

Referência

REVISTA DE ENFERMAGEM | JOURNAL OF NURSING

SUPLEMENTO AO Nº 11
SÉRIE III

ATAS DO
1º CONGRESSO INTERNACIONAL
DE LITERACIA EM SAÚDE MENTAL

PÓSTERES | COMUNICAÇÕES ORAIS
CONFERÊNCIAS

REVISTA CIENTÍFICA DA UNIDADE
DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS
DA SAÚDE: **ENFERMAGEM**

SCIENTIFIC JOURNAL OF
THE HEALTH SCIENCES
RESEARCH UNIT: **NURSING**

ESCOLA SUPERIOR
DE ENFERMAGEM
DE COIMBRA

NURSING SCHOOL
OF COIMBRA

FEVEREIRO 2014

Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
Scientific Journal of the Health Sciences Research Unit: Nursing
Revista Científica de la Unidad de Investigación en Ciencias de la Salud: Enfermería

A revista dirige-se a estudantes, investigadores, profissionais da área da Saúde e da Educação.
Divulga conhecimento científico produzido em Educação e Ciências da Saúde,
com impacto em ganhos em saúde e no desenvolvimento científico da enfermagem.

The journal is directed at students, researchers and professionals of the health and education area.
It disseminates scientific knowledge produced in Education and Health Sciences,
with an impact on health and on the scientific development of nursing.

La revista se dirige a estudiantes, investigadores, profesionales del área de la Salud y de la
Educación. Divulga conocimiento científico producido en la Educación y las Ciencias de la Salud,
con impacto sobre las ganancias en salud y sobre el desarrollo científico de la enfermería.

Indexada em:
SciELO Citation Index, Web of Knowledge, Thomson Reuters



Sistema Regional de Informação
da Universidade Nova de Lisboa
de Andréia Lúcia, de Carlos, de João, de Portugal

latindex

SciELO Portugal



SUMÁRIO



1	EDITORIAL
5	PÓSTERES
7	Educação e promoção da saúde em contexto escolar
9	Qualidade de vida e bem-estar no ciclo vital
13	Saúde e cidadania
17	Investigação: instrumentos e resultados
23	Programas e novas ferramentas de promoção da saúde, prevenção e/ou gestão das doenças
27	Outras temáticas relacionadas com a literacia em saúde
31	COMUNICAÇÕES ORAIS
33	Educação e promoção da saúde em contexto escolar
49	Qualidade de vida e bem-estar no ciclo vital
57	Intervenções em contexto clínico
63	Saúde e cidadania
69	Investigação: instrumentos e resultados
81	Programas e novas ferramentas de promoção da saúde, prevenção e/ou gestão das doenças
89	Outras temáticas relacionadas com a literacia em saúde
93	CONFERÊNCIAS

SUMMARY



3	EDITORIAL
5	POSTERS
7	Health education and promotion in school settings
9	Quality of life and well-being in the life cycle
13	Health and citizenship
17	Research: instruments and results
23	Programs and new tools for health promotion, prevention and/or management of diseases
27	Other issues related to health literacy
31	ORAL PRESENTATIONS
33	Health education and promotion in school settings
49	Quality of life and well-being in the life cycle
57	Interventions in clinical settings
63	Health and citizenship
69	Research: instruments and results
81	Programs and new tools for health promotion, prevention and/or management of diseases
89	Other issues related to health literacy
93	CONFERENCES



EDITORIAL

A Revista de Enfermagem Referência é um periódico científico indexado, *peer-reviewed*, *double-blind*, de divulgação internacional, editada pela Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.

Este documento é um suplemento ao número 11 da III Série, de dezembro 2013.

Integra um corpo de 67 *abstracts* relacionados com comunicações apresentadas no 1.º Congresso Internacional de Literacia em Saúde Mental.

Este evento científico enquadra-se no planeamento e indicadores do projeto financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia, *Educação e sensibilização para a Saúde Mental: Um programa de intervenção com base na escola para adolescentes e jovens*, e integrado no grupo de Formação de Profissionais de Saúde e Educação para a Saúde da Unidade de Investigação.

As questões relacionadas com a literacia em saúde são atuais e muito relevantes no contexto da Educação para a Saúde e particularmente no processo de envolvimento dos cidadãos na construção dos seus projetos de saúde.

O Coordenador Científico da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

Manuel Alves Rodrigues



EDITORIAL

The Journal of Nursing *Referência* is a peer-reviewed, double-blind, indexed, scientific journal of international dissemination, published by the Health Sciences Research Unit: Nursing.

This document is a supplement to the 11th edition of the III Series, from December, 2013.

It includes the abstracts (total of 67 oral presentations and posters) from the 1st International Congress on Mental Health Literacy.

This scientific meeting relates to the planning and indicators of the project *Mental Health Education and Sensibilization: a school-based intervention program for adolescents and young* funded by the Portuguese Foundation for Science and Technology. This project is part of the group Health Professionals Development and Health Education of the Research Unit.

Health literacy issues are current and very relevant within the Health Education context and particularly within the process of citizens' engagement in the development of their health projects.

The Scientific Coordinator of the Health Sciences Research Unit: Nursing

Manuel Alves Rodrigues

PÓSTERES

POSTERS

EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
EM CONTEXTO ESCOLAR

HEALTH EDUCATION AND
PROMOTION IN SCHOOL SETTINGS

A literacia em saúde mental de Adolescentes e Jovens

Hugo Tiago Lopes Madeira*, Luís Manuel de Jesus Loureiro**

Introdução: A literacia em saúde mental assume-se atualmente como aspeto determinante no desenvolvimento e implementação de programas de promoção da saúde mental, de forma a garantir a sua adequação às características e expectativas do público que pretendem alcançar. Assume especial relevância o contexto escolar, dada a importância de uma abordagem apropriada às perturbações mentais e de comportamento de adolescentes e jovens, de modo a maximizar os processos de desenvolvimento individual e a facilitar a integração e adaptação social na vida adulta.

Objetivos: Apresentamos um estudo que teve como objetivo caracterizar os níveis de literacia em saúde mental de adolescentes e jovens entre os 14 e os 22 anos, que frequentam as escolas do 3º ciclo do ensino básico e ensino secundário do distrito de Castelo Branco, ao nível da depressão, esquizofrenia e abuso de álcool

Metodologia: Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo. Como instrumento de colheita de dados, foi utilizado o Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (Loureiro, Pedreiro, & Correia, 2012) tendo-se selecionado uma amostra probabilística por conglomerados, de 492 adolescentes e jovens, selecionados a partir da população-alvo.

Resultados: Os adolescentes e jovens reconheceram mais facilmente as situações de abuso do álcool, seguindo-se a esquizofrenia e a depressão. Este reconhecimento nem sempre correspondeu a um conhecimento integral das características das perturbações, evidenciando-se algumas dúvidas e perceções incorretas. Em relação à prestação de ajuda, os adolescentes e jovens revelaram-se em geral confiantes e disponíveis para prestar apoio social positivo. Já quanto à importância atribuída à ajuda profissional, apenas na esquizofrenia não foi superada pelo apoio informal de familiares e amigos. No que respeita à exposição, os adolescentes e jovens não revelaram recetar nem rejeitar o contacto e interação com indivíduos com as perturbações apresentadas.

Conclusões: Concluímos que os níveis de literacia em saúde mental de adolescentes e jovens são baixos, manifestando muitas dúvidas e perceções incorretas acerca das perturbações, assim como evidenciando pouca interação com os serviços de saúde, com as consequentes dificuldades na procura de ajuda profissional. Ainda assim, confirmamos que a escola representa um meio privilegiado para promover a literacia em saúde mental e reduzir o estigma, quando disponibiliza aos adolescentes e jovens informações específicas de acordo com as necessidades identificadas e conteúdos que tenham em conta os seus recursos cognitivos, afetivos e sociais.

Referências bibliográficas: 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.

* HUC, UCPA, Enfermeiro

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Saúde Mental e Psiquiatria, Professor

**QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR
NO CICLO VITAL**

**QUALITY OF LIFE AND WELL-BEING IN
THE LIFE CYCLE**

Qualidade de vida das pessoas com perturbação psicótica não hospitalizadas

Ana Maria Gonçalves*

Introdução: As perturbações psicóticas provocam sérios prejuízos na vida do indivíduo, que se repercutem de forma diferenciada na sua Qualidade de Vida (Qv), de acordo com a subjetividade percebida pelos próprios indivíduos. Os preditores da Qv nas pessoas com perturbação psicótica (PP) ainda não são totalmente compreendidos, constituindo aspetos de primordial importância na adequação de respostas de intervenção no tratamento e reabilitação psicossocial.

Objetivos: Neste sentido, e com o objetivo de conhecer e analisar a Qv destas pessoas e a sua relação com variáveis sócio-demográficas, clínicas e psicossociais realizámos um estudo descritivo e correlacional a 40 pessoas com diagnóstico de PP, não hospitalizadas.

Metodologia: Para isso aplicou-se o questionário da versão breve da OMS (World Health Organization Quality of life), adaptada para português de Portugal (WHOQOL – Bref), (Canavarro et al., 2006) e um questionário de caracterização e colheita de dados às pessoas com PP, assistidas e acompanhadas em serviços de ambulatório e visitas domiciliárias do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra – Unidade Sobral Cid.

Resultados: Os resultados indicam que as pessoas com PP percecionam na maioria dos domínios uma Qv no limite inferior do satisfatório (=50,00), salientando-se o domínio das relações sociais como o mais problemático (38,75). Verificamos que as pessoas com PP com maior escolaridade tendem a percecionar melhor Qv no domínio ambiente ($p < 0,05$); as com mais tempo de evolução de doença tendem a percecionar melhor Qv geral ($p < 0,05$); as sujeitas a medicação antipsicótica injetável depôt, tendem a percecionar melhor Qv geral ($p < 0,05$) e no domínio psicológico ($p < 0,05$); as que não têm perceção de sofrer de doença tendem a percecionar melhor Qv geral ($p < 0,05$) e nos domínios físico e ambiente ($p < 0,05$); as que não possuem perceção de apoio emocional tendem a percecionar melhor Qv geral ($p < 0,05$).

Conclusões: Estes resultados devem constituir aspetos reflexivos da prática em Saúde Mental Comunitária, constituindo uma mais-valia na programação e reorganização dos modelos assistenciais em cuidados continuados na comunidade e reabilitação psicossocial. Neste contexto, o Enfermeiro Especialista de Saúde Mental poderá dar um contributo preponderante na integração de equipas multidisciplinares nos cuidados continuados de saúde mental comunitários, na abordagem às pessoas com PP e seus familiares.

Referências bibliográficas: Bandeira, M. & Cerari, L. (2010). Avaliação da qualidade de vida e perceção de mudança em pacientes com esquizofrenia. *Jornal Psiquiatr*; 59(4).

Canavarro, M. C., et al. (2006). Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 15-23.

Comissão Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa. CNSM

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental nº 129/2011, 18-02-2011. *Diário da República*. 2ª Série(35), 8669-8673.

* IDT, UDC, Enfermeira

Solidão em diferentes faixas etárias

Ana Isabel da Silva Teixeira*

Introdução: Este estudo aborda a solidão e de como esta pode afetar diversos grupos etários. Será importante para se poder, através de uma análise dos dados, verificar se o senso comum sobre a solidão é realmente válido, ou seja, que a solidão está mais presente nos idosos ao invés dos outros grupos etários. Sendo que também se poderá ver o quanto a solidão afeta os adolescentes e adultos.

Objetivos: Um dos objetivos foi ampliar o campo de análise a adolescentes, pessoas ativas profissionalmente e idosos. Irá dar maior contributo à validade externa do constructo da solidão, ou seja, procurar analisar alguns determinantes sociodemográficos da solidão (idade e sexo) e as relações da solidão com três constructos psicológicos: neuroticismo, satisfação com a vida e otimismo.

Metodologia: A amostra utilizada é constituída por 325 sujeitos distribuídos por subamostras das diferentes faixas etárias. Estes foram consentidos de toda a informação necessária assim como as suas instruções. Após o preenchimento os dados, estes foram recolhidos e analisados.

Resultados: Através dos resultados verificou-se um efeito principal significativo em relação ao grupo etário, os adolescentes e os idosos sentiam mais solidão que os adultos, o efeito principal do sexo não se mostrou significativo e, igualmente, a interação, faixa etária e sexo, nas correlações entre a escala de solidão e outras escalas, constatou-se que quanto aos adolescentes, a solidão está correlacionada significativamente com o neuroticismo e também, mas em sentido negativo, significativamente correlacionada com a satisfação com a vida e o otimismo (o mesmo acontece nos adultos e idosos), nos adolescentes a primeira variável foi o neuroticismo, depois a satisfação com a vida, não havendo o otimismo por não ser significativo, e nos adultos, encontrou-se em primeiro lugar o neuroticismo, depois o otimismo e não houve muita significação com a satisfação com a vida (o mesmo acontecendo com os idosos).

Conclusões: Conclui-se que ao contrário do que se esperava, este estudo não mostrou que a solidão vá diminuir ao longo do ciclo vital, pois os adolescentes e os idosos sentem mais a solidão que os adultos. Estes resultados propõem que a solidão é sobretudo um problema dos adolescentes e dos idosos, sendo que o facto de os adolescentes serem um grupo etário propenso à solidão é compatível com a teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson.

Referências bibliográficas: Botelho, Nídia N. S. (2012). Auto-estima, conhecimento do par amoroso e estratégias de coping: Percepção dos jovens adultos sobre o apoio à relação amorosa. (Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa Faculdade de Psicologia, Portugal). Retirado de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/8049>

Freire, H. B. G., & Noriega, J. Á. V. (s.d.). Coping em estudantes universitários: Relação com áreas do conhecimento. *Psicologia para América Latina*. Retirado de <http://psicolatina.org/21/coping.html>

Miguel, S. P., & Bueno, M.H. (2007). Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento: Um estudo correlacional. Acedido em Abril, 16, 2013, em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0578.pdf>

Ramos, S. I. V., & Carvalho, A. J. R. (2007). Nível de stress e estratégias de coping dos estudantes do 1º ano do ensino universitário de Coimbra. Acedido em Abril 16, 2013, em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0368.pdf>

* Universidade Lusofona do Porto.



Referência
REVISTA DE ENFERMAGEM | JOURNAL OF NURSING

SAÚDE E CIDADANIA
HEALTH AND CITIZENSHIP

A arte de comunicar no processo de cuidar do doente crítico

Sara Paula da Silva Gomes*, Ana Cristina Garcia Lopes Cavaleiro**,
Ana Rita Freire Gonçalves***, Paulo Alexandre Carvalho Ferreira****

Introdução: O Homem é um ser biopsicosociocultural, que quando inserido num meio hospitalar, perde a soberania do seu espaço pessoal, podendo traduzir-se em sentimentos de perda de controlo sobre si e sobre o meio que o rodeia (Potter & Perry, 2006). Quando a isto se junta a necessidade de cuidados intensivos o doente perde a capacidade de se exprimir como o habitual, e neste caso necessita que o enfermeiro seja capaz de interpretar as suas mensagens e ter as competências comunicacionais ajustadas a esta condição.

Objetivos: Caracterizar o conceito de comunicação em Cuidados Intensivos (CI); Identificar as formas de comunicação mais utilizadas em CI; Caracterizar de que forma a comunicação é percebida pela equipa médica, o doente e a família; Identificar as barreiras à comunicação; Identificar quais as estratégias de comunicação mais utilizadas/eficazes; Compreender de que forma os fatores comunicacionais interferem no bem-estar da pessoa em estado crítico e dos seus familiares.

Metodologia: Para realizar esta revisão da literatura através da estratégia PICO, recorremos a bases de dados eletrónicas: B-on, PubMed e Scielo tendo utilizado as seguintes palavras-chave: Enfermagem, Comunicação, Doente crítico, Cuidar. Para selecionar criteriosamente os resultados apresentados, foram definidos os seguintes critérios de inclusão: artigos superiores a 2002; artigos de investigação primários. Como critérios de exclusão foram estipulados: todos os artigos que não preencham os critérios de inclusão e artigos referentes à área pediátrica. Após a aplicação destes critérios e a análise de todos os artigos encontrados, subsistiram 9 artigos.

Resultados: Foram analisados 9 artigos acerca da temática que permitem afirmar que a comunicação em cuidados intensivos assume um papel importante na recuperação dos doentes, sendo a forma não-verbal a mais utilizada pelos mesmos e também pelos profissionais de saúde. É possível dizer que existem barreiras que todos os profissionais de saúde identificam na comunicação, mas para as ultrapassarem utilizam estratégias que facilitam a mesma (Motta, 2007; Osswald, 2005).

Conclusões: Existe evidência de que a comunicação em ambiente de CI interfere no bem-estar das pessoas. Quando a comunicação é realizada adequadamente proporciona conforto psicológico, segurança e satisfação aos familiares e doentes. A comunicação surge em todos os casos como algo positivo, favorável e indispensável à condição humana e neste caso à prestação de cuidados de enfermagem em Unidade de Cuidados Intensivos. Deste modo, a realização desta revisão de literatura permitiu evidenciar a necessidade de existirem ações de formação para que os profissionais consigam desenvolver competências comunicacionais mais efetivas e que melhorem a qualidade do cuidar.

Referências bibliográficas: Motta, A. (2007). *Comunicação entre equipe de enfermagem e cliente submetido à intubação orotraqueal*. Retirado de <https://repositorio.ulba.br/ri/bitstream/ri/9562/1/Alyne%2520Mottapt1.pdf>.
Osswald, W. (2005). Humanização em saúde. *Servir*, 53(2), 74-78.
Potter, P., & Perry, A. (2006). *Fundamentos de enfermagem: Conceitos e procedimentos*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, RN, UICISA: E

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

*** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCP - Médico-Cirúrgica, Docência

Sr. Dente: um programa de intervenção em contexto escolar

Fernanda Ramos Matias dos Reis*, Margarida Pocinho**

Introdução: A investigação na área evidencia que a maioria dos estudos são referentes aos hábitos de higiene oral e a necessidade da literacia desta em conhecimentos da prevenção das doenças orais (Lalić, Aleksić, Gajić, & Malesević, 2013; Gomes & Silva, 2010).

Objetivos: O estudo Sr. Dente teve como objetivo identificar e realizar um levantamento dos hábitos de higiene oral das crianças do ensino pré-escolar, bem como promover, motivar e sensibilizar as crianças acerca desta, ao verificar se a instrução de higiene oral, nomeadamente a escovagem, tem efeito positivo na redução da placa bacteriana medida através do índice de Greene & Vermillion Simplificado (IGV) recomendado pelas normas da DGS e, consequentemente a aquisição de novos conhecimentos de higiene oral.

Metodologia: O Sr. Dente foi, na sua primeira intervenção, aplicado a 258 crianças que frequentam o ensino pré-escolar do concelho de Oliveira do Bairro entre os 3 e os 6 anos de idade, permitindo avaliar os hábitos de higiene oral das crianças, bem como a eficácia da escovagem após terem sido realizadas as instruções de higiene oral.

Resultados: Depois de analisados os dados obtidos, verificou-se a existência de melhorias significativas no índice de placa bacteriana após a sensibilização e atividades lúdicas. O estudo, através do aumento da literacia e comportamentos adequados, permitiu que a população envolvida tivesse acesso a ensinamentos de higiene oral com vista à prevenção das doenças orais, nomeadamente a cárie dentária e as doenças periodontais.

Conclusão: Concluímos por isso que adoção destas duas metodologias (ensino e aplicação dos conteúdos ensinados) permite de forma eficaz alterar e adotar comportamentos saudáveis. O estudo ora apresentado poderia, devido às alterações bucais, um alto índice de cárie, gengivite e periodontopatia que são observados em Doentes Mentais e pacientes portadores de Distúrbios Neuropsicomotores, devido quer ao tipo de medicamentos que necessitam, quer à falta de higienização e iliteracia dos responsáveis pelo auxílio e orientação bucal destes pacientes.

Referências Bibliográficas: Gomes, V. E., & Silva, D. D. (2010). A importância do controle de placa dental na clínica odontológica. *Arquivos em Odontologia*, 46, 22–27. Retirado de <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/aodo/v46n1/a04v46n1.pdf>

Guedes Pinto, A. C. (2003). *Odontopediatria* (7. ed.). São Paulo: Santos, (Grupo GEN).

Lalić, M., Aleksić, E., Gajić, M., & Malesević, D. (2013). Oral health related knowledge and health behavior of parents and school children. *Medicinski pregled*, 66(1-2), 70–9. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23534304>

Darby, M. L., & Walsh, M. M. (2010). *Dental hygiene theory and practice third edition*. (Third ed.). St. Louis, Missouri: Sanders Elsevier.

Varellis, M. L. Z. (2005). *O Paciente com Necessidades Especiais na Odontologia- Manual Prático* (1. ed.). São Paulo: Santos, (Grupo GEN).

* Mestre em Educação para a Saúde – Higienista oral Centro Saúde Oliveira Bairro

** Doutorada em Saúde Mental - Prof. Adjunta da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra - IPC

**INVESTIGAÇÃO: INSTRUMENTOS E
RESULTADOS**

**RESEARCH: INSTRUMENTS AND
RESULTS**

Conselheiros comunitários de saúde para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa

Amanda Rosa Guimarães Renno*, Ianê Nogueira do Vale**

Introdução: A taxa de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) no Brasil comparada aos parâmetros da Organização Mundial de Saúde é considerada razoável (< 50%) (Brasil. Ministério da Saúde, 2010). O aconselhamento realizado por pares, é eficaz no início, duração, exclusividade do AM (Donna J. Chapman, 2010). Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são parte da equipe de saúde que mantém mais contato com a população materno infantil no Brasil (Brasil. Ministério da Saúde, 2009), e carecem de capacitação baseada em evidências científicas.

Objetivos: Realizar uma revisão integrativa sobre as estratégias de treinamento/capacitação de conselheiros comunitários de saúde (leigos, próximos, semelhantes, voluntários ou contratados) para promoção do aleitamento materno (AM).

Metodologia: Revisão integrativa dos estudos que descrevem a capacitação de leigos para promoção/proteção do AM. Critérios inclusão: publicados nos últimos dez anos, em forma de artigo, periódicos nacionais e internacionais, português, inglês e espanhol; qualquer método de pesquisa; com título e resumos disponíveis e indexados nas bases de dados. Descritores utilizados: aleitamento materno; treinamento; agentes de saúde; lay health worker; educação em saúde; community health agent; peer support; peer counseling; breastfeeding. Foram excluídos os estudos que não detalhavam o método da capacitação. As publicações selecionadas para leitura integral foram 51.

Resultados: Após leitura, a amostra desta revisão constituiu-se de sete artigos (apenas um em português) publicados no período de 2004 a 2010, sendo três randomizados controlados, dois estudos descritivos e um relato de experiência. Sobre os programas de capacitação verificou-se que incluíam critérios claros de perfil do conselheiro, conteúdo teórico definido, prática supervisionada, estratégia participativa de ensino, critérios de avaliação, avaliação formal e seguimento pós-treinamento. Os conselheiros eram remunerados com ajuda de custo ou salário. O estudo realizado com voluntárias teve dificuldade com a regularidade da ação educativa. Com exceção de um programa de capacitação, todos tiveram carga horária acima de 20h teórica e pelo menos a mesma carga horária de prática supervisionada. Um dos estudos descreveu a capacitação de “pais conselheiros”. A habilidade de aconselhamento foi desenvolvida em cinco das publicações. Alguns estudos relataram algumas lacunas metodológicas que não chegaram a invalidar o resultado principal.

Conclusões: “Conselheiros comunitários” capacitados contribuem para o aumento das taxas de aleitamento materno em diferentes contextos. É desejável que os programas de capacitação sejam desenvolvidos por profissionais com experiência comprovada ou Consultor Internacional em, incluir horas de prática supervisionada e habilidades de aconselhamento. A autonomia na função depende de avaliações bem elaboradas de conteúdo teórico e acompanhamento prático até que profissionais preparados os considerem aptos do ponto de vista técnico de aleitamento materno e de aconselhamento. A estratégia participativa de ensino deve ser utilizada para ser reproduzida na prática com as nutrizes. Os “conselheiros comunitários” remunerados pelo trabalho, apresentam melhor atuação.

Referências bibliográficas: Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nos municípios brasileiros*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde.

Donna J., & Chapman, K. M.-E. (2010). Breastfeeding peer counseling: from efficacy through scale-up. *Journal of Human Lactation*, 26(3), 314-326. doi:10.1177/0890334410369481.

* Universidade Estadual de Campinas, Enfermagem, Graduada

** Universidade Estadual de Campinas, Enfermagem, Professora Assistente Doutora [ianenvale@gmail.com]

Efeito da Estimulação Cognitiva em Idosos em Contexto Comunitário

Daniela Filipa Batista Cardoso*, João Luís Alves Apóstolo**, Lilia Marisa Gonçalves Marta***, Taciana Inês de Oliveira Amaral****

Introdução: O envelhecimento populacional tem levado a um aumento na prevalência de doenças degenerativas crónicas, especialmente a demência. Estudos nacionais e internacionais sugerem que a estimulação cognitiva se associa a uma diminuição do risco de declínio cognitivo, da sintomatologia depressiva; melhora a autonomia dos idosos, aumentando a proteção contra o aparecimento de demência; e deve ser uma componente essencial do cuidado ao idoso.

Objetivos: Avaliar o impacto de um programa de estimulação cognitiva (PEC) na cognição, na sintomatologia depressiva (SD) e nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD's) de idosos em contexto comunitário.

Metodologia: Estudo experimental (Maio-Junho de 2011), com pré e pós-teste e grupo de controlo. Amostra de 23 idosos (30,43% homens e 69,57% mulheres, $\bar{x}=77,66$ anos, $DP=7,73$), dos quais 14 no grupo experimental e nove no de controlo. Instrumentos (versões portuguesas): Montreal Cognitive Assessment, Geriatric Depression Scale-15 e Lawton Brody Instrumental Activities of Daily Living. O grupo experimental foi sujeito a 14 sessões do PEC-Fazer a Diferença, versão portuguesa do Making a Difference: An Evidence-based Group Programme to Offer Cognitive Stimulation Therapy to People with Dementