; Vaart, Deursen, Drossaert, Taal, Dijk, & Laar, 2011).

Não é hoje possível ignorar uma mudança de paradigma, que, através dos avanços tecnológicos e da melhoria na cultura e literacia da população, permite apostar em modelos

1 Por vezes traduzido por “eSaúde” ou “Saúde em linha”. Optamos por deixar o conceito original, tal como está universalizado. Não existindo consenso entre “*e-Health*” ou “*eHealth*”, optamos pela primeira forma.

de autogestão da doença. “Cada vez mais é possível dotar as pessoas do conhecimento, meios de comunicação e meios de diagnóstico (de utilização em casa) que permitem uma maior autonomia na prevenção e no controlo da doença crónica” (Deloitte, 2011, p. 76).

A *e-Health* tem, desta forma, sido vista como uma ferramenta importante para reduzir a discriminação no acesso (ou falta dele) à informação e oferecer respostas rápidas a questões que afetam a saúde pessoal e comunitária, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2004, 2005). Apesar disso, a LeH tem recebido pouca atenção quando comparada com a literacia em saúde no geral (Bodie & Dutta, 2008). Em Portugal, no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, salienta-se que as tecnologias de informação em saúde e a *e-Health* são um eixo estratégico para a cidadania em saúde, pelo que é incentivada a realização estudos sobre literacia e comportamentos dos cidadãos (Direção Geral de Saúde [DGS], 2012).

Contudo, apesar dos esforços desenvolvidos em termos de políticas de saúde para reduzir as disparidades na saúde da população, a evidência tem demonstrado que estas têm aumentado, sobretudo quando se analisam com base no nível de literacia das pessoas (Bodie & Dutta, 2008). O aumento desta disparidade tem tendência a agravar-se nos próximos anos devido, em parte, à contínua e crescente dependência de tecnologias baseadas na Internet para divulgar informações e serviços de saúde (Bodie & Dutta, 2008). O problema é tanto mais grave quanto se sabe, através de diversos estudos, que a baixa literacia no que se refere à saúde se relaciona com uma maior taxa de mortalidade, maior taxa de hospitalização e com uma menor capacidade de autogestão na doença crónica (Mitchell, Sadikova, Jack, & Paasche-Orlow, 2012).

Por tudo isto, é importante que os profissionais de saúde, de todas as áreas de cuidado e de todas as classes profissionais, não esquecendo os profissionais de gestão, tenham presente esta problemática quando planeiam os cuidados a prestar e a forma de os disseminar.

Neste capítulo, apresenta-se a génese do conceito de LeH, os seus modelos conceptuais, instrumentos ou formas de avaliação e diferentes utilizações e implicações para o estabelecimento de planos de intervenção. Focaremos em especial as implicações para os mais jovens (adolescentes e estudantes universitários) e para os mais velhos, bem como para as pessoas com doença crónica e/ou doença mental.

I. A GÉNESE DA LITERACIA EM *E-HEALTH*

A associação do conceito de literacia ao de *e-Health* surge entre o final da década de 90 e o início do novo século e deve-se aos estudos de dois psicólogos Canadianos: Harvey Skinner e Cameron Norman (Norman, 2011; Norman & Skinner, 2006a, 2006b). Nos

seus trabalhos, que se podem designar de pioneiros, estudavam-se as ligações entre a mudança de comportamentos, o desenvolvimento organizacional e as Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs). Estes estudos (Norman, Maley, Li, & Skinner, 2008; Norman & Skinner, 2007; Skinner, Biscope, Poland, & Goldberg, 2003; Skinner, Maley, & Norman, 2006; Skinner, Maley, Smith, & Morrison, 2001) envolviam sobretudo jovens – estudantes e trabalhadores –, centrando-se na prevenção e cessação de comportamentos aditivos (tabaco, álcool ou jogo). A escolha deste estrato populacional – jovens com cerca de 25 anos – por estes dois investigadores deve-se ao facto de, por essa altura, estes serem os mais prolíficos e criativos utilizadores das TICs. Desta forma, para além dos benefícios diretos e indiretos para a saúde dos sujeitos participantes, Skinner e Norman pretendiam estudar o conjunto de competências que uma pessoa necessita ter para, não apenas aceder mas, essencialmente, conseguir integrar e beneficiar do que veio a ficar conhecido como *e-Health* (Norman, 2011). Em suma, o conceito de LeH resultou da constatação repetida por parte destes dois investigadores, de uma notória lacuna entre a utilização absoluta da tecnologia pelos consumidores e a utilização em termos práticos da informação resultante do uso desta tecnologia para a resolução de problemas no dia-a-dia (Norman, 2011).

Considerando que a definição de literacia se apresenta já bem explanada nos primeiros capítulos desta série monográfica, não a iremos repetir aqui. Assim, abordaremos de seguida apenas a definição de *e-Health*, sem contudo deixar de a relacionar com a de literacia em saúde.

Como é habitual no que diz respeito a definições, também para a *e-Health* é difícil escolher uma. O termo tornou-se num neologismo aceite por todos apesar da falta de uma definição clara ou precisa e, tal como na maioria dos neologismos, a definição precisa varia de acordo com o contexto em que é usado (Oh, Rizo, Enkin, & Jadad, 2005).

Num editorial do *Journal of Medical Internet Research*², datado de 2001 e intitulado *What is e-Health*, Gunther Eysenbach, com alguma ironia, começa por dizer que “Everybody talks about ehealth these days, but few people have come up with a clear definition of this comparatively new term”³ (Eysenbach, 2001, p.1). O termo, raramente usado antes de 1999, passou em pouco tempo a *cliché*. Era então utilizado para caracterizar não apenas medicina na internet, como também virtualmente tudo o que se relacionasse com computadores e medicina. Na senda de termos como *e-commerce*, *e-business* ou

2 Revista especializada, cuja consulta se recomenda para atualização de conhecimentos nesta temática.

3 Tradução livre dos autores: “Toda a gente fala sobre *e-Health* nestes dias, mas poucas pessoas facultaram um definição clara deste termo relativamente novo”

e-solutions, o termo *e-Health/eHealth* terá sido primeiramente utilizado pelos líderes da indústria e marketing, numa tentativa de transportar as promessas e promoção do *e-commerce* para a saúde. Só depois terá sido transposto para o meio académico e literatura científica. Para Kwankam (2004), a *e-Health* situa-se na intersecção entre a informática médica, a saúde pública e o sector empresarial.

Poucos anos mais tarde, em 2005, entendendo que se mantinha a carência de uma definição clara, que dificultava a comunicação entre as diferentes partes interessadas (consumidores, instituições académicas, grupos profissionais, organizações de financiamento), Oh et al. (2005) desenvolveram uma revisão sistemática da literatura para analisar as definições de *e-Health* existentes. Identificaram 51 definições diferentes, cuja análise qualitativa resultou numa gama de temáticas, sem obtenção de consenso sobre o seu significado. Apesar disso, identificaram dois temas universais (saúde e tecnologia) e outros seis temas menos gerais.

Apesar do debate suscitado à época, a respeito da definição académica do termo, Eysenbach definiu-o da seguinte forma:

“eHealth is an emerging field in the intersection of medical informatics, public health and business, referring to health services and information delivered or enhanced through the Internet and related technologies. In a broader sense, the term characterizes not only a technical development, but also a state of mind, a way of thinking, an attitude, and a commitment for networked, global thinking, to improve health care locally, regionally, and worldwide by using information and communication technology.” (Eysenbach, 2001, p. 2)⁴

Considerando as particularidades do tema *saúde* este autor realça que, neste âmbito se deverá considerar outros atributos, todos eles começados pelo *e*, que neste caso não significará apenas *eletrónico*, mas também: *efficiency* (eficiência); *enhancing quality of care* (melhoria da qualidade de cuidados); *evidence based* (baseado na evidência); *empowerment* (empoderamento) dos consumidores e doentes; *encouragement* (encorajamento) de uma nova relação entre doentes e profissionais de saúde; *education* (educação) da comunidade médica; *enabling* (permitir) troca de informação e a comunicação; *extending* (estender/alargar) o foco do cuidado de saúde; *ethics* (ética); *equity* (equidade) (Eysenbach, 2001). Deste modo a definição proposta por este autor

4 Tradução livre dos autores: “a *e-Health* é um campo emergente da intersecção da informática médica, da saúde pública e dos negócios, referindo-se a serviços de saúde e informação disponibilizada e realçada através da Internet e das tecnologias com ela relacionadas. Num sentido mais amplo, o termo caracteriza não só um desenvolvimento técnico, mas também um estado-de-espírito, uma forma de pensar, uma atitude, e um compromisso para trabalho em rede e pensamento global com vista à melhoria dos cuidados de saúde a nível local, regional e mundial, através do uso das tecnologias da informação e da comunicação.”

traz em si já algumas das preocupações abordadas pela LeH, considerando que a definição mais citada de LeH é a que foi proposta por Norman e Skinner (2006b, p.1), apresentando-a como “(...) the ability to seek, find, understand, and appraise health information from electronic sources and apply the knowledge gained to addressing or solving a health problem”⁵.

No documento de trabalho do Plano Nacional de Saúde 2011-2016 especificamente dedicado às Tecnologias da Informação e Comunicação os autores consideram que:

“Genericamente, a *e-Health* pretende contribuir para o estabelecimento de um novo modo de relacionamento entre o cidadão e os profissionais de saúde, assente na partilha das decisões e da informação. No entanto, longo e urgente é o caminho nessa direcção, pois para tal ser realidade, importa disponibilizar, por meios electrónicos fidedignos, de qualidade e seguros, informação científica relevante, bem como, os registos pessoais de saúde dos cidadãos.” (Espanha & Fonseca, 2010, p.4)

Nós acrescentaríamos que o caminho passa também pela promoção da literacia em Saúde e em *e-Health* da população. Antes de abordar estudos e programas que se centram nesta promoção, faremos uma resenha da importância da *e-Health*.

II. IMPORTÂNCIA DA *E-HEALTH* E A SITUAÇÃO PORTUGUESA

A Internet mudou decididamente a forma como obtemos informação, como interagimos com os outros e como nos entretemos.

Existem múltiplos motivos pelos quais as pessoas utilizaram a Internet (Papacharissi & Rubin, citado por Earnhardt, Earnhardt, & Rebecca, 2008). Os mais referidos são a procura de informação e o entretenimento. No artigo *European Citizens use of e-Health services: a study of seven countries*, foram avaliados os padrões de recurso à Internet por motivos de saúde, as suas consequências, e as expectativas dos cidadãos relativamente à prestação de cuidados de Saúde (Andreassen et al., 2007). Participaram 7934 pessoas, através de entrevista telefónica e Portugal foi um dos países estudados. Verificaram que, 44% de todos os inquiridos e 71% dos que eram utilizadores da Internet já a tinham usado para fins relacionados com a saúde.

5 Tradução livre dos autores: “(...) a capacidade para procurar, encontrar, compreender e avaliar informação de saúde através de fontes eletrónicas e aplicar o conhecimento obtido para abordar ou resolver um problema de saúde”

Destacaram-se como variáveis que afetavam positivamente o recurso à Internet os seguintes: ser jovem, ter nível superior de educação, ser caucasiano, desempregado, ter sido consultado pelo médico de família no último ano, ser portador de doença crónica ou de incapacidade, e fazer uma avaliação subjetiva da própria saúde como boa. Verificou-se ainda que, de entre os utilizadores, as mulheres são as mais ativas na sua utilização (Andreassen et al., 2007).

A análise dos motivos é importante para esta temática, na medida em que os utilizadores que tipicamente acedem à Internet para pesquisar informação terão maior probabilidade de ser bem-sucedidos na realização de uma pesquisa na Internet do que aqueles que a utilizam mais por outros motivos (por ex. entretenimento) (Papacharissi & Rubin, citado por Earnhardt, Earnhardt, & Rubin, 2008), mas também porque essa pode ser uma informação importante tanto para melhor programar os recursos e conteúdos disponibilizados na Internet como para entender os problemas das pessoas no uso desta informação. De facto, de acordo com o estudo de Andreassen et al. (2007), uma em cada quatro pessoas utilizou a Internet para preparar uma consulta médica ou no seguimento da mesma. Verificou-se também que o sentimento de segurança após a consulta da Internet foi duas vezes mais frequente do que, no polo oposto, o aumento da ansiedade. Para vários autores, uma das grandes vantagens da *e-Health* é que a informação sobre saúde disponibilizada online é um importante meio na transmissão rápida e dinâmica de conhecimento, e preenche ou complementa as lacunas existentes na educação para a saúde desenvolvida pelos profissionais de saúde (Etchemendy et al., 2011; Gilmour, 2007; OMS, 2010).

De entre os sete países estudados por Andreassen et al. (2007), os que obtiveram menor percentagem de utilizadores de Internet foram a Grécia (42%), Portugal (49%), Letónia (43%) e a Polónia (43%), contrastando com a Dinamarca (81%) ou a Noruega (80%), os países com as percentagens mais elevadas. Considerando apenas a população utilizadora da Internet, as percentagens de utilização para fins de saúde variou entre 54% (Grécia) e 79% (Polónia), com Portugal a obter 62% (Andreassen et al., 2007).

Outros estudos, determinaram para os Estados Unidos da América percentagens de utilizadores para fins de saúde entre 56 e 79% (Cotten & Gupta, 2004; Fox, 2011; Hesse, 2005; Ybarra & Suman, citado por Andreassen et al., 2007). As diferenças verificadas ao nível da utilização em saúde, nomeadamente entre países do Norte e Sul da Europa são também discutidas por Andreassen et al. (2007), que apontam duas possíveis explicações. A primeira assenta nas diferenças culturais, tais como a preocupação com a saúde e a doença, conjuntamente com outros fatores como o número de websites acessíveis na língua nacional ou a qualidade e acessibilidade dos serviços de saúde. A segunda explicação é que os utilizadores dos países do sul serão sobretudo jovens utilizadores, cujo interesse em questões de saúde é menor do que na população geral.

Se assim for, os autores consideram que se pode assumir que as diferenças geográficas se irão dissipar dado que o acesso começa a ser mais igualitariamente distribuído nas populações nacionais (Andreassen et al., 2007)

Em Portugal, a utilização da Internet é ainda muito díspar. Num relatório bastante completo, Rita Espanha (2013) enuncia, com base em dados do projeto SER⁶, que a imagem de um utente informado é ainda muito ténue. A justificação está no facto de que 50% da população residente em Portugal não sabe utilizar a Internet ou precisa de ajuda para o fazer. A questão geracional é preponderante para este número, mas a ela associa-se, também, o nível educacional, os contextos profissionais e recursos financeiros (Espanha, 2013). Consta-se que é a partir dos 45 anos que as pessoas começam a “registar os maiores níveis de info-exclusão” (Espanha, 2013, p. 17).

Este fenómeno não é só Português. A investigação internacional também tem demonstrado que existe considerável variabilidade no uso da *e-Health*, dependendo de variáveis situacionais, históricas e pessoais, e que as disparidades de saúde podem ser agravadas por um cada vez maior fosso digital entre a população (Dutta-Bergman, citado por Bodie & Dutta, 2008). Este fosso ou divisão digital, designada internacionalmente por *Digital Divide*, tem sido amplamente debatido nos últimos anos (Bodie & Dutta, 2008; Fortney, Burgess, Bosworth, Booth, & Kaboli, 2011; Kreps, 2005; Liang, 2012; Neter & Brainin, 2012; Wang, Bennett, & Probst, 2011), identificada em populações de adultos mais velhos (Choi & DiNitto, 2013; Cresci & Jarosz, 2010; Cresci, Yarandi, & Morrell, 2010), e em áreas como a saúde mental (Ennis, Rose, Denis, Pandit, & Wykes, 2012; Kim & Kim, 2010).

Uma pesquisa do UK Office of Communications (OFCOM, 2009) sugere que os não utilizadores de Internet se podem dividir em duas categorias genéricas: os autoexcluídos e os excluídos de recursos. O primeiro grupo é mais substancial, constituindo-se por 42% de todos os que não possuem Internet em casa, principalmente idosos, com 61% a nunca ter usado um computador. Nestas situações não é a falta de competências ou poder económico a justificação, mas antes, a dificuldade em perceber os benefícios de ter Internet em casa (Coleman, Gibson, Hanson, Bobrowicz, & McKay, 2010). Para além da questão da idade, questiona-se ainda se os problemas de saúde mental não poderão ser também um fator de exclusão das pessoas pelas TIC (Ennis et al., 2012).

Em Portugal, a utilização desta ferramenta para obter informações tem vindo a

6 O projeto SER envolveu um “(...) inquérito aplicado a uma amostra representativa da população residente em Portugal continental em Dezembro de 2010 (808 indivíduos), o qual visa perceber o papel das TIC (tecnologias de informação e comunicação) nas práticas, representações e relação da população com a saúde.” (Espanha, 2013, p.16)

umentar. De acordo com Espanha (2013) em quatro anos, 2006 a 2010, verificou-se um aumento em cerca de 5% do número de pessoas que já procurou ou pediu para procurar informações na Internet sobre temas relacionados com saúde, estética e bem-estar, situando-se agora nos 25,7%. Contrariamente ao verificado noutros estudos (Fox, 2011), em Portugal, a utilização da Internet para fins de saúde tende a ser sobre temas genéricos e não diretamente relacionados com doenças que as pessoas tenham ou suspeitem ter (Fox, 2011). Ou seja, pesquisa-se mais sobre *Saúde* do que sobre *Doença*. Ainda de acordo com Espanha (2013) dos temas mais pesquisados destacam-se os da área da *boa forma e exercício físico, nutrição e problemas alimentares, beleza e bem-estar*. Só depois aparecem pesquisas relacionadas com *doenças sexualmente transmissíveis, métodos anticoncepcionais e gravidez e toxicodependências*.

A utilização da *e-Health* pode trazer consideráveis benefícios económicos e este é um factor importante a considerar uma vez que a atualidade mostra, de forma cada vez mais inequívoca, que o financiamento de um sistema de saúde sustentável é um dos maiores desafios impostos aos governantes em todo o mundo (Audibert, Mathonnat, & Roodenbeke, 2003; Hurst, 2000; OMS, 2008a, 2010). Os constrangimentos económicos e as políticas de equilíbrio financeiro dos países levam à diminuição do pendor social dos sistemas de saúde e, por vezes, os cuidados às pessoas com menos recursos económicos, ou portadoras de doenças crónicas, não estão garantidos. Neste contexto, a tecnologia permite uma mudança no acesso aos cuidados de saúde através da telemedicina, ao baixar os custos, encurtando distâncias e facilitando o acesso a todos os cidadãos (Berger, 2010; OMS, 2010). Estes constrangimentos podem originar, sobretudo, diminuição dos comportamentos de prevenção por parte de pessoas com menos recursos económicos, ou mesmo a não garantia de cuidados para os doentes crónicos (Berger, 2010; OMS, 2010).

III. IMPLICAÇÕES DA *E-HEALTH* NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

A evidência torna claro o enorme potencial das intervenções em *e-Health* para a promoção da saúde e suporte dos doentes, famílias e comunidade. As implicações são sobretudo ao nível do envolvimento do consumidor na monitorização e gestão da sua saúde bem como na sua capacidade de decisão e adesão terapêutica (*empowerment*) (Chan, Matthews, & Kaufman, 2009; Espanha & Fonseca, 2010; Mars & Scott, 2010), com marcada melhoria da comunicação entre profissionais, utentes e investigadores (Akerkar & Bichile, 2004; Anderson, Rainey, & Eysenbach, 2003; Eysenbach, 2001, 2008; Friedewald, 2000), não sendo de desprezar o interesse a nível económico (Ahern, 2007; Data Angel Policy Research Incorporated, 2009; Eysenbach, 2001).

Está ainda bem descrita a relação entre a baixa literacia e os resultados e custos em saúde. Por exemplo, num estudo que envolveu 703 indivíduos nos Estados Unidos da América (EUA), Mitchell et al. (2012) examinaram a associação entre a literacia em saúde e o reinternamento ou ida à urgência nos 30 dias pós-alta, numa rede hospitalar urbana. Verificaram que uma reduzida literacia em saúde é um fator de risco significativo, independente e modificável para a reutilização dos serviços de saúde 30 dias após alta.

Há ainda que considerar que são múltiplas as tecnologias atualmente disponíveis para promover a comunicação entre profissionais de saúde e utilizadores que “transportam” a relação para além do face-a-face do contexto clínico. Essas tecnologias digitais vão desde os telemóveis, *smartphones*, mensagens de texto, e-mails, vídeo interativo de base clínica, *webcams* a partir de casa, dispositivos de monitorização pessoal, quiosques digitais, sistemas de registos de saúde pessoais, portais baseados na web, sites de redes sociais, chats seguros e fóruns on-line (Fortney, Burgess, Bosworth, Booth, & Kaboli, 2011). Esta diversidade de formas de acesso permite diminuir drasticamente problemas de acesso ao nível geográfico, temporal e cultural que muitas pessoas enfrentam na vertente “tradicional” (Fortney et al., 2011; Mars & Scott, 2010).

De entre as várias tecnologias, uma das que mais tem evoluído são os *smartphones* que pela sua portabilidade permitem o acesso rápido a referências e ferramentas/aplicações (calculadoras em saúde, índices terapêuticos, bases de dados, câmara fotográfica, etc.) que, até agora, não estavam facilmente acessíveis, ou seja, podem ajudar os profissionais de saúde nas suas tarefas diárias (Waytt & Krauskopf, 2012). Além de serem úteis para os profissionais durante a sua prática, estes são sobretudo úteis para colocar ao serviço dos doentes. Neste contexto, os enfermeiros podem ensinar as pessoas a registar e monitorizar alguns aspetos da sua saúde, como a pressão arterial, a glicemia, a atividade da doença, a dor, entre muitas outras. As TIC e as aplicações de *e-Health* encontram-se em constante evolução e inovação. Assim, acompanhar este desenvolvimento e colocá-lo ao seu serviço ou mesmo, desenvolvê-lo, impõe-se como um grande desafio para os profissionais de saúde.

O desafio é sem dúvida grande, tanto que vários estudos tornam evidente que muitas tecnologias de *e-Health* não são bem-sucedidas e sustentáveis na área da saúde. Uma das razões apontadas por van Gemert-Pijnen et al. (2011) para esse relativo insucesso, é que o desenvolvimento das tecnologias de *e-Health* ignora, muitas vezes, as interdependências entre a tecnologia, as características humanas e o ambiente socioeconómico. Para superar este obstáculo, os autores sugerem uma abordagem holística para o desenvolvimento de tecnologias de saúde em linha. Esta deve ter em conta a complexidade dos cuidados de saúde, bem como os rituais e os hábitos dos doentes e outras partes interessadas, como os seus familiares. Os autores apontam ainda outra causa para o suposto baixo impacto de tecnologias de *e-Health*: a posição relegada

ou periférica dos utilizadores, já que muitas vezes as tecnologias são desenvolvidas sem o envolvimento dos seus consumidores finais (Gemert-Pijnen et al., 2011).

Por outro lado, é importante não esquecer que o grande valor da *e-Health* está em muito dependente da literacia em saúde e, assim, outro desafio enorme que os responsáveis pela saúde enfrentam atualmente é o desenvolvimento de programas eficazes para promover a melhoria dos níveis de Literacia em Saúde da população, criando mensagens de saúde adequadas aos níveis de literacia em saúde de cada segmento-alvo (Bodie & Dutta, 2008).

Está assim patente que a *e-Health* acarreta tanto vantagens como limitações/desvantagens. Moreira e Pestana (2012) sistematizam as vantagens da *e-Health*, em especial das comunidades virtuais em: quebra do isolamento, maior literacia em saúde, partilha de experiências, solidariedade e cidadania, anonimato, disponibilidade 24/24h e 7/7 dias, apoio emocional, fluidez e rapidez na divulgação de informação, maior abrangência/chegar a mais pessoas, identificação com pares. Como inconvenientes e limitações, estes autores referem: adição, informações incorretas, despersonalização, credibilidade duvidosa, fosso digital, moderação inadequada e fraca utilidade percebida.

Relativamente à qualidade da informação – ou falta dela – disponível na Internet Eysenbach e Diepgen (1998) sugeriram que classificar a informação na Internet poderia traduzir-se em maior capacitação (*empower*) dos utilizadores para a tomada de decisão. Esta classificação, com recurso a uma lista de vocabulário validada, passaria por vários “filtros”: os próprios autores web em combinação com um sistema sistemático de revisão crítica de informações em saúde realizada pelos utilizadores e por terceiros. De acordo com os autores, tecnologias de classificação e filtração de informação como as PICS (*platform for Internet content selection*) poderiam facultar aos profissionais e utilizadores classificações para ajudar a separar informação com valor de duvidosa. Além disso, os profissionais de saúde, as sociedades médicas e associações poderiam realizar uma revisão crítica desta informação e atuar como serviços descentralizados de classificação. Uma forma adicional de melhorar o sistema de classificação seria utilizar indicadores *cibermétricos* indiretos da qualidade dos artigos, determinada por programas de computador complementados por revisão humana.

Esta sugestão de *etiquetagem* da qualidade da informação online foi alvo de crítica (Whatling, 1999) e consequente debate (Coiera, 1998; Eysenbach, 1999), nomeadamente sobre a subvalorização das capacidades dos utilizadores para avaliar a informação ou sobre o papel dos médicos nesta catalogação de qualidade. Eysenbach (1999, p. 386) considera mesmo que os “physicians have the duty to guide patients through the information jungle”⁷.

7 Tradução livre dos autores: “(...)os médicos têm o dever de orientar os doentes através da selva da informação”

A qualidade da informação não é, contudo, a única desvantagem apontada à *e-Health*, sendo também bastante referida a influência na relação entre profissional de saúde e doente/utilizador. Neste âmbito, Dedding, van Doorn, Winkler, e Reis (2011) propõem, com base numa revisão sistemática da literatura, cinco efeitos principais dos sites de saúde na Internet: 1) podem ser ou tornarem-se substitutos das consultas face-a-face; 2) podem ser um suplemento para as atuais formas de cuidar; 3) podem criar condições favoráveis para o fortalecimento da participação do doente; 4) podem causar distúrbios nas relações; 5) e/ou podem forçar ou requerer uma participação mais intensa por parte do doente.

No que diz respeito ao primeiro efeito citado, de acordo com Espanha (2013), não há nenhum dado que aponte que a Internet esteja a substituir os tradicionais canais de aprendizagem dominados pelos profissionais de saúde e pelos familiares/amigos mais próximos. Deste modo, a sua utilização deve ser vista como mais um recurso existente, mas ainda pouco explorado em relação a outras aprendizagens em saúde e assim é importante conhecer quais as vantagens e desvantagens percebidas da utilização da Internet no campo da saúde. Os argumentos a favor da *e-Health*, estão fundamentalmente a “Gratuidade e Acesso”; contra, está a “Desconfiança nos Conteúdos e Informação Contraditória” (Espanha, 2013). No que diz respeito à confiança nos conteúdos e, em relação a outras fontes de informação como a rádio, a televisão, as revistas e os jornais, a Internet representa valores mais baixos nas áreas da saúde, estética e bem-estar (Espanha, 2013).

Existem ainda outras soluções tecnológicas alternativas neste âmbito. Entre as que reúnem mais consenso, destaca-se o atendimento especializado por telefone e contactos por SMS (para avisar de consultas, tomas de medicamentos ou responder a dúvidas) (Espanha, 2013). Alguns projetos de estruturação de linhas de apoio telefónico dedicada a um apoio mais próximo começam também a ser implementados em termos de enfermagem, como por exemplo, o apoio à pessoa com doença crónica reumatológica (Ferreira, Marques, Mendes, & Silva, no prelo).

Outras desvantagens apontadas à *e-Health* prendem-se com questões éticas sobre os modos emergentes de interação entre os profissionais de saúde e o cidadão, assim como no que respeita aos limites da informação a disponibilizar aos cidadãos. Há também que ter em consideração a igualdade de acesso a estes recursos, pois aqueles que não são detentores de capacidade financeira, competências técnicas e cognitivas, acesso a computadores e a redes de comunicação, não podem partilhar este espaço de modo equitativo (Espanha & Fonseca, 2010).

Trata-se ainda do que Eysenbach (2007) designou por “lei da informação inversa”, o facto de o acesso à informação ser frequentemente mais difícil para aqueles que mais precisam dela. Este facto contribui, de igual modo, para o que ficou atrás designado de Divisão Digital.

Esta emergência das novas tecnologias ao serviço da saúde bem como as possíveis disparidades causadas no acesso por elas causadas levou a que Fortney et al. (2011) elaborassem um modelo que refletisse “a re-conceptualização do acesso aos cuidados de saúde no século XXI”. O modelo criado (Figura 1) engloba como dimensões básicas do acesso as seguintes: geográfica, temporal, financeira, cultural e digital. Ou seja, dimensões importantes para a saúde das pessoas, que englobam indiretamente a LeH.

Importa sublinhar que este modelo foi concebido especificamente para o *Department of Veterans Affairs (VA) healthcare system*⁸ uma vez que este sistema está na dianteira da implementação de novas tecnologias nos EUA. Para estes autores, o *acesso aos cuidados centrado no doente* na era digital define-se pela facilidade potencial de obter uma interação virtual ou face-a-face com um conjunto amplo de prestadores de cuidados de saúde, incluindo médicos, cuidadores, pares e aplicações informáticas. Esta definição contempla ainda duas sub-definições importantes: a) o acesso real aos cuidados representa as dimensões que são diretamente observáveis e objetivamente mensuráveis; b) o acesso percebido aos cuidados representa as dimensões que são auto-reportadas e subjetivas.

Como tal, assumem que o acesso percebido não é menos válido do que o real e que pode aliás ser um preditor mais forte da utilização do que o acesso real. Tal como representado na figura, a utilização, qualidade e os resultados obtidos irão influenciar a satisfação do utilizador com os cuidados. Como a satisfação com a utilização representa a capacidade do utilizador de obter o suficiente do tipo de serviços que prefere, ela irá também influenciar o seu acesso percebido aos cuidados.

8 Tradução livre dos autores: Departamento do Sistema de Saúde para os Assuntos dos Veteranos.

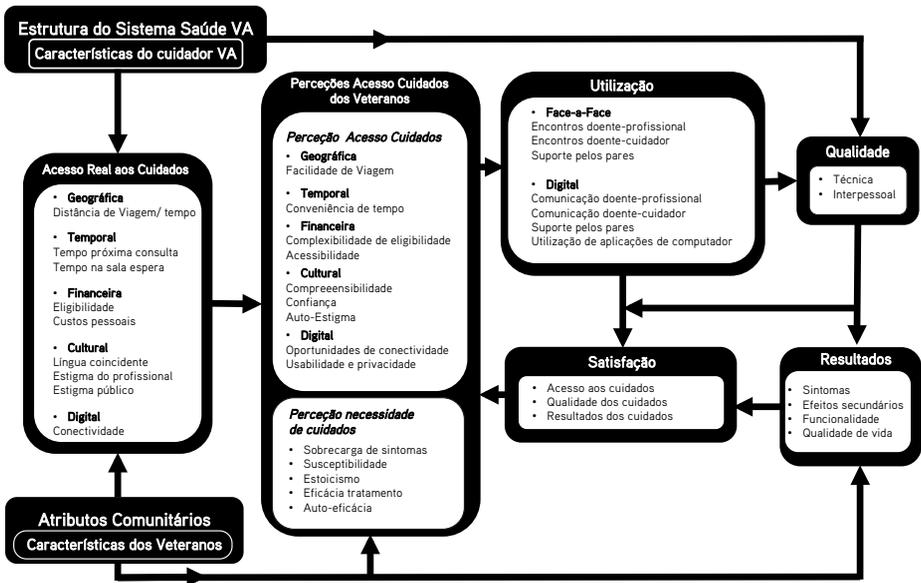


Figura 1. Conceptualização do acesso aos cuidados no Século XXI. Adaptado de “A re-conceptualization of access for 21st century healthcare”, de J. C. Fortney, J. F. Burgess, H. B. Bosworth, B. M. Booth e P. J. Kaboli, 2011, *J Gen Intern Med*, 26(Suppl 2), p. 642.

Para além de uma mais completa explicação deste modelo, especificamente no que concerne à interação entre *acesso real* e *acesso percebido* e às suas diferentes dimensões, este artigo apresenta uma tabela bastante elucidativa das características individuais, da comunidade, do prestador e do sistema de saúde que influenciam cada um dos cinco domínios de acesso atrás referidos.

IV. MODELOS DE LITERACIA EM E-HEALTH

A literacia em saúde, tal como foi definido anteriormente, diz respeito à capacidade das pessoas compreenderem, selecionarem e usarem de forma adequada a informação sobre a saúde disponível. Deste modo é um importante factor de capacitação para a adesão a comportamentos de saúde, à autonomia das pessoas na procura e decisão das escolhas de saúde e na autogestão dos processos terapêuticos. Assim, importa perceber o que explica a literacia em saúde e como está relacionada com os resultados de saúde.

Atualmente, há dois modelos conceptuais mais relevantes que facilitam a compreensão do fenómeno da LeH: o modelo do lírio de Norman e Skinner e o modelo integrativo de

Bodie e Dutta. Ainda que o Modelo do Lírio proposto por Norman e Skinner (2006b) seja claramente o mais reconhecido na literatura, o Modelo Integrativo da Utilização da *e-Health* da autoria de Bodie e Dutta (2008) e Bodie, Dutta, e Basu (2009) apresenta-se como complemento e atualização do primeiro.

Modelo do Lírio

O modelo do Lírio da Literacia em *e-Health* (Figura 2) baseia-se fundamentalmente na junção de dois modelos, com as competências que lhe estão associadas: um modelo de contexto específico e um modelo analítico. O primeiro inclui as Literacias em Saúde, Científica e em Computadores, enquanto o segundo é composto pelas Literacia Tradicional e Numérica, Literacia de Informação e Literacia de Media (Norman & Skinner, 2006b). A representação figurativa do modelo pretende significar as “pétalas” que alimentam o centro da flor ou pistilo (literacia em *e-Health*) que, por sua vez, sobrepondo-se a elas, mantém-nas unidas, fortalecendo o conjunto (Norman & Skinner, 2006b).

De acordo com Norman e Skinner (2006b) e Chan e Kaufman (2011), são componentes explicativos da literacia em saúde os seguintes:

- Literacia Tradicional e Numérica – este tipo de literacia é o de uso mais tradicional e engloba as competências que permitem falar e escrever uma linguagem coerentemente bem como a leitura e compreensão de textos escritos (Tyner, citado por Norman & Skinner, 2006b), as habilidades numéricas e a capacidade de interpretar, por exemplo, gráficos e tabelas (Chan & Kaufman, 2011). A sua importância é reforçada pelo facto de ainda ser o texto que domina a *World Wide Web*, apesar do potencial do som e imagem (Norman e Skinner, 2006b).
- Literacia de Informação - engloba as habilidades para identificar as necessidades de informação, de localizar, avaliar e utilizar/aplicar essa informação para criar e comunicar conhecimento (Chan & Kaufman, 2011). Uma pessoa com literacia de informação sabe como se organiza o conhecimento, como encontrar e usar a informação para que outras pessoas possam aprender com ela. Nessa sequência, sabe quais os recursos a consultar para encontrar informações sobre um tema específico, desenvolver estratégias de pesquisa adequadas, e filtrar os resultados para extrair os conhecimentos relevantes (Norman & Skinner, 2006b).
- Literacia em Media – reporta-se à capacidade de pensar criticamente o conteúdo dos órgãos de comunicação social, permitindo às pessoas considerar as informações à luz de um contexto social e político e de considerar questões como o mercado, as relações entre os media e o seu público, e como os media formam as mensagens transmitidas à sua medida (de acordo com os objetivos editoriais). O julgamento crítico sobre os conteúdos apresentados pelos media é central neste tipo de literacia (Norman e Skinner, 2006b).

- Literacia em Saúde – envolve as competências necessárias para interagir com o sistema de saúde e se envolver num processo adequado de autocuidado, incluindo capacidades básicas para realizar leituras e cálculos numéricos em ambientes de prestação de cuidados. Requer ainda a aquisição, avaliação e aplicação adequada das informações relevantes em saúde, para que os consumidores possam comunicar sobre saúde, utilizar os serviços e tomar decisões sobre a sua saúde.
- Literacia em Computadores - é a capacidade para conseguir resolver problemas com recurso aos computadores. Requer assim uma ampla gama de habilidades, como o conhecimento básico de utilização de um computador, como abrir uma janela do navegador ou participar em atividades de redes sociais. Apesar da ampla disseminação de computadores na nossa sociedade, é quase impossível existir literacia em computadores se não existir informação sobre a tecnologia atual. Por exemplo, os comandos usados num PC® são diferentes dos utilizados num MAC®, bem como também é diferente a interação com um ambiente Windows 98® ou Windows XP®. Assim, a literacia em computadores inclui a capacidade de a pessoa se adaptar a novas tecnologias e *softwares* para o acesso aos recursos em *e-Health*.
- Literacia científica – inclui a familiaridade com os conceitos básicos da biologia e/ou do método científico, bem como a capacidade de compreender, avaliar e interpretar resultados de investigação em saúde, usando o raciocínio científico adequado e identificando as suas limitações e oportunidades.

Este tipo de literacia é concebido como uma compreensão da natureza, objectivos, métodos, aplicações, limitações e políticas de criação do conhecimento de forma sistemática.

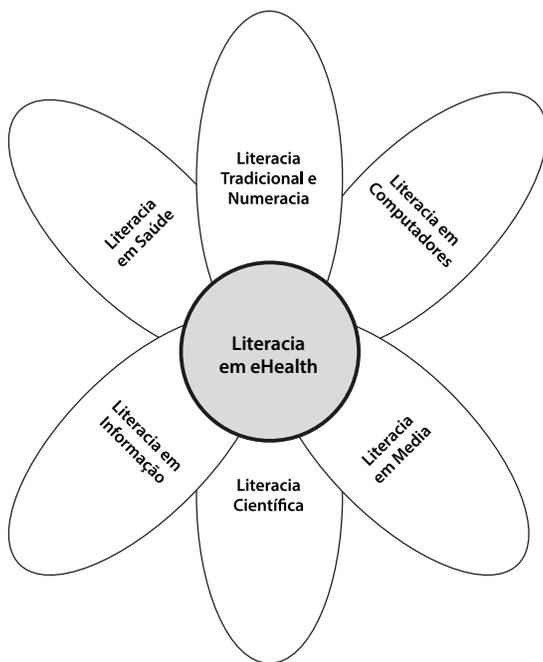


Figura 2. Modelo do Lírio da Literacia em *e-Health*. Adaptado de “*eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World*” de C. D. Norman e H. A. Skinner, 2006, *J Med Internet Res*, 8(2), p.8.

Para Chan e Kaufman (2011), embora este modelo de LeH não inclua todos os fatores que podem influenciar o uso do *e-Health* (por exemplo, o conhecimento das normas sociais e culturais envolvidos na participação em fóruns de discussão online), estão convictos que estes seis tipos de literacia incluem o conjunto básico de competências e domínios deste conhecimento específico.

Em suma, o recurso a *e-Health* supõe a existência de literacia em diversos domínios, dos quais a LeH é o seu núcleo central.

Modelo Integrativo da utilização da *e-Health*

Com o Modelo Integrativo da Utilização da *e-Health* Bodie e Dutta (2008) procuram integrar/adicionar à compreensão da forma como a *e-Health* é utilizada as disparidades que podem daí advir. O título do artigo no qual apresentam o modelo é revelador da

dimensão mais contextual que lhe é atribuída: “Understanding Health Literacy for Strategic Health Marketing: *eHealth* Literacy, Health Disparities, and the Digital Divide” (Bodie & Dutta, 2008). Os próprios autores deste modelo consideram o mesmo como uma extensão do modelo do lírio, argumentando que a LeH deverá ser vista como um conceito teórico, localizada dentro de uma estrutura contextual particular e utilizada para descrever as diferenças individuais dentro de domínios específicos da saúde (Bodie & Dutta, 2008; Bodie et al., 2009).

Bodie e Dutta (2008) salientam, entre outros aspetos referentes à literacia em saúde, a importância de a pessoa, para além da capacidade para obter informação, se considerar a motivação para a procurar e, ainda, a confiança e a competência para a utilizar da melhor maneira.

Como já se referiu, a divisão digital é um dos conceitos centrais à compreensão deste modelo. O conceito original de divisão digital dizia respeito a quem tinha ou não acesso ao mundo digital, algo que ultimamente já não se adequa plenamente na medida em que o acesso aos computadores e Internet tem aumentado bastante. O entendimento que Bodie e Dutta fazem do conceito é que este “ultimately, digital divide is a matter of who uses the Internet, for what purpose, under what circumstances, and how this use affects socio-economic cohesion, inclusion, alienation, and prosperity” (Chen & Wellman, citado por Bodie & Dutta, 2008, p. 184)⁹.

É sabido que o grande potencial da Internet neste âmbito é a possibilidade de disseminação da informação a franjas populacionais mais desfavorecidas economicamente, mais idosas, menos educadas e pertencentes a minorias. Contudo, aqui reside um motivo de preocupação, uma vez que a baixa literacia e baixa utilização de computadores é mais prevalente nestas populações constituindo-se numa barreira para a utilização da *e-Health*. Daí que a segunda coluna da figura (Figura 3) represente precisamente a Literacia em Saúde e a Literacia em Computadores, que por sua vez são influenciadas pelos fatores que acima se referiram.

Esta teoria sugere que as disparidades a nível macro nas estruturas sociais (por exemplo, variáveis demográficas) estão correlacionadas com as disparidades ao nível micro da LeH, designadamente a motivação e competências (orientação e eficácia para a informação em saúde). Por outras palavras, as disparidades estruturais reforçam elas próprias as disparidades ao nível da saúde por intermédio da diferente distribuição da tecnologia, que simultaneamente aumenta e impede a literacia,

9 Tradução livre dos autores: “ em último caso é uma questão de quem usa a Internet, por que motivo, em que circunstâncias, e como essa utilização afeta a coesão, inclusão, alienação e prosperidade socioeconómica ”.

a motivação e as competências de diferentes grupos (e indivíduos) da população. Existem depois uma série de variáveis individuais representadas nas colunas da direita da figura, nomeadamente: a capacidade de reter informação, as atitudes perante a *e-Health* ou os conhecimentos, crenças e comportamentos em saúde. De facto, sabe-se que elevado nível de motivação aumenta a atenção deste para a informação que lhe é facultada, da mesma forma que aumenta as suas pesquisas ativas e informação sobre o aspeto de interesse (por exemplo, informação de saúde de qualidade). Assim, um indivíduo motivado para a saúde é mais ativo na pesquisa de informação e irá recordá-la de forma mais eficaz quando apropriado (Bodie & Dutta, 2008; Dutta-Bergman, 2005)

Em suma, o que estes autores pretendem colocar em evidência é que a LeH é tanto função como influenciador da motivação individual e competência para usar a Internet para fins de saúde. Desta forma, indivíduos com baixa LeH estão, de acordo com o modelo, menos motivados para utilizar a Internet para obter informação em saúde e possuem menos eficácia ou vêm-se a si próprios como menos capazes de utilizar a Internet para esse fim. De forma similar, a motivação e competência de um indivíduo para utilizar recursos de saúde online influenciará o seu nível de literacia em saúde e computadores. A consequência última é a influência na saúde do indivíduo (Bodie & Dutta, 2008; Dutta-Bergman, 2005).

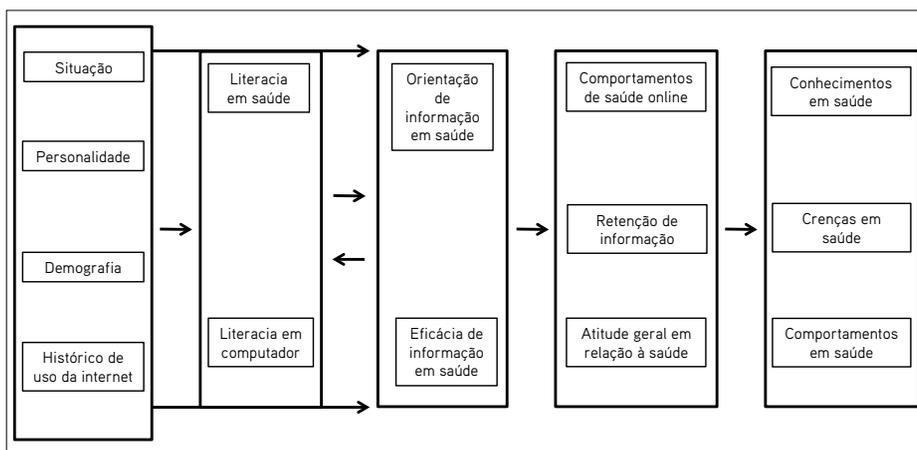


Figura 3. Modelo Integrativo da utilização da *e-Health*. Adaptado de “Understanding health literacy for strategic health marketing: *eHealth* literacy, health disparities, and the digital divide,” de G. D. Bodie e M. J. Dutta, 2008, *Health Mark Q*, 25(1-2), p.189.

V. INSTRUMENTOS E FORMAS DE AVALIAÇÃO DA LITERACIA EM E-HEALTH

Constatando a existência de poucos instrumentos disponíveis para avaliar a LeH, Norman e Skinner (2006b) desenvolveram uma escala de autorrelato por oito ou 10 itens designada por “Escala de Literacia em *e-Health* (eHEALS)” (Norman & Skinner, 2006a). Esta escala permite avaliar o conhecimento dos consumidores, o conforto e as competências percebidas para encontrar, avaliar e aplicar as informações de *e-Health* aos seus problemas de saúde (Koo, Norman, & Chang, 2012).

Para a sua construção, os autores basearam-se, em parte, na teoria social cognitiva e teoria da autoeficácia bem como numa revisão da literatura sobre os seis tipos de literacia identificados e no modelo teórico definido pelos autores. Um dos seus desafios foi desenvolver uma escala que pudesse ser facilmente utilizada em diferentes situações e contextos, e que pudesse subsidiar estratégias para melhorar a utilização da *e-Health* pelos consumidores, não sendo esta escala específica para doentes. Uma lista inicial de itens criada pelos investigadores foi distribuída aos colegas que trabalham na área do *e-Health* para comentário e revisão. Após essa análise inicial, a “eHEALS” foi aplicada a jovens com idades entre os 12 e os 19 anos para testar a legibilidade geral, a compreensão de cada item e a sua relevância (Norman & Skinner, 2006a).

Esta escala foi traduzida em várias línguas (Koo et al., 2012; Mitsutake, Shibata, Ishii, Okazaki, & Oka, 2011; Vaart et al., 2011), inclusivamente para Português (Brandão, 2012), tendo sido efetivamente utilizada numa variedade de contextos, com grupos populacionais diversos, mantendo performances psicométricas consistentes (Norman, 2011). Por exemplo, em termos de consistência interna, avaliada pelo coeficiente Alpha de Cronbach, os valores têm sido muito satisfatórios: $\alpha=0.88$ (Norman & Skinner, 2006a), $\alpha=0.90$ (Cruz, 2013; Ferreira, 2013), $\alpha=0.92$ (Brandão, 2012; Koo et al. 2012; van der Vaart et al., 2011), $\alpha=0.93$ (Mitsutake et al., 2011; van der Vaart et al., 2011).

Na atualidade, as alternativas à e-HEALS são ainda poucas ou desconhecidas (Murray et al., 2011; van der Vaart et al., 2011), apesar de críticas que questionam sobretudo a sua validade preditiva, já que algumas investigações prévias mostraram que pessoas com competência gerais prévias para usar o computador tendem a sobrestimar as suas pontuações nesta escala (van der Vaart et al., 2011). Para compreender esta crítica à e-HEALS, importa salientar que, para avaliar os níveis literacia em saúde, a *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM) e o *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFLA) são os instrumentos mais usados (van der Vaart et al., 2011). Ambos os instrumentos avaliam a literacia funcional em saúde. Outros instrumentos, que tendem a medir um espectro mais amplo de competências de literacia em saúde, têm sido desenvolvidas recentemente, como por exemplo, e mais recente o *Newest Vital Sign*,

embora existam vários outros (van der Vaart et al., 2011). Contudo, para a medição das capacidades relacionadas com *e-Health*, os instrumentos disponíveis são em menor número. Recentemente, van Deursen e van Dijk citados por estes autores, propuseram uma definição detalhada de competências de Internet, nomeadamente: 1) habilidades operacionais (habilidades básicas para usar a Internet); 2) competências formais (de navegação e orientação); 3) competências de informação (busca de informações); e, 4) competências estratégicas (usando as informações para benefícios pessoais). Esta definição deriva da combinação essencial da LeH que engloba quer os aspectos técnicos, relacionados com o uso da Internet, quer os aspetos substantivos, relacionados com o conteúdo fornecido pela Internet. Os autores propõem então uma avaliação com vários graus de dificuldade, de acordo com as quatro competências anteriormente referidas. A combinação destas ilustrará a LeH. Ou seja, é adicionada uma componente prática, na qual o indivíduo tem de realizar tarefas na Internet em tempo limitado. Embora este seja um método valioso para avaliar a LeH, também é bastante exigente, caro e demorado, o que o torna um instrumento bastante ineficiente. A proposta avançada por van der Vaart et al. (2011) é então a realização de uma revisão aos próprios itens da eHEALS.

Perante esta crítica, Norman (2011) argumenta que as inconsistências apresentadas podem ser explicadas por diferenças culturais, por inconsistências de mensuração entre estudos ou ainda devido à evolução da natureza da *e-Health*. Quando a eHEALS foi desenvolvida não se verificaram tais inconsistências o que leva a considerar que o que mudou foi a Internet. Nessa época ainda não se tinham disseminado as redes sociais, nem os *smartphones* com utilização da Internet estavam tão disseminados. Norman considera, então, que a eHEALS mantém-se como uma medida bastante válida para avaliar as tecnologia da WEB 1.0., mas admite que poderá ser insuficiente para a WEB 2.0. Por conseguinte, a questão não será tanto de validade no seu sentido estrito mas mais em termos genéricos da utilização da Internet. Uma possibilidade poderá ser adicionar uma subescala que avalie a interactividade social ao invés de alterar os itens existentes, o que teria consequências significativas para a integridade psicométrica do instrumento. Os novos itens poderiam então considerar tarefas como (Davis et al., 1993; Norman, 2011):

- confiança em expressar-se claramente nas interações sociais online;
- capacidade de sintetizar conselhos de profissionais e de não-profissionais;
- conforto e competências para navegar através de informações obtidas por dispositivo móvel;
- a capacidade de usar *apomediaries* para filtrar informações relevantes e de confiança.

Outro instrumento útil nesta temática é a *Research Readiness SelfAssessment* (RRSA) desenvolvida por Ivanitskaya, O'Boyle, e Casey (2006). A RRSA avalia competências de literacia de pesquisa de informação e inclui as competências para, por exemplo,

saber: determinar fontes credíveis de informação, conduzir efetivamente as pesquisas no motor de busca, identificar plágios ou terminologia específica de investigação.

Na sequência destas dificuldades, Chan e colaboradores (Chan, Matthews, & Kaufman, 2009; Chan & Kaufman, 2011) realizaram uma análise ao modelo do Lírio com o objetivo de caracterizar a complexidade dos seis diferentes tipos de literacia do modelo. Outro dos objetivos era identificar os conhecimentos e competências que se podem constituir como barreiras à utilização da *e-Health*. Para esse exercício, os autores recorreram a outro modelo teórico, a *Taxonomia de Bloom*, que serviu como guia à criação de uma taxonomia semelhante para a LeH.

A Taxonomia de Bloom¹⁰ ou taxonomia dos objetivos educacionais, divide a aprendizagem em três grandes domínios: cognitivo, afetivo e psicomotor (Ferraz & Belhot, 2010). De acordo com a Taxonomia revista em 2001, existem seis dimensões do processo cognitivo que aumentam em complexidade e que são cumulativas, sendo elas: relembrar, compreender, aplicar, analisar, avaliar e criar (Ferraz & Belhot, 2010).

O que estes autores fizeram foi então analisar que competências da Taxonomia de Bloom eram requeridas por cada tipo de literacia do Modelo do Lírio durante o desenvolvimento de tarefas de pesquisa online. Essas três tarefas tinham graus de dificuldade crescente (Chan et al., 2009):

Primeira tarefa – navegar numa página governamental de saúde indicada (www.medlineplus.gov) e procurar informação sobre asma;

Segunda tarefa – na mesma página encontrar resposta para a questão “Que medicações e tratamentos são utilizados para a artrite?”, usando um caminho de navegação diferente do anterior;

Terceira tarefa – através de outro website (www.medicare.gov), localizar os três centros de diálise mais próximos de determinada urbanização e compará-los, selecionando aquele que possui maior percentagem de doentes com a anemia controlada.

Numa primeira fase, a execução destas três tarefas foi realizada apenas por uma pessoa, com dois investigadores a fazerem a observação e análise dos processos (Chan et al., 2009). Entre os diversos resultados facultados, é interessante observar-se que: a tarefa 2 foi a única que requereu literacia científica, utilizada para identificar e diferenciar conceitos biológicos pertencentes à artrite; foi a tarefa 3 que requereu o mais elevado nível de complexidade em literacia numérica, decorrente da necessidade de compreender e extrair informação sobre anemia dos gráficos apresentados; todas as três tarefas

10 Para saber mais visite: <http://www.celt.iastate.edu/teaching/RevisedBlooms1.html>

requereram pelo menos uma componente de LeH de nível V de complexidade, sendo que nenhuma requereu o nível mais elevado de complexidade; a tarefa 2 requereu a utilização de níveis mínimos de complexidade II e três tipos de LeH com nível V, sugerindo que esta tarefa se apresentou como a mais complexa de entre as três.

Posteriormente, os autores recrutaram 20 utilizadores (entre 18 e 65 anos) para realizarem as mesmas tarefas (Chan & Kaufman, 2011). Nesta segunda experiência, os autores pretendiam analisar também o processo de tomada de decisão. Para isso, pediram aos utilizadores para “pensarem em voz alta” enquanto realizavam as tarefas e tomavam as decisões. Estes indivíduos eram utilizadores de Internet mas sem experiência prévia de utilização do website em questão (www.consumerreports.org/health), um recurso para ajudar os consumidores a tomar decisões em saúde com base em evidência. Os resultados evidenciaram que todos os utilizadores experimentaram algum tipo de dificuldade em completar a maioria das tarefas, sem alguma ajuda. As barreiras mais frequentemente encontradas relacionaram-se com a literacia da informação e com competências de literacia informática. Alguns dos exemplos específicos de barreiras encontradas que obstaculizam a capacidade de compreender as informações e atuar de forma bem sucedida com base nelas foram a interpretação de uma representação gráfica com uma escala de *agressividade* (Figura 4) do tratamento usado em cada unidade hospitalar ou ainda selecionar de forma efetiva as caixas de verificação para fazer seleções (Chan & Kaufman, 2011).

Abordagem de Cuidado ao Doente Crónico						
	Hospital A		Hospital B		Hospital C	
Agressivo ou Conservador	Mais Agressivo	Mais Conservador	Mais Agressivo	Mais Conservador	Mais Agressivo	Mais Conservador
Cuidado a mais pode causar-lhe dano						
Dias no Hospital	45		39		41	
Visitas ao médico	134		83		25	

Figura 4. Exemplo de uma representação gráfica que pode ser de difícil interpretação a utilizadores da e-Health. Adaptado de “A framework for characterizing eHealth literacy demands and barriers” de C. V. Chan e D. R. Kaufman, 2011, *J Med Internet Res*, 13(4), p.15.

Por outro lado, algumas atividades que os autores tinham previsto como barreiras acabaram por ser de mais fácil execução. Torna-se assim evidente que avaliar informações de saúde para sustentar decisões pode ser complexo e desafiante (Chan & Kaufman, 2011). Na nossa perspetiva, esta forma de análise das competências em *e-Health* é muito

útil, sobretudo para analisar as dificuldades dos utilizadores. Este tipo de análise pode ainda subsidiar o desenvolvimento de ferramentas que facilitem a utilização da *e-Health*, numa altura em que o desenvolvimento da tecnologia, nomeadamente da Web 2.0 (mais interativa) e das funcionalidades de redes sociais oferece novas e desafiantes formas de os utilizadores interagirem e gerirem com a informação em saúde.

VI. RESULTADOS DE ESTUDOS DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO SOBRE LITERACIA EM *E-HEALTH*

A indisponibilidade de informação sobre saúde quando esta é necessária é, cada vez mais, tida como inaceitável e incompreensível por parte dos envolvidos na dinâmica da prestação de cuidados de saúde, sejam eles profissionais ou utentes (OMS, 2008b). Além disso, como refere Gilmour (2007), a informação sobre saúde disponibilizada online é um importante meio na transmissão rápida e dinâmica de conhecimento, e preenche ou complementa as lacunas existentes na educação para a saúde desenvolvida pelos profissionais de saúde. No entanto, como já se veio abordando, a LeH da população, concretamente de alguns dos seus estratos, pode não acompanhar o desenvolvimento tecnológico nesta área.

Qual é então a LeH da nossa população? É possível desenvolver intervenções para melhorar a LeH? São duas das questões que tentaremos responder em seguida.

Antes de mais, importa salientar que a intervenção sobre a literacia das pessoas não é uma tarefa fácil. De acordo com Norman e Skinner (2006b), ao contrário de outras áreas dos cuidados de saúde, não existe uma solução ideal para resolver o problema da literacia que possa ser abordado numa única sessão ou numa intervenção breve. Pelo contrário, melhorar a literacia das pessoas é um processo que requer correção e educação coordenada ao longo do tempo, envolvendo parcerias entre doentes/utentes, prestadores de cuidados, educadores e organizações comunitárias de saúde.

Um dos grandes desafios que se colocam aos profissionais de saúde prende-se com a promoção da saúde dos adolescentes. Esta é uma fase da vida em que vários comportamentos de risco podem ter início (por exemplo, fumar, beber álcool, usar drogas, inatividade física, comportamentos sexuais de risco), altura em que deixam de estar diretamente sob o controlo parental e passam a estabelecer as suas próprias relações sociais, nomeadamente com os profissionais de saúde (Health, 1999; Skinner et al., 2003). Assim, e apesar de hoje em dia os jovens terem muito maior acesso a informação do que no passado, muitos jovens ainda tem dificuldade em utilizar os

cuidados de saúde. Vários serão os fatores que contribuem para este facto, sendo de realçar não só o sentimento de invulnerabilidade tão característico desta fase da vida, bem como as necessidades de intimidade e distanciamento familiar. Contudo, Skinner et al. (2003) referem que vários estudos demonstram que os jovens pretendem discutir os seus problemas de saúde com os profissionais de saúde, mas que a maior parte das vezes não o fazem. Como exemplo paradigmático da situação, citam o estudo de Klein e Wilson (2002), desenvolvido nos EUA, que demonstrou que apesar de 70.9% dos adolescentes terem reportado pelo menos um de entre os oito riscos potenciais para saúde inquiridos, 63% desses adolescentes nunca discutiram o problema com os profissionais de saúde.

Num estudo qualitativo, conduzido por Skinner et al. (2003), com 27 *focus groups* de adolescentes canadianos (n=210, 55% raparigas, 16 anos de idade média), com o objetivo de descrever a forma como os adolescentes utilizam a tecnologia para suprir as suas necessidades informativas em saúde, as suas dificuldades nessa busca e ainda para identificar o papel que os profissionais de saúde podem ter nesse âmbito, verificaram que a informação mais solicitada e distribuída pelos estudantes se relaciona com: a escola (89%), interação com os amigos (85%), preocupações sociais (85%), condições médicas específicas (67%), imagem corporal e nutrição (63%), violência e segurança pessoal (59%), e saúde sexual (56%). De entre as principais dificuldades/desafios encontrados por estes estudantes encontra-se o “encontrar informação relevante para si e de boa qualidade” e a “privacidade” no acesso à informação. Os autores classificaram ainda as tecnologias usadas pelos adolescentes de acordo com quatro domínios relativos à sua maior ou menor interatividade (Figura 5), em: 1) comunicações pessoais (telefone, telemóvel, *pager*); 2) comunicações sociais (email, SMS, chat, quadros de avisos); 3) ambientes interativos (websites, motores de busca e computadores); e 4) fontes unidirecionais (televisão, rádio e impressões). Na figura 5 estão ainda representadas as funções e relevância de cada tecnologia utilizada.

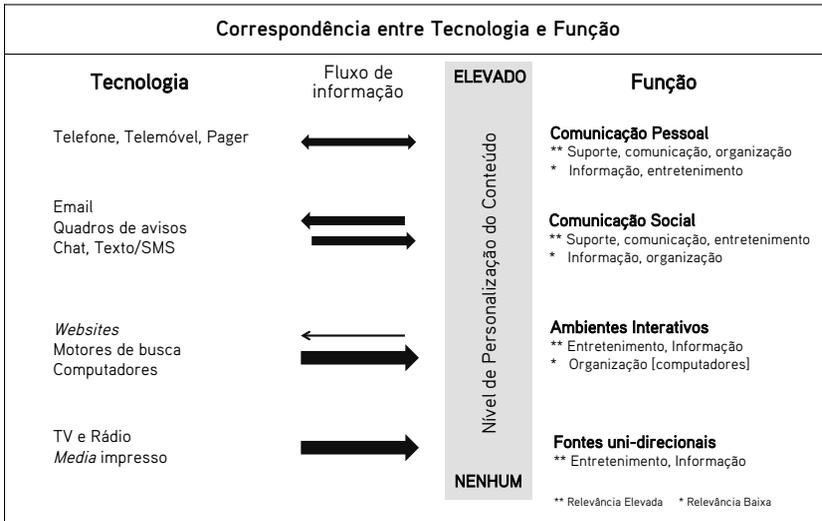


Figura 5. Relação entre a tecnologia e as funções das necessidades de informação em saúde dos adolescentes. Adaptado de “How adolescents use technology for health information: implications for health professionals from focus group studies,” de H. Skinner, S. Biscope, B. Poland, e E. Goldberg, 2003, *J Med Internet Res*, 5(4), p.12.

Os supracitados autores identificaram ainda três funções emergentes que os profissionais de saúde podem desempenhar no âmbito da *e-Health*: 1) proporcionar aos adolescentes interfaces tecnológicas e ajudá-los na pesquisa de fontes de informação pertinentes; 2) melhorar a sua ligação com os adolescentes e jovens, diversificando e alargando as formas e momentos em que estão disponíveis; e 3) promover as competências de avaliação crítica entre os adolescentes/jovens para a avaliação da qualidade da informação em saúde (Skinner et al., 2003).

Assumindo não ser claro se os estudantes universitários, especialmente os das profissões médicas e de saúde, precisam ou não de treino específico e adaptado em LeH, para procurar, interpretar e avaliar informação em saúde – e médica – disponível na Internet, Stelfson et al. (2011) realizaram uma revisão sistemática da literatura. Identificaram seis artigos *peer-reviewed* e uma tese de doutoramento cujas amostras variavam entre 34 e 5030 estudantes com idades entre 17 e 26 anos, publicados entre 2005 e 2010. Os resultados indicam que falta a muitos estudantes competências em LeH, sugerindo assim que, existe possibilidade de melhoria na capacidade dos estudantes obterem e avaliarem informação em saúde. Além disso, vários estudos demonstraram considerável incongruência entre as autoperceções subjetivas dos estudantes relativamente às suas competências e aquelas que acabaram por evidenciar. Estes resultados precisam ainda

de ser sustentados por maior evidência, mas ainda assim os autores alertam que no futuro, os estudos devem evitar reportar apenas medidas descritivas de autoreporte relativas à medida de autoeficácia de utilização da Internet para este fim.

A literacia em saúde é também um importante problema social entre os idosos, especialmente para aqueles que têm baixos rendimentos, baixo nível de escolaridade, experiência limitada com o computador, a Internet e/ou pertencem a grupos étnicos minoritários. Com base nesta consideração, Xie (2011) testou a eficácia de uma intervenção de educação para a saúde de LeH na qual os participantes relataram mudanças na gestão da sua própria saúde como resultado da intervenção, apoiando ainda mais a necessidade de desenvolver intervenções que visem a melhoria da LeH dos adultos mais velhos.

Num artigo publicado em 2002 no JAMA, Ganguli, Dodge e Mulsant (2002) apresentaram o resultado de um estudo prospetivo a 10 anos e que envolveu 1064 adultos com mais de 67 anos, tendo verificado que a depressão é um dos melhores preditores de mortalidade na população idosa. A idade, o sexo e a incapacidade funcional também são bons preditores de mortalidade. A depressão, isoladamente, prediz a mortalidade a curto (três e cinco anos) mas não a longo termo (10 anos), ainda que em combinação com uma baixa autoavaliação da saúde já seja um bom preditor também a 10 anos.

Com base neste e noutros resultados relacionados com a saúde e isolamento da população idosa, inúmeros estudos (Benefield & Beck, 2007; Botella et al., 2009; Cody, Dunn, Hoppin, & Wendt, 1999; Savolainen, Hanson, Magnusson, & Gustavsson, 2008; Tse, Choi, & Leung, 2008; Wright, 2000) têm sido desenvolvidos no sentido de fomentar o uso das TICs para facilitar a comunicação entre estas pessoas e diminuir a solidão e isolamento. Um dos estudos mais interessantes foi conduzido por Bessiere, Pressman, Kiesler, e Kraut (2010) num estudo prospetivo de dois anos que incluiu 740 cidadãos dos EUA. Os objetivos do estudo eram: avaliar se a utilização da Internet para fins de saúde pela população geral se associava a mudanças no bem-estar psicológico e na saúde; avaliar se havia diferença entre cidadãos com e sem doença crónica; avaliar a diferença entre utilização da Internet para fins de saúde ou outros. Os resultados indicaram que a utilização da Internet para pesquisas relacionadas com a saúde se associou de forma estatisticamente significativa, ainda que de forma reduzida, a um aumento da depressão. Em contraste, relativamente aos que usavam a Internet para outros fins, como a comunicação com amigos e familiares, verificou-se o oposto. Quer o *status* de saúde inicial ou ao facto de o participante ser ou não prestador de cuidados de outro familiar, não evidenciaram influenciar a correlação entre utilização da Internet e depressão. A explicação para estes resultados parece simples: por um lado, características psicológicas como a ruminação, alarmismo, excessiva atenção aos problemas de saúde predispõem à depressão e são essas pessoas quem faz mais

pesquisas em saúde; por outro, o suporte social proporcionado pela comunicação com familiares e amigos favorece o bem-estar (Bessiere et al., 2010). Esta é mais uma evidência das vantagens e desvantagens que a Internet pode comportar, como já foi analisado.

Outra das áreas de grande investimento nesta temática é a gestão da doença crônica, na qual as áreas da diabetes e da doença crônica inflamatória/reumatológica são das que mais evolução têm evidenciado, por exemplo, em termos de desenvolvimento de programas de educação através da *e-Health*.

Para determinar a eficácia de um programa de autogestão de artrite baseado na Internet, Lorig, Ritter, Laurent, e Plant (2008) levou a cabo uma intervenção randomizada onde foram comparados os participantes que tinham acesso ao programa com os controles que tinham acesso à educação para a saúde presencial e em pequenos grupos. Participaram doentes com artrite reumatóide, osteoartrite e fibromialgia. Os autores não encontraram diferenças significativas nos comportamentos de saúde ou na utilização de cuidados de saúde entre os grupos. Em suma, demonstrou-se a eficácia do programa de autogestão de artrite baseado na Internet na melhoria do estado de saúde e é uma opção viável em alternativa aos programas convencionais.

Em Portugal, são do nosso conhecimento três estudos que avaliaram a LeH (Brandão, 2012; Cruz, 2013; Ferreira, 2013).

Brandão (2012), estudou doentes reumatológicos (n=60) e a população geral (n=47) e, para além da validação da e-HEALS, verificou: não haver diferença estatisticamente significativa dos níveis de LeH entre sexos (apresenta um valor de significância estatística perto do limiar de exclusão da hipótese nula); diminuição da LeH com o aumento da idade; aumento da LeH com o aumento das habilitações literárias; existência de correlação estatisticamente significativa, positiva e moderada entre a importância e a utilidade percebida da Internet e a LeH.

Verificou, ainda, que para os doentes reumatológicos, o item 5 “Sei como usar a informação sobre saúde que encontro na Internet para meu benefício” teve a maior pontuação, seguido do item 3 “Sei como encontrar páginas úteis sobre saúde na Internet”. No sentido oposto, os itens 8 “Sinto-me confiante ao usar informação da Internet na tomada de decisões sobre saúde” e o item 1 “Sei quais as páginas sobre saúde disponíveis na Internet” tiveram as pontuações mais baixas. Já na subamostra do público geral, foram os itens 3 “Sei como encontrar páginas úteis sobre saúde na Internet” e item 4 “Sei como usar a Internet para responder às minhas perguntas sobre saúde” os que obtiveram a pontuação mais elevada. Já os itens 6 “Tenho as competências necessárias para avaliar

as páginas sobre saúde que encontro na Internet” e item 8 “Sinto-me confiante ao usar informação da Internet na tomada de decisões sobre saúde” tiveram as menores pontuações. Verificam-se assim algumas diferenças entre uma amostra de pessoas com e outra sem doença crónica. Além disso, verificou-se que 58,9% (n=63) da amostra se predispõe a utilizar uma página da Internet acessível e credível, que reúna informação sobre saúde, doenças e tratamentos. Destes, 63,5% (n=40) correspondem aos doentes reumatológicos que assim parecem estar recetivos a intervenções semelhantes às do estudo de Lorig et al. (2008). Considerando que as pontuações podem variar entre 8 e 40 pontos, Brandão (2012) constatou pontuações que se podem enquadrar em níveis moderados/intermédios de LeH (26,29±6,64).

Ambos os grupos atribuem mais importância que utilidade à Internet, mas o grupo de doentes atribui mais utilidade do que a população geral.

Noutro estudo português, Cruz (2013) delineou como objetivo identificar o nível de LeH de utilizadores da Internet portugueses e analisar a influência de algumas variáveis sociodemográficas e características laborais na LeH. Para tal realizou um inquérito que incluiu a versão portuguesa da eHEALS (Brandão, 2012), aplicado via online (método bola de neve, através de email e redes sociais) e presencialmente (locais públicos e unidades de saúde). Participaram 408 indivíduos, divididos em três grupos, consoante o local de inquérito: 1) Internet (n=142); 2) na rua (n=147); e, 3) em serviços de Consulta Externa de duas unidades hospitalares da região centro de Portugal (n=119).

Os resultados evidenciaram resultados medianos de LeH: que pessoas mais novas, com mais habilitações literárias e que preencheram o inquérito pela Internet ou nos serviços de consulta externa apresentam maior LeH. Verificaram-se, ainda, correlações estatisticamente significativas para as variáveis: idade, habilitações académicas, ter algum familiar com doença crónica, ser profissional de saúde e ainda correlação com a maior frequência de uso da Internet.

Relativamente à frequência de utilização da Internet, 46,9% dos indivíduos usam a Internet “todos os dias várias vezes”, 23,0% usam-na “quase todos os dias”, 12,1% “várias vezes por semana”, 11,4% “poucas vezes por mês” e apenas 4,0% usam a Internet “menos de uma vez por mês”.

Já Ferreira (2013) aplicou a versão portuguesa da e-HEALS (Brandão, 2012) não a doentes crónicos mas a 120 grávidas. O objetivo foi também identificar o nível de LeH desta amostra e analisar a relação da LeH com as variáveis sociodemográficas e clínicas da mesma. Um dos critérios de inclusão no estudo era que as grávidas “tivessem acesso à Internet” (Ferreira, 2013, p. 50). Em resumo, a autora verificou que, relativamente à

frequência de utilização da Internet, 31,7% das grávidas utilizavam-na várias vezes ao dia, 25,0% utilizavam-na quase todos os dias e, no polo oposto, apenas 4,2% somente uma vez por mês.

Constatou-se ainda que 21,7% das grávidas referiram recorrer mais à Internet devido à gravidez e que apenas 15,0% das grávidas referiram não recorrer à Internet para esclarecer dúvidas relacionadas com a gravidez. Quanto à confiança na informação fornecida pela Internet relativamente às pesquisas efetuadas sobre a gravidez, 47,5% das participantes referiram pouca confiança, enquanto 34,2% confiam muito, 13,3% confiam quase totalmente, 4,2% confiam totalmente e somente 0,8% simplesmente “não confiam”.

Quando questionadas se utilizariam, caso existisse, um site com informações credíveis sobre a gravidez, 81,7% das grávidas referiram que o utilizariam, 15,8% talvez o utilizassem e apenas 2,5% que não o utilizariam.

Os resultados evidenciaram que a LeH se situa num nível intermédio da escala (somatório médio de $28,52 \pm 4,70$). Não há diferença estatisticamente significativa entre a LeH, o nível de escolaridade e a condição de primípara ou múltípara. Verificou-se que as grávidas que mais recorrem à Internet têm maior LeH. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na LeH em termos de variáveis como a paridade, escolaridade ou idade das grávidas.

Conclusão

A *e-Health* começa a ser apontada como um progresso na melhoria da saúde pública. Este é um campo emergente, com grande potencial para transcender barreiras tradicionais de acesso aos cuidados de saúde. Contudo, impedimentos relacionados com a baixa literacia podem, também, contribuir para a exacerbação das disparidades em saúde. Como tal, é importante conhecer e compreender as barreiras ao acesso à *e-Health* para proceder à sua correção e ao desenvolvimento de aplicações/tecnologias que as possam superar. Isto é tanto mais importante quanto as tecnologias são cada vez mais interativas, movendo-se de uma dimensão de um consumidor passivo para um consumidor mais ativo, o que também precisa de ser estudado e compreendido.

Conclui-se ainda que por forma a garantir o desenvolvimento constante nas iniciativas que surgem a nível da *e-Health*, é importante que se proceda à criação e/ou expansão de parcerias entre os profissionais de saúde, utentes, organizações e associações de saúde, podendo a indústria ser também um aliado importante.

Por fim, não existe qualquer dúvida que cada vez mais as pessoas vão ser chamadas a assumir maior responsabilidade na gestão da sua saúde/doença e a literacia continuará a ser uma barreira a uma participação de sucesso. Para tal terão de contribuir os profissionais de saúde, as instituições de ensino e as agências governamentais, promovendo não só literacia em saúde, mas também a literacia em diversas dimensões com ela relacionada, como nos mostram os modelos explicativos, no sentido de alterar esta situação. A investigação terá certamente um papel fundamental neste âmbito, sendo importante utilizar diferentes abordagens, metodologias e instrumentos de medida.

Referências bibliográficas

- Ahern, D. K. (2007). Challenges and opportunities of eHealth research. *Am J Prev Med*, 32(5 Suppl), S75-82. doi:10.1016/j.amepre.2007.01.016
- Akerkar, S. M., & Bichile, L. S. (2004). Doctor patient relationship: changing dynamics in the information age. *J Postgrad Med*, 50(2), 120-122.
- Anderson, J. G., Rainey, M. R., & Eysenbach, G. (2003). The impact of CyberHealthcare on the physician-patient relationship. *J Med Syst*, 27(1), 67-84.
- Andreassen, H. K., Bujnowska-Fedak, M. M., Chronaki, C. E., Dumitru, R. C., Pudule, I., Santana, S., . . . Wynn, R. (2007). European citizens' use of E-health services: a study of seven countries. *BMC Public Health*, 7, 53. doi:10.1186/1471-2458-7-53
- Audibert, M., Mathonnat, J., & de Roodenbeke, E. (2003). Evolution and new perspectives of health care financing in developing countries. *Sante*, 13(4), 209-214.
- Benefield, L. E., & Beck, C. (2007). Reducing the distance in distance-caregiving by technology innovation. *Clin Interv Aging*, 2(2), 267-272.
- Berger, E. (2010). Telemedicine: has its time come?. *Ann Emerg Med*, 56(5), A15-17.
- Bessiere, K., Pressman, S., Kiesler, S., & Kraut, R. (2010). Effects of internet use on health and depression: a longitudinal study. *J Med Internet Res*, 12(1), e6. doi:10.2196/jmir.1149
- Bodie, G. D., & Dutta, M. J. (2008). Understanding health literacy for strategic health marketing: eHealth literacy, health disparities, and the digital divide. *Health Mark Q*, 25(1-2), 175-203. doi:10.1080/07359680802126301
- Bodie, G. D., Dutta, M. J., & Basu, A. (2009). The Integrative Model of E-Health Use *Handbook of Research on Distributed Medical Informatics and E-Health* (pp. 104-116):IGI Global.
- Botella, C., Etchemendy, E., Castilla, D., Banos, R. M., Garcia-Palacios, A., Quero, S., . . . Lozano, J. A. (2009). An e-health system for the elderly (Butler Project): a pilot study on acceptance and satisfaction. *Cyberpsychol Behav*, 12(3), 255-262. doi:10.1089/cpb.2008.0325
- Brandão, D. (2012). *Literacia em Saúde: a internet como recurso*. Tese de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra, Portugal.

- Chan, C. V., & Kaufman, D. R. (2011). A framework for characterizing eHealth literacy demands and barriers. *J Med Internet Res*, *13*(4), e94. doi:10.2196/jmir.1750
- Chan, C. V., Matthews, L. A., & Kaufman, D. R. (2009). A taxonomy characterizing complexity of consumer eHealth Literacy. *AMIA Annu Symp Proc*, *2009*, 86-90.
- Choi, N. G., & DiNitto, D. M. (2013). The Digital Divide Among Low-Income Homebound Older Adults: Internet Use Patterns, e-Health Literacy, and Attitudes Toward Computer/Internet Use. *J Med Internet Res*, *15*(5), e93. doi: 10.2196/jmir.2645
- Cody, M. J., Dunn, D., Hoppin, S., & Wendt, P. (1999). Silver surfers: Training and evaluating internet use among older adult learners. *Communication Education*, *48*(4), 269-286. doi:10.1080/03634529909379178
- Coiera, E. (1998). Information epidemics, economics, and immunity on the internet. We still know so little about the effect of information on public health. *Bmj*, *317*(7171), 1469-1470.
- Coleman, G. W., Gibson, L., Hanson, V. L., Bobrowicz, A., & McKay, A. (2010). *Engaging the disengaged: how do we design technology for digitally excluded older adults?* Paper presented at the Proceedings of the 8th ACM Conference on Designing Interactive Systems, Aarhus, Denmark.
- Cresci, M. K., & Jarosz, P. A. (2010). Bridging the Digital Divide for urban seniors: community partnership. *Geriatr Nurs*, *31*(6), 455-63.
- Cresci, M. K., Yarandi, H. N., & Morrell, R. W. (2010). The Digital Divide and urban older adults. *Comput Inform Nurs*, *28*(2), 88-94. doi:10.1097/NCN.0b013e3181cd8184
- Cruz, D. (2013). *Literacia em eHealth dos Portugueses: Estudo exploratório*. Tese de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde. Universidade da Beira Interior. Covilhã, Portugal.
- Data Angel Policy Research Incorporated (2009). *A Dimensão Económica da Literacia em Portugal: Uma Análise*. Lisboa: Gabinete de Estatística e Planeamento de Educação, Ministério da Educação.
- Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., Mayeaux, E. J., George, R. B., Murphy, P. W., & Crouch, M. A. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med*, *25*(6), 391-395.
- Dedding, C., van Doorn, R., Winkler, L., & Reis, R. (2011). How will e-health affect patient participation in the clinic? A review of e-health studies and the current evidence for changes in the relationship between medical professionals and patients. *Soc Sci Med*, *72*(1), 49-53. doi:10.1016/j.socscimed.2010.10.017
- Deloitte (2011). *Saúde em análise: Uma visão para o futuro*. Lisboa; Deloitte.
- DGS. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direção Geral De Saúde. Ministério da Saúde. Disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>.
- Dutta-Bergman, M. J. (2005). Developing a profile of consumer intention to seek out additional information beyond a doctor: the role of communicative and motivation variables. *Health Commun*, *17*(1), 1-16. doi: 10.1207/s15327027hc1701_1

- Earnhardt, A. C., Earnhardt, M. B., & Rubin, R. (2008). Development and Test of an Internet Search Evaluation Measure. *Ohio Communication Journal*, 46, 45.
- Ennis, L., Rose, D., Denis, M., Pandit, N., & Wykes, T. (2012). Can't surf, won't surf: The digital divide in mental health. *J Ment Health*, 21(4), 395–403. doi:10.3109/09638237.2012.689437
- Ennis, L., Rose, D., Denis, M., Pandit, N., & Wykes, T. (2012). Can't surf, won't surf: the digital divide in mental health. *J Ment Health*, 21(4), 395-403. doi:10.3109/09638237.2012.689437
- Espanha, R. (2013). *Informação em saúde*. Lisboa: Guide – Artes Gráficas, Lda. Disponível em <https://ffms.pt/upload/docs/74d04835-2751-433e-a758- abbb228c5777.pdf>
- Espanha, R., & Fonseca, R. (2010). *Tecnologias de Informação e Comunicação- Plano Nacional de saúde 2011-2016*. Observatório português de sistemas de saúde. Disponível em <http://www.observaport.org/taxonomy/term/50>
- Etchemendy, E., Ba, R. M., #241, os, Botella, C., Castilla, D., . . . Farfallini, L. (2011). An e-health platform for the elderly population: The butler system. *Comput. Educ.*, 56(1), 275-279. doi:10.1016/j.compedu.2010.07.022
- Eysenbach, G. (1999). Rating information on the internet can empower users to make informed decisions. *Bmj*, 319(7206), 385-386.
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *J Med Internet Res*, 3(2), E20. doi:10.2196/jmir.3.2.e20
- Eysenbach, G. (2007). Poverty, human development, and the role of eHealth. *J Med Internet Res*, 9(4), e34. doi:10.2196/jmir.9.4.e34
- Eysenbach, G. (2008). Medicine 2.0: social networking, collaboration, participation, apomediation, and openness. *J Med Internet Res*, 10(3), e22. doi:10.2196/jmir.1030
- Eysenbach, G., & Diepgen, T. L. (1998). Towards quality management of medical information on the internet: evaluation, labelling, and filtering of information. *Bmj*, 317(7171), 1496-1500.
- Ferraz, A., & Belhot, R. (2010). Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. *Gestão & Produção*, 17(2), 421-431. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/gp/v17n2/a15v17n2.pdf>.
- Ferreira, R., Marques, A., Mendes, A., & Silva, J. A. P. (no prelo). Rheumatology telephone advice line – Experience of a Portuguese department. *Acta Reumatológica Portuguesa*.
- Ferreira, S. (2013). *Literacia na Gravidez: Utilização da internet como fonte de informação*. Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra, Portugal.
- Fortney, J. C., Burgess, J. F., Jr., Bosworth, H. B., Booth, B. M., & Kaboli, P. J. (2011). A re-conceptualization of access for 21st century healthcare. *J Gen Intern Med*, 26 Suppl 2, 639-647. doi:10.1007/s11606-011-1806-6
- Fox, S. (2005). *Health Information on line, Pew Internet and American Life Project*. Disponível em http://www.pewinternet.org/~media/Files/Reports/2005/PIP_Healthtopics_May05.pdf.pdf
- Friedewald, V. E., Jr. (2000). The Internet's influence on the doctor-patient relationship. *Health Manag Technol*, 21(11), 80, 79.

- Ganguli, M., Dodge, H. H., & Mulsant, B. H. (2002). Rates and predictors of mortality in an aging, rural, community-based cohort: the role of depression. *Arch Gen Psychiatry*, 59(11), 1046-1052.
- Gilmour, J. A. (2007). Reducing disparities in the access and use of Internet health information: a discussion paper. *Int J Nurs Stud*, 44(7), 1270-1278. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.05.007
- Health, W. U. U. S. G. o. P. f. A. (1999). Programming for adolescent health and development. Report of a WHO/UNFPA/UNICEF Study Group on Programming for Adolescent Health. *World Health Organ Tech Rep Ser*, (886), i-iv, 1-260.
- Hurst, J. (2000). Challenges for health systems in member countries of the Organisation for Economic Co-operation and Development. *Bull World Health Organ*, 78(6), 751-760.
- Ivanitskaya, L., O'Boyle, I., & Casey, A. M. (2006). Health information literacy and competencies of information age students: results from the interactive online Research Readiness Self-Assessment (RRSA). *J Med Internet Res*, 8(2), e6. doi: 10.2196/jmir.8.2.e6
- Kim, E. H., & Kim, Y. (2010). Digital divide: Use of electronic personal health record by different population groups. *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc*, 1759-1762. doi:10.1109/iembs.2010.5626732
- Klein, J. D., & Wilson, K. M. (2002). Delivering quality care: adolescents' discussion of health risks with their providers. *J Adolesc Health*, 30(3), 190-195.
- Koo, M., Norman, C. D., & Chang, H-D (2012). Psychometric Evaluation of a Chinese Version of the e-Health Literacy Scale (eHEALS) in School Age Children. *International Electronic Journal of Health Education*, 15, 29-36.
- Kreps, G. L. (2005). Disseminating relevant health information to underserved audiences: implications of the Digital Divide Pilot Projects. *J Med Libr Assoc*, 93(4 Suppl), 68-73.
- Kwankam, S. Y. (2004). What e-Health can offer. Geneva: Bulletin of the World Health Organization: Perspectives, pp. 800-801. Disponível em <http://www.who.int/bulletin/volumes/82/10/797.pdf>.
- Liang, T. H. (2012). Matrix Analysis of the Digital Divide in e-Health Services Using Awareness, Want, and Adoption Gap. *J Med Internet Res*, 14(1), e11. doi:10.2196/jmir.1670
- Lorig, K. R., Ritter, P. L., Laurent, D. D., & Plant, K. (2008). The internet-based arthritis self-management program: a one-year randomized trial for patients with arthritis or fibromyalgia. *Arthritis Rheum*, 59(7), 1009-1017. doi:10.1002/art.23817
- Mars, M., & Scott, R. E. (2010). Global e-health policy: a work in progress. *Health Aff (Millwood)*, 29(2), 237-243. doi:10.1377/hlthaff.2009.0945
- Mitchell, S. E., Sadikova, E., Jack, B. W., & Paasche-Orlow, M. K. (2012). Health literacy and 30-day postdischarge hospital utilization. *J Health Commun*, 17 Suppl 3, 325-338. doi:10.1080/10730.2012.715233
- Mitsutake, S., Shibata, A., Ishii, K., Okazaki, K., & Oka, K. (2011). [Developing Japanese version of the eHealth Literacy Scale (eHEALS)]. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*, 58(5), 361-371.

- Moreira, P., & Pestana, S. (2012). Saúde Web 2.0 E Comunicação Em Saúde: A Participação Em Comunidades Virtuais Em Portugal. *Revista de Comunicación y Salud*, 2(2), 47-62. Disponível em <http://www.revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/rt/printerFriendly/32/45>.
- Murray, E., Burns, J., May, C., Finch, T., O'Donnell, C., Wallace, P., & Mair, F. (2011). Why is it difficult to implement e-health initiatives? A qualitative study. *Implement Sci*, 6, 6. doi:10.1186/1748-5908-6-6
- Neter, E., & Brainin, E. (2012). e-Health Literacy: Extending the Digital Divide to the Realm of Health Information. *J Med Internet Res*, 14(1), e19. doi:10.2196/jmir.1619
- Norman, C. D. (2011). eHealth literacy 2.0: problems and opportunities with an evolving concept. *J Med Internet Res*, 13(4), e125. doi:10.2196/jmir.2035
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006a). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *J Med Internet Res*, 8(4), e27. doi:10.2196/jmir.8.4.e27
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006b). eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *J Med Internet Res*, 8(2), e9. doi:10.2196/jmir.8.2.e9
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2007). Engaging youth in e-health promotion: lessons learned from a decade of TeenNet research. *Adolesc Med State Art Ver*, 18(2), 357-69.
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2007). Engaging youth in e-health promotion: lessons learned from a decade of TeenNet research. *Adolesc Med State Art Rev*, 18(2), 357-369, xii.
- Norman, C. D., Maley, O., Li, X., & Skinner, H. A. (2008). Using the internet to assist smoking prevention and cessation in schools: a randomized, controlled trial. *Health Psychol*, 27(6), 799-810. doi:10.1037/a0013105
- Norman, C. D., Maley, O., Li, X., & Skinner, H. A. (2008). Using the internet to assist smoking prevention and cessation in schools: a randomized, controlled trial. *Health Psychol*, 27(6), 799-810. doi:10.1037/a0013105
- OFCOM. (2009). *Accessing the internet at home: A quantitative and qualitative study among people without the internet at home by Ipsos Mori*. London: OFCOM. Disponível em <http://www.stakeholders.ofcom.org.uk/binaries/research/telecoms-research/bbathome.pdf>.
- Oh, H., Rizo, C., Enkin, M., & Jadad, A. (2005). What Is eHealth (3): A Systematic Review of Published Definitions. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1), e1. doi:10.2196/jmir.7.1.e1
- Oh, H., Rizo, C., Enkin, M., & Jadad, A. (2005). What is eHealth (3): a systematic review of published definitions. *J Med Internet Res*, 7(1), e1. doi:10.2196/jmir.7.1.e1
- Organização Mundial de Saúde (2004). *e-Health Report by the Secretariat*. Disponível em http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/B115_39-en.pdf.
- Organização Mundial de Saúde (2005). *e-Health in the Eastern Mediterranean*. Disponível em <http://www.emro.who.int/his/ehealth/AboutEhealth.htm>.
- Organização Mundial de Saúde (2008a). *Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários Agora Mais Que Nunca*. Disponível em http://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1

- Organização Mundial de Saúde (2008b). *Health Information Systems*. Disponível em http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/EN_PDF_Toolkit_HSS_InformationSystems.pdf.
- Organização Mundial de Saúde (2010). *Financiamento dos Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal*. Disponível em: http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf
- Savolainen, L., Hanson, E., Magnusson, L., & Gustavsson, T. (2008). An Internet-based videoconferencing system for supporting frail elderly people and their carers. *J Telemed Telecare*, 14(2), 79-82. doi:10.1258/jtt.2007.070601
- Skinner, H. A., Maley, O., Smith, L., & Morrison, M. (2001). New frontiers: Using the Internet to engage teens in substance abuse prevention and treatment. In Monte, P., & Colby, S. (eds.) *Adolescence, alcohol, and substance abuse: Reaching teens through brief interventions* (pp.297-318). New York: Guilford.
- Skinner, H. A., Biscope, S., Poland, B., & Goldberg, E. (2003). How adolescents use technology for health information: implications for health professionals from focus group studies. *J Med Internet Res*, 5(4), e32. doi:10.2196/jmir.5.4.e32
- Skinner, H. A., Maley, O., & Norman, C. D. (2006). Developing internet-based e-Health promotion programs: the Spiral Technology Action Research (STAR) model. *Health Promot Pract*, 7(4), 406-17.
- Skinner, H. A., Maley, O., & Norman, C. D. (2006). Developing internet-based eHealth promotion programs: the Spiral Technology Action Research (STAR) model. *Health Promot Pract*, 7(4), 406-417. doi:10.1177/1524839905278889
- Stellefson, M., Hanik, B., Chaney, B., Chaney, D., Tennant, B., & Chavarria, E. A. (2011). eHealth literacy among college students: a systematic review with implications for eHealth education. *J Med Internet Res*, 13(4), e102. doi:10.2196/jmir.1703
- Taylor, H., & Leitman, R. (2001). e-Health traffic critically dependent on search engines and portals. *Healthcare News*, 1(13), 1-3. Disponível em <http://www.harrisinteractive.com/news/allnewsbydate.asp?NewsID=270>.
- Tse, M. M., Choi, K. C., & Leung, R. S. (2008). E-health for older people: the use of technology in health promotion. *Cyberpsychol Behav*, 11(4), 475-479. doi:10.1089/cpb.2007.0151
- van der Vaart, R., van Deursen, A. J., Drossaert, C. H., Taal, E., van Dijk, J. A., & van de Laar, M. A. (2011). Does the eHealth Literacy Scale (eHEALS) measure what it intends to measure? Validation of a Dutch version of the eHEALS in two adult populations. *J Med Internet Res*, 13(4), e86. doi:10.2196/jmir.1840
- van Gemert-Pijnen, J. E., Nijland, N., van Limburg, M., Ossebaard, H. C., Kelders, S. M., Eysenbach, G., & Seydel, E. R. (2011). A holistic framework to improve the uptake and impact of eHealth technologies. *J Med Internet Res*, 13(4), e111. doi:10.2196/jmir.1672
- Wang, J., Bennett, K., & Probst, J. (2011). Subdividing the Digital Divide: Differences in Internet Access and Use among Rural Residents with Medical Limitations. *J Med Internet Res*, 13(1), e25. doi:10.2196/jmir.1534

- Whatling, P. (1999). Having non-medical readers of papers on internet will enhance peer review. *Bmj*, 318(7191), 1144-1145.
- Wright, K. (2000). Computer-mediated social support, older adults, and coping. *Journal of Communication*, 50(3), 100-118. doi:10.1111/j.1460-2466.2000.tb02855.x
- Wyatt, T., & Krauskopf, P. (2012). E-health and Nursing: Using Smartphones to Enhance Nursing Practice. *Online Journal of Nursing Informatics*, 16 (2). Disponível em <http://ojni.org/issues/?p=1706> .
- Xie, B. (2011). Effects of an eHealth literacy intervention for older adults. *J Med Internet Res*, 13(4), e90. doi:10.2196/jmir.1880

CAPÍTULO VIII

ESTIMULAÇÃO COGNITIVA EM IDOSOS - SÍNTESE DA EVIDÊNCIA E INTERVENÇÃO

JOÃO LUÍS ALVES APÓSTOLO
DANIELA FILIPA BATISTA CARDOSO

Com o presente trabalho temos por objetivo apresentar alguns argumentos sobre a eficácia da estimulação cognitiva no estado cognitivo, na sintomatologia depressiva e na qualidade de vida de idosos residentes na comunidade ou institucionalizados.

Introdução

O processo de envelhecimento não deve ser necessariamente associado ao adoecer ou ao comprometimento do funcionamento sócio-psico-cultural da pessoa (Souza, Falcão, Leal, & Marino, 2007). Sabe-se que existem diferenças significativas entre jovens e idosos durante a codificação e o resgate das informações e que, no envelhecimento saudável, existe a possibilidade de compensação (pelo menos parcial) dos déficits cognitivos. O treino cognitivo e de memória indica que o idoso saudável é capaz de aproximar o seu desempenho atual do seu desempenho máximo possível, revelando plasticidade cognitiva (Yassuda, Batistone, Fortes, & Neri, 2006).

A reserva cerebral e a cognitiva explicam os fatores de risco e de proteção contra o prejuízo cognitivo (incluindo o declínio progressivo na demência), associado com lesão cerebral (Butters et al., 2008). Por exemplo, formação de nível superior, maior tamanho de cabeça, maior volume cerebral, engajamento social, atividade física e lazer cognitivo podem resultar numa maior reserva cognitiva, oferecendo assim proteção contra os sintomas clínicos de demência. Da mesma forma, baixos níveis destes fatores protetores podem reduzir a redundância neuronal e favorecer o aparecimento dos sintomas da demência face a um dado nível de danos no Sistema Nervoso Central (Argimon & Stein, 2005; Butters et al., 2008).

O conceito é de *brain fitness*, que, paralelamente à definição para *physical fitness*, pode ser definido como um atributo que a pessoa tem ou adquire para desenvolver a sua atividade cognitiva. A ênfase recai sobretudo sobre a função - ou seja, a cognição em ação no mundo quotidiano e, nesse sentido, é importante reconhecer que existem vários componentes parcialmente distintos de função cognitiva, incluindo atenção, aprendizagem e memória, linguagem, processamento visuo-espacial, raciocínio e habilidades executivas (La Rue, 2010).

Não obstante, o envelhecimento pode ser acompanhado pelo declínio das capacidades tanto físicas, como cognitivas. O estudo do declínio da memória no decorrer do processo de envelhecimento permite verificar que se encontram preservadas habilidades como, por exemplo, a memória procedimental e a pré-ativação, expressas pela capacidade de conduzir, ler, executar tarefas de completar palavras e leitura de palavras invertidas; assim como a memória semântica (lembrar-se do sabor de uma fruta, da capital de um país, da voz de um ente querido). Por outro lado, encontram-se comprometidas as memórias: episódica (lembrar-se de um evento pessoal e das suas circunstâncias), prospetiva (tomar a medicação às horas indicadas) e operacional (capacidade de reter e manipular informações por um curto período de tempo) (Santos, Andrade, & Bueno, 2009).

A disfunção cognitiva é cada vez mais reconhecida como um importante problema de saúde pública associado a um risco aumentado para desenvolver demência. Numa revisão sistemática, Mitchell e Shiri-Feshki (2009) identificaram quarenta e um estudos de coorte robustos, e a proporção acumulada de compromisso cognitivo leve que evoluiu para demência, doença de Alzheimer e demência vascular foi, respetivamente, 39,2%, 33,6% e 6,2% em amostras em contextos especializados e, respetivamente, 21,9%, 28,9% e 5,2% em amostras populacionais.

De facto, o envelhecimento populacional tem levado a um aumento na prevalência das demências, tendo-se estimado no mundo, para 2010, a existência de cerca de 35,6 milhões de idosos com algum tipo de demência, duplicando este número a cada 20 anos, e um custo total de 604.000 milhões de dólares americanos (Wimo & Prince, 2010).

Por este motivo, a manutenção da saúde cognitiva é de vital importância para aumentar a proteção contra a demência (atrasando o seu início) e prevenir a dependência de idosos e incapacidade de autocuidado, reduzindo os custos diretos e indiretos, institucionalização e encargos dos cuidadores.

A estimulação cognitiva (EC) é uma intervenção que oferece uma gama de atividades agradáveis proporcionando estimulação geral para a concentração, pensamento e memória geralmente num ambiente social. A estimulação com atividades que exijam atenção, concentração e pensamento lógico contribui para o aumento da densidade

sináptica cerebral, cuja rede de transmissão é responsável pela dinâmica e plasticidade do cérebro (Souza & Chaves, 2005). A recuperação de funções cognitivas depende da plasticidade neural, que é a capacidade de recuperação cerebral de uma função através de proliferação neural, migração e interações sinápticas, e da plasticidade funcional, isto é, da recuperação possível de uma função por meio de alteração de estratégias de comportamento (Santos et al., 2009).

I. SÍNTESE DA EVIDÊNCIA

A base de evidências para a eficácia da EC foi recentemente sintetizada numa revisão sistemática (Woods, Aguirre, Spector, & Orrell, 2012). No total 15 estudos randomizados controlados preencheram os critérios de inclusão para a meta-análise. Os estudos analisados incluíram 718 participantes, com pequenas mudanças relatadas em vários testes comumente usados para a função cognitiva, não tendo sido relatados efeitos adversos. Existe também evidência, a partir de um pequeno número de estudos, que a EC pode ser associada a melhorias na qualidade de vida e na comunicação dos idosos. Não houve evidência da sua eficácia em relação ao humor e atividades da vida diária. Apesar dos resultados indicados, esta e outras revisões sistemáticas revelam fragilidades dos estudos primários, sobretudo da robustez dos estudos randomizados controlados, do tamanho das amostras e da eficácia da EC a longo prazo.

Adicionalmente, a EC pode ter uma relação custo-benefício. Na demência, os benefícios na cognição são comparáveis às obtidas com a utilização de inibidores da acetilcolinesterase (Knapp et al., 2006; Spector, Woods, & Orrell, 2008).

Em Portugal, têm sido realizados alguns estudos sobre o efeito da estimulação cognitiva em idosos cujos resultados descrevemos de seguida.

Em dois estudos de natureza quasi-experimental (que denominamos como estudo 1 e estudo 2), foi utilizado o mesmo programa estimulando atenção, linguagem, gnosis, memória, praxia e funções executivas e que incluiu leitura, interpretação e referência a textos; ordenação de frases; construção de sequências de ação; semelhanças e diferenças entre imagens; cálculos aritméticos; identificação de objetos, o seu género e antónimos; identificação de texturas, sons, imagens e cheiros; conclusão de frases; seleção de figuras, números e palavras; memorização de listas de compras; uso de histórias pessoais; mímica; cópia de desenhos; pintura; jogo de bola; provérbios e metáforas (Apóstolo, Rosa, & Castro, 2011; Apóstolo, Rosa, Castro, & Cardoso, 2013).

O estudo 1 foi realizado em idosos utentes de uma Unidade de Cuidados Continuados e o estudo 2 em idosos utentes de Centro de Dia.

Os resultados evidenciam, no que respeita à função cognitiva (Mini Mental State Examination – MMSE), que no estudo 1 (n= 12) cinco utentes apresentaram uma evolução negativa, seis uma evolução positiva e um não apresentou evolução do estado cognitivo; que no estudo dois (n=27), três utentes tiveram uma evolução negativa, 14 uma evolução positiva e 10 não apresentaram evolução do estado cognitivo. Em termos de autonomia nas atividades básicas de vida diária (ABVD), o estudo 1 teve nove evoluções negativas, uma positiva e dois idosos mantiveram o seu nível, enquanto no estudo 2 os utentes não apresentaram alteração nas ABVD entre o pré-teste e o pós-teste.

Noutra publicação que relata um estudo de natureza experimental com grupo de controlo realizado por Apóstolo, Cardoso, Marta, e Amaral (2011), numa amostra de 23 idosos em contexto comunitário, em que foi aplicado o programa “Fazer a Diferença” (FD) é revelada uma melhoria no estado cognitivo, explicando a intervenção em 17,86% da variação. Contudo, a evidência não permitiu concluir sobre o efeito da EC na sintomatologia depressiva e nas atividades instrumentais de vidas diária (AIVD), embora, 20% e 17%, respetivamente, mais idosos tenham melhorado a sua condição clínica comparativamente aos não submetidos ao programa.

Noutras duas publicações com desenho de natureza quasi-experimental (Apóstolo, Martins et al., 2013; Apóstolo, Carvalho et al., 2013) relatam a eficácia da EC com aplicação do “FD” numa amostra de 33 idosos residentes na comunidade, maioritariamente (90,91%) sem compromisso cognitivo. No que respeita ao estado cognitivo pela avaliação com o Montreal Cognitive Assessment (MoCA), 16 pessoas melhoraram, 10 pioraram e sete não apresentaram alteração e pela avaliação com o MMSE, 11 pessoas melhoraram, oito pioraram e 14 não apresentaram evolução; no que respeita à sintomatologia depressiva a intervenção revelou ser eficaz, essencialmente, nos idosos com escolaridade superior a cinco anos. Além destes resultados, 60,61% dos idosos perceberam uma melhor Qualidade de Vida após a intervenção.

Outras duas publicações (Apóstolo, Rosa, Tavares, & Fernandes, 2012; Apóstolo, Gil, Rosa, Almeida, & Fernandes, 2013) relatam resultados preliminares dum estudo randomizado controlado em que se testou a eficácia da EC, com aplicação do mesmo programa “FD”, no estado mental de idosos residentes em lares de terceira idade da região centro de Portugal. Neste estudo, verificou-se que o grupo submetido ao programa de estimulação cognitiva “FD” apresentou melhoria do estado mental comparativamente ao grupo que foi submetido ao programa não estruturado.

Tal como é referido em relação aos estudos internacionais, estes estudos apresentam limitações relacionadas, sobretudo, com o tamanho das amostras. Outros estudos estão a ser desenvolvidos e os seus resultados serão publicados futuramente.

II. INTERVENÇÃO DESENVOLVIDA

A intervenção desenvolvida e referenciada anteriormente foi fruto de um trabalho de adaptação do Programa de Estimulação Cognitiva (PEC) “Fazer a Diferença” (FD) (programa principal) com base em: Making a Difference: An Evidence-Based Group Programme to offer Cognitive Stimulation Therapy (CST) to people with dementia (Aguirre et al., 2012; Spector, Thorgrimsen, Woods, & Orrell, 2006;). Adicionalmente ao programa principal, pode ainda ser desenvolvido um programa de manutenção a ser apresentado oportunamente.

O programa principal é constituído por 14 sessões principais e foi adaptado do original, sobretudo no que respeita aos conteúdos específicos dos exercícios em que se verificaram diferenças culturais.

Cada sessão do programa tem uma duração entre 45 a 60 minutos, englobando um “quadro de orientação para a realidade” que contém informação pessoal e de orientação, incluindo o nome e música do grupo (escolhidos pelos participantes). Os seus princípios orientadores envolvem o uso de novas ideias, pensamentos e associações; uso de orientação; foco em opiniões, em vez de factos; uso de reminiscência como uma ajuda para o aqui-e-agora; fornecimento de instrumentos/ferramentas para ajudar a recordação; criação de continuidade e coerência entre as sessões; foco na aprendizagem implícita (e não-explícita); linguagem estimulante e centralização na pessoa. O objetivo é criar um ambiente onde as pessoas se divirtam, aprendam e onde reforcem as suas capacidades e relações entre os membros do grupo, mantendo assim as suas capacidades sociais e cognitivas na sua capacidade máxima (Aguirre et al., 2010; Spector et al., 2006).

1. Planeamento da aplicação do Programa

O programa principal, ao qual se pode seguir o programa de manutenção é desenvolvido ao longo de sete semanas, com duas sessões semanais que deverão ser desenvolvidas numa sala silenciosa e confortável.

É útil monitorizar o envolvimento de cada membro em todas as sessões, de forma a adaptar e planear as sessões seguintes, registando a presença e o grau de comunicação/ envolvimento de cada membro.

Dinamizadores do programa

O número de dinamizadores deverá variar consoante o número de pessoas que integram o grupo, pelo que se aconselha um ou dois responsáveis se o grupo for constituído por

quatro ou oito membros, respetivamente. A aplicação do programa deverá ser feita ou supervisionada por técnicos com formação na área e após a devida autorização dos autores originais (Making a Difference: An Evidence-Based Group Programme to offer Cognitive Stimulation Therapy to people with dementia de Spector, Thorgrimsen, Woods, & Orrell, 2006). Os dinamizadores deverão ter capacidade de liderança e gestão de conflitos.

Constituição dos grupos

Como referimos, cada grupo deverá ter um mínimo de quatro e um máximo de oito pessoas.

Elegibilidade

Para o processo de elegibilidade dos idosos e constituição dos grupos, recomenda-se uma avaliação inicial com o Six Item Cognitive Impairment (6CIT) podendo também ser realizada com o Mini Mental State Examination (MMSE). O 6CIT consome menos tempo a ser aplicado e o MMSE pode ser utilizado como *outcome*.

Os valores operacionais de corte do 6CIT a partir dos quais se considera compromisso cognitivo são: 16 para zero a dois anos de literacia, 11 para três a seis anos de literacia e nove para literacia igual ou superior a sete anos (Paiva & Apóstolo, 2013).

Relativamente ao MMSE, os pontos de corte mais adequados e que têm sido os mais utilizados nos estudos com a população portuguesa estão descritos na figura 1.

Escolaridade	Pontos de "corte"	Escolaridade	Pontos de "corte"
Iliteracia	15/16	Literacia de 0 a 2 anos	22
Literacia de 1 a 11 anos	22/23	Literacia de 3 a 6 anos	24
Literacia superior a 11 anos	27/28	Literacia ≥ 7 anos	27
(Guerreiro et al., 1994)		(Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009)	

Figura 1- Pontos de "corte" do MMSE mais adequados e que têm sido os mais utilizados nos estudos com a população portuguesa.

Ambos os estudos normativos do MMSE para a população não contemplaram uma amostra estratificada estando atualmente em curso um novo estudo normativo do MMSE na população portuguesa (Freitas, 2011). Os valores operacionais de corte do 6CIT foram calculados a partir dos valores propostos para o MMSE pelo que a realização de mais estudos irá providenciar resultados mais robustos.

Assim:

Incluir pessoas que conseguem participar em atividades de grupo durante, pelo menos, 60 minutos;

Excluir pessoas com características que possam comprometer a sua participação como por exemplo incapacidade sensorial; agitação que impossibilite a participação nas atividades de grupo durante o tempo proposto para cada sessão; nível elevado de dependência (Índice de Barthel inferior ou igual a 20); com valores no 6CIT acima de 20 pontos ou com valores no MMSE abaixo de nove pontos. Os estudos até agora realizados demonstraram que estes não têm capacidade para participar nas sessões.

Não se exclui a possibilidade de serem constituídos grupos que incluam pessoas sem compromisso cognitivo. No que respeita ao grau de compromisso cognitivo, considerando a vantagem da constituição homogénea dos grupos, não se exclui a possibilidade de grupos com constituição heterogénea.

Instrumentos que podem ser utilizados como *outcomes*:

- Montreal Cognitive Assessment (MoCA);
- Mini Mental State Examination (MMSE);
- Índice de Barthel;
- Escala de Lawton Brody;
- Escala de Depressão Geriátrica – 15 (GDS-15);
- Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer.

Materiais e equipamentos necessários

Para implementar as sessões são necessários diversos equipamentos e materiais. Os transversais a todas as sessões são:

- quadro branco e canetas (ou quadro de giz e giz branco e de cores);
- bola macia;
- gravador de cassetes ou leitor de CDs ou computador e colunas;
- cassetes ou CDs de música ou lista de músicas no computador.

Para cada sessão há necessidade de material específico que será referido na operacionalização de cada uma das sessões, pelo que se aconselha uma leitura integral destas, antes do início da aplicação do programa.

III. OPERACIONALIZAÇÃO DAS SESSÕES

PROGRAMA PRINCIPAL

1ª SESSÃO – JOGOS FÍSICOS

Apresentação

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Criar nome para o grupo, envolvendo os membros nessa discussão até se chegar a um consenso quanto a dois ou três nomes. Escrever esses nomes no quadro e efetuar uma votação para se chegar ao nome vencedor. Escrever o nome vencedor em destaque no quadro.

Mostrar várias músicas aos participantes e permitir que estes escolham uma delas para ser a *canção temática* do grupo. Escrever no quadro qual a música selecionada. Cantar a *canção temática*.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o Programa de Estimulação Cognitiva (PEC). Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Atividade Principal

1 - *Jogo da bola* – Dizer o nome e lançar a bola a outro membro do grupo. Parar jogo, após a 2ª ronda.

2 - Jogo físico – Formar equipas. Dispor 10 garrafas de água como se fossem pinos de bowling. Estabelecer a distância de onde se deve lançar a bola. Convidar os elementos das equipas a lançarem a bola, alternadamente de uma equipa e de outra, de forma a derrubarem o maior número possível de pinos. Ganha a equipa com mais pinos derrubados.

Encerramento

Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a canção estabelecida no início.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Sons).

Despedidas.

2ª SESSÃO - SONS

Apresentação

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar o nome do grupo e qual a *canção temática*. Escrever no quadro.

Relembrar sessão anterior (Jogos Físicos).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo o nome de quem deve receber a bola. Parar jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a *canção temática*.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir opiniões sobre acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Atividade Principal

1 – Sons – Reproduzir as gravações de alguns efeitos sonoros, como chuva, vento, trovoadas, mar, galo, cavalo, gato, vaca, pássaros, gargalhada. Perguntar aos participantes qual o som que estão a ouvir. De seguida, pedir para fazerem corresponder esses mesmos sons com imagens apresentadas.

2 – Reproduzir músicas da época e perguntar qual o nome da música e quem a está a cantar. Se necessário, fornecer alternativas quanto aos diferentes cantores possíveis.

3 – Distribuir instrumentos de percussão (colheres, testos, caixas, ...) por cada um dos participantes. Posteriormente convidar à participação dos membros do grupo no acompanhamento de músicas que lhes sejam familiares com os instrumentos improvisados fornecidos.

Encerramento

Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a *canção temática*.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Infância).

Despedidas.

3ª SESSÃO - INFÂNCIA

Apresentação

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a *canção temática*. Escrever no quadro.

Relembrar sessão anterior (Sons).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo o seu nome e cidade/ aldeia onde nasceu.

Cantar a *canção temática*.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Atividade Principal

1 – Infância – Solicitar aos membros que preencham a folha *A Minha Infância* (encontre-se no final do planeamento desta sessão), auxiliando-os quando necessário. No final, recolher todas as folhas e guardá-las no dossier destinado a guardar os documentos relacionados com a aplicação do PEC.

2 – Pedir a cada pessoa para desenhar e/ou descrever o seu quarto na infância e se o partilhavam com alguém, se sim com quem.

3 – Falar sobre os doces da infância (caso seja possível levar alguns para prova). Relembrar jogos ou brincadeiras da sua infância e recriar alguns (jogo do pião, jogo das cinco pedrinhas, macaca, lençinho...)

Encerramento

Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a *canção temática*.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Alimentação).

Despedidas.

A MINHA INFÂNCIA

Nome _____

Nasci a _____ em _____

A minha mãe chamava-se _____

O meu pai chamava-se _____

Tinha _____ irmãos e _____ irmãs.

Os meus irmãos chamavam-se _____

Vivíamos _____

Outras pessoas importantes na minha família eram _____

Frequentei a escola _____

Era melhor nas disciplinas de _____

Era pior nas disciplinas de _____

Na escola os meus melhores amigos eram _____

Abandonei a escola com _____ anos

O meu primeiro emprego foi _____

4ª SESSÃO - ALIMENTAÇÃO

Apresentação

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a *canção temática*. Escrever no quadro.

Relembrar sessão anterior (Infância).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo nomes de pratos/ alimentos preferidas e o nome de quem deve receber a bola. Parar jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a *canção temática*.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Atividade Principal

1 – Alimentação – Escrever no quadro categorias relacionadas com a alimentação (tais como, sopas, vegetais, carnes, peixes e sobremesas) e pedir aos membros do grupo que indiquem nomes de pratos/alimentos consoante a categoria em questão. Referir que não se podem repetir os nomes.

2 – Escrever no quadro nomes de alimentos ou nomes de pratos a confeccionar incompletos. Pedir que os completem oralmente

Exemplos (sendo que o que está entre parênteses é o que se pretende que eles adivinhem):

- (Sopa) da Pedra;
- Carne de (Porco) à Alentejana;
- (Bacalhau) à Gomes de Sá;
- Toucinho do (céu);
- (Pão) de Ló;
- Cozido à (Portuguesa);

- Canja de (Galinha);
- Tripas à (Moda) do Porto;
- (Caldo) Verde;
- (Arroz) Doce.

3 – Designar uma letra do abecedário (por exemplo, pedindo a um dos membros) e solicitar que indiquem nomes de alimentos começados por essa mesma letra. Ao fim de duas rondas, mudar de letra.

4 – Selecionar mercearias ou réplicas (como, arroz, massa, carne, peixe, atum, leite, aletria, ovos, laranjas, maçãs, etc.), atribuir-lhes um preço. Depois estabelecer um orçamento (por exemplo, 10€). Dar a conhecer estas informações aos membros do grupo e solicitar aos participantes que planeiem uma refeição completa para quatro pessoas com os alimentos apresentados, não ultrapassando o orçamento fornecido.

2 – Pedir a colaboração dos participantes numa prova de alimentos. Vendar os olhos ao membro do grupo antes de selecionar o alimento que vai provar. Oferecer o alimento para prova e pedir ao participante que o identifique pelo paladar e textura.

Encerramento

Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a *canção temática*.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Questões atuais).

Despedidas.

5ª SESSÃO - QUESTÕES ATUAIS

Apresentação

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a *canção temática*. Escrever no quadro.

Relembrar sessão anterior (Alimentação).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo o seu nome e os meses do ano (não os repetindo até já terem sido dito os 12). Parar jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a *canção temática*.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Atividade Principal

1 – Questões Atuais – Abordar notícias e acontecimentos atuais, levando artigos de jornais e revistas (de preferência mais que uma cópia de cada um para que os membros possam observar os mesmos artigos individualmente). Fazer perguntas acerca dos artigos (de preferência escrevê-las no quadro), para alimentar a discussão, pedindo opiniões sobre os diversos assuntos.

A título de exemplo:

Notícia “Falta de Enfermeiros Põe em Causa Serviços de Saúde”:

- Qual a opinião acerca disto?
- A experiência que têm em contexto de cuidados de saúde?

Notícia “Coimbra para o Mundo através da RTP:

- Se viram esta transmissão?
- O que acham acerca da visibilidade ou não que isto traz para a cidade de Coimbra?
- O que pensam sobre o turismo? Acham que é benéfico para a nossa cidade?

Notícia “Despiste na A1 mata criança de dois anos e deixa pais feridos:

- Qual é a maior causa, na vossa opinião, de acidentes de viação?
- Acham que o desenvolvimento da tecnologia tem contribuído para o aumento do número de acidentes de viação?

Encerramento

Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a *canção temática*.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Retratos/Cenários).

Despedidas.

6ª SESSÃO - RETRATOS/CENÁRIOS

Apresentação

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a *canção temática*. Escrever no quadro.

Relembrar sessão anterior (Questões Atuais).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo o seu nome, local onde nasceu e data de nascimento. Parar jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a *canção temática*.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Atividade Principal

1 – Retratos/Cenários – Apresentar fotografias de pessoas (por exemplo, atores, apresentadores, cantores) e locais conhecidos (por exemplo, monumentos, praças, locais da cidade onde está a ser realizado o PEC). Pedir aos participantes que os identifiquem um a um. Permitir que, durante este processo, as pessoas tenham oportunidade de discutir aspetos/opiniões que se recordem relacionados com estes retratos.

2 – Com as mesmas fotografias, solicitar aos membros do grupo que as organizem segundo categorias (por exemplo, políticos, artistas, religião, locais da cidade/aldeia onde está a ser realizado o PEC) e, posteriormente à associação de categorias, pedir que ordenem as imagens, tendo em conta as categorias referidas anteriormente, segundo a sua ordem cronológica (do mais antigo para o mais recente).

3 – Apresentar fotografias dos membros do grupo (tiradas em sessões anteriores) e pedir para identificarem a pessoa correspondente.

Encerramento

Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a *canção temática*.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Associação de Palavras).

Despedidas.

7ª SESSÃO - ASSOCIAÇÃO DE PALAVRAS

Apresentação

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a *canção temática*. Escrever no quadro.

Relembrar sessão anterior (Retratos/Cenários).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo um provérbio e o nome de quem deve receber a bola. Parar jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a *canção temática*.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Atividade Principal

1 – Escrever no quadro e dizer em voz alta o início de provérbios e pedir aos membros do grupo que os completem. Após a tentativa, dizer o provérbio completo de forma correta.

Exemplos:

- Dá Deus nozes (a quem não tem dentes)
- Grão a grão, (enche a galinha o papo)
- Longe da vista, (longe do coração)
- Patrão fora, (dia santo na loja)
- Deus escreve certo (por linhas tortas)
- Mais vale um pássaro na mão (do que dois a voar)
- Quem cala, (consente)
- Vale mais prevenir (que remediar)

- Quem conta um conto, (acrescenta um ponto)
- Quem não tem cão, (caça com gato)
- Filhos criados, (trabalhos dobrados)
- Roma e Pavia (não se fizeram num dia)
- De pequenino se (torce o pepino)
- Cão que ladra (não morde)
- Gato escaldado (de água fria tem medo)
- Quem canta, (seu mal espanta)
- Nem tanto ao mar (nem tanto à terra)
- Em casa de ferreiro, (espeto de pau)
- Água mole em pedra dura (tanto bate até que fura)

Nota: o que se encontra entre parênteses é o que se espera que os participantes adivinhem.

2 – Dar a ouvir o começo de músicas tradicionais (conhecidas pelos participantes), parar a música e solicitar que o grupo continue a cantar a música apresentada.

Encerramento

Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a *canção temática*.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Ser Criativo).

Despedidas.

8ª SESSÃO - SER CRIATIVO

Apresentação

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a *canção temática*. Escrever no quadro.

Relembrar sessão anterior (Associação de Palavras).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo nomes de profissões (preferencialmente profissões que exerceram) e o nome de quem deve receber a bola. Parar jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a *canção temática*.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Atividade Principal

Atividade Criativa – Numa tela colar a fotografia do grupo (tirada numa das sessões anteriores) no centro desta e escrever no topo o nome do grupo. Solicitar aos membros do grupo que se aproximem da tela e em redor da fotografia desenhar as impressões das mãos dos participantes. Posteriormente pedir que pintem a sua impressão com tintas de óleo.

NOTA: Esta tela poderá depois ser colocada em exposição no local onde está a ser aplicado o PEC.

Encerramento

Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a *canção temática*.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Classificação de Objetos).

Despedidas.

9ª SESSÃO - CLASSIFICAÇÃO DE OBJETOS

Apresentação

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a *canção temática*. Escrever no quadro.

Relembrar sessão anterior (Ser Criativo).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo o nome de uma flor e o nome de quem deve receber a bola. Parar jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a *canção temática*.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Atividade Principal

1 – Definir uma categoria (por exemplo, objetos, transportes, animais, flores, etc) e uma letra do abecedário, após isto pedir ao grupo para pensar e enunciar palavras que se incluam no definido anteriormente (escrever no quadro as palavras à medida que vão sendo enunciadas). Não repetir as palavras.

2 – Colocar cerca de 20 objetos ou fotografias a cores de objetos em cima de uma mesa. Com estes, solicitar ao grupo que agrupem os objetos ou imagens, tendo em conta determinadas categorias que vão sendo definidas uma a uma, tais como, cor, forma, utilização. Também pode ser feito através do jogo de escolher o objeto estranho num conjunto de três objetos.

Encerramento

Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a *canção temática*.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Orientação).

Despedidas.

10ª SESSÃO - ORIENTAÇÃO

Apresentação

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a *canção temática*. Escrever no quadro.

Relembrar sessão anterior (Classificação de Objetos).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo nomes de cidades e o nome de quem deve receber a bola. Parar jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a *canção temática*.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Atividade Principal

1 – Mostrar mapa de Portugal. Pedir aos membros do grupo que indiquem neste diferentes locais, tais como cidade onde nasceram, local onde viveram a maior parte da sua vida, outras cidades onde tenham vivido. Além disto, solicitar que assinalem as cidades onde estão situados alguns monumentos/locais de culto, como por exemplo, Torre de Belém, Santuário de Fátima, Mosteiro da Batalha, Torre dos Clérigos.

2 – Mostrar mapa da cidade de onde está a ser realizado o PEC. Solicitar aos participantes que apontem determinados locais/monumentos importantes e conhecidos na cidade (por exemplo, diferentes locais/monumentos de Coimbra podem ser Sé Nova, Sé Velha, Largo da Portagem, Convento de Santa Clara, Praça 8 de Maio, Universidade de Coimbra – torre).

3 – Motivar a partilha de experiências sobre as pessoas que mudaram de zona e o porquê. Caso alguém tenha viajado para o estrangeiro, usar o globo para identificar os diferentes locais. Aproveitar o momento para falar sobre o tempo de viagem, a distância entre os locais e os meios de transportes usados.

Encerramento

Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a *canção temática*.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Usar o dinheiro).

Despedidas.

11ª SESSÃO - USAR O DINHEIRO

Apresentação

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a *canção temática*. Escrever no quadro.

Relembrar sessão anterior (Orientação).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo a sua data de nascimento, a sua idade e o nome de quem deve receber a bola. Parar jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a *canção temática*.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Atividade Principal

1 – Apresentar imagens de alimentos/objetos (por exemplo, 1kg de arroz, 1 pacote de manteiga de 250gr, 1 pacote de 12 rolos de papel higiénico, 1l de azeite, etc) e solicitar que cada membro do grupo sugira um preço para esses mesmos alimentos/objetos. Após isto, referir o preço correto de mercado e verificar quem se aproximou mais do correto valor.

2 – Mostrar moedas antigas e modernas, incentivar a comparação entre estas. Proporcionar um momento de reflexão e partilha sobre as alterações de preços e valores (falar nas diferenças entre os seus primeiros ordenados e os existentes atualmente, o preço de diferentes alimentos/objetos).

Encerramento

Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a *canção temática*.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Jogos com números).

Despedidas.

12ª SESSÃO - JOGOS COM NÚMEROS

Apresentação

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a *canção temática*. Escrever no quadro.

Relembrar sessão anterior (Usar o Dinheiro).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo a sua idade. Parar jogo, após a 2ª ronda. Repetir jogo, sendo que neste se diz a idade da pessoa para quem se vai lançar a bola. Parar jogo após 2ª ronda.

Cantar a *canção temática*.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Atividade Principal

1 – Jogo do Dominó

2 – Jogo de cartas Guerra

3 – Pedir para cada pessoa tirar uma carta do baralho e dizer se essa carta é mais alta ou mais baixa que a anterior. Após a resposta confirmar se está correta ou não.

4 – Apresentar recipiente transparente contendo moedas (por exemplo, um cêntimo) e pedir para que cada elemento diga o número de moedas existentes no frasco. No final, verificar qual dos elementos se aproximou mais do número correto.

Encerramento

Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a *canção temática*.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Jogos com Palavras).

Despedidas.

13ª SESSÃO - JOGOS COM PALAVRAS

Apresentação

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a *canção temática*. Escrever no quadro.

Relembrar sessão anterior (Jogos com Números).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo o nome de um artista (ator, cantor) e o nome de quem deve receber a bola. Parar jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a *canção temática*.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Atividade Principal

1 – Jogo da Força (por exemplo, usar palavras relacionadas com as atividades já desenvolvidas ao longo das sessões, como o nome do grupo, o nome da *canção temática*, etc.) – se necessário dar pistas.

2 – Sopa de Letras (por exemplo, as palavras a procurar podem ser os nomes dos membros do grupo). Utilizar o quadro para fazer a sopa de letras, tendo por base uma feita anteriormente em papel. Utilizar as canetas ou giz de cor para assinalar as palavras que vão sendo encontradas.

Encerramento

Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a *canção temática*.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Quiz em Equipa).

Despedidas.

14ª SESSÃO - QUIZ EM EQUIPA

Apresentação

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a *canção temática*. Escrever no quadro.

Relembrar sessão anterior (Jogos com Palavras).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo coisas que tenham sido realizadas/abordadas em sessões anteriores, como sejam jogos, entre outros, e o nome de quem deve receber a bola. Parar jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a *canção temática*.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Atividade Principal

1 – Fazer duas equipas (dar-lhes nomes – pedir a colaboração das equipas neste processo). Realizar um jogo de perguntas, dando três hipóteses de resposta para cada uma. Fazer alternadamente uma pergunta a uma equipa e depois a outra. Ganha a equipa que responder corretamente a mais perguntas.

2 – Trazer e apresentar materiais usados/criados em sessões anteriores.

3 – Atribuir prémios a todos (por exemplo, uma cópia para cada participante da fotografia de grupo usada na Sessão 8 – Ser Criativo).

Encerramento

Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a *canção temática*.

Despedidas.

Nota final

Pequenas melhorias, ou mesmo a estabilização das funções cognitivas podem ser consideradas ganhos de saúde significativos. Como tal, sugerimos que a Estimulação Cognitiva seja incluída nos programas de cuidados a pessoas idosas, de forma a contribuir para a preservação da sua capacidade cognitiva e funcional e, como resultado, possibilitar um maior nível de independência.

Fazemos, ainda, uma referência final às características lúdicas do programa que proporciona um grau elevado de sucesso na adesão dos idosos às diferentes sessões.

Referências Bibliográficas

- Aguirre, E., Spector, A., Streater, A., Hoe, J., Woods B., & Orrell, M. (2012). *Making a Difference 2 - An evidence-based group programme to offer cognitive stimulation therapy (CST) to people with dementia*. London: Hawker Publications.
- Aguirre, E., Spector, A., Hoe, J., Russell, I. T., Knapp, M., Woods, R. T., & Orrell, M. (2010). Maintenance Cognitive Stimulation Therapy (CST) for dementia: A single-blind, multi-centre, randomized controlled trial of Maintenance CST vs. CST for dementia. *Trials*, 11(1), 46.
- Apóstolo, J. L. A., Cardoso, D. F. B., Marta, L. M. G., & Amaral, T. I. D. O. (2011). Efeito da estimulação cognitiva em Idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, 11(5), 193-201. doi:10.12707/R1111104
- Apóstolo, J. L. A., Carvalho, A. C., Tavares, C., Cardoso, D., Carvalho, M., & Baptista, T. (2013). Efeito da Estimulação Cognitiva na Sintomatologia Depressiva e Qualidade de Vida de Idosos. *Journal of Aging and Innovation*, 2(3), 82-91. Disponível em <http://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/revista/volume2-edicao3-julho2013/estimulacao-cognitiva/>
- Apóstolo, J. L. A., Rosa, A., Castro, I., & Cardoso, D. (2013). Cognitive Stimulation in Elderly People. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (10), 24 - 28.
- Apóstolo, J., Martins, A., Graça, M., Martins, M., Rodrigues, S., & Cardoso, D. (2013). O Efeito da Estimulação Cognitiva no Estado Cognitivo de Idosos em Contexto Comunitário. In *Actas de Gerontologia: Congresso Português de Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social* (Vol. 1, No. 1).
- Apóstolo, J., Rosa, A., & Castro, I. (2011). Cognitive stimulation in elderly. *The Journal of the Alzheimer's Association*, 4(7), 440-441.
- Apóstolo, J., Rosa, A., Tavares, J., & Fernandes, A. (2012). Estimulação cognitiva em idosos residentes em lares de terceira idade. *Revista de Enfermagem Referência*, 11(6), 211-211.
- Argimon, I. I., & Stein, L. M. (2005). Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 64-72.

- Butters, M. A., Young, J. B., Lopez, O., Aizenstein, H. J., Mulsant, B. H., Reynolds III, C. F., ... & Becker, J. T. (2008). Pathways linking late-life depression to persistent cognitive impairment and dementia. *Dialogues in clinical neuroscience*, 10(3), 345-357.
- Freitas, S. (2011). Envelhecimento e défice cognitivo: estudos de adaptação, validação e normalização do Montreal Cognitive Assessment (MoCA). [Dissertação de Doutoramento]. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação Universidade de Coimbra. 304 p.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do "Mini Mental State Examination" (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9), 9-10.
- Knapp, M., Thorgrimsen, L., Patel, A., Spector, A., Hallam, A., Woods, B., & Orrell, M. (2006). Cognitive stimulation therapy for people with dementia: cost-effectiveness analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 188(6), 574-580.
- La Rue, A. (2010). Healthy brain aging: role of cognitive reserve, cognitive stimulation, and cognitive exercises. *Clinics in geriatric medicine*, 26(1), 99-111.
- Mitchell, A. J., & Shiri-Feshki, M. (2009). Rate of progression of mild cognitive impairment to dementia—meta-analysis of 41 robust inception cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(4), 252-265.
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do mini-mental state examination. *Sinapse*, 9(2), 10-16.
- Paiva, D. S., & Apóstolo, J. L. A. (2013, Outubro). *Cognição e Envelhecimento: Estudo de Adaptação Transcultural e Validação do Six Item Cognitive Impairment Test (6-Cit)*. Trabalho apresentado no 4º Colóquio "Envelhecimento, Saúde e Cidadania", Coimbra, Portugal. Abstract disponível em: http://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php?id_abstract=5231&id_event=126.
- Santos, F. H., Andrade, V. M., & Bueno, O. F. A. (2009). Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicologia em estudo*, 14(1), 3-10.
- Souza, J. N., & Chaves, E. C. (2005). O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 39 (1), 13-19.
- Souza, P. D. S. D., Falcão, J. T. D. R., Leal, C. C., & Marino, J. G. (2007). Avaliação do desempenho cognitivo em idosos; Evaluation of cognitive performance in the elderly. *Rev. bras. geriatr. gerontol*, 10(1), 29-38. Disponível: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000100003&lng=pt&nrm=iso.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, R. T., & Orrell, M. (2006). *Making a difference: an evidence-based group programme to offer Cognitive Stimulation therapy (CST) to people with dementia*. Hawker Publications.
- Spector, A., Woods, B. & Orrell, M. (2008) Cognitive stimulation for the treatment of Alzheimer's disease. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 8(5), 751-757.
- Wimo, A., & Prince, M. (2010) *World Alzheimer Report 2010. The global economic impact of dementia*. Alzheimer's Disease International.

- Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. E., & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2. DOI: 10.1002/14651858.CD005562.pub2
- Yassuda, M. S., Batistone, S. S. T., Fortes, A. G., & Neri, A. L. (2006). Treino de memória no idoso saudável: Benefícios e mecanismos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (3), 470-481.

Referência
REVISTA DE ENFERMAGEM | JOURNAL OF NURSING

Revista científica indexada de divulgação internacional editada pela
Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

Revista indexada no SciELO Citation Index da Thomson Reuters



Projeto financiado por fundos nacionais através da FCT/MCTES (PIDDAC) e cofinanciado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) através do COMPETE – Programa Operacional Fatores de Competitividade (POFC) do QREN. [PTDC/CPE-CED/112546/2009]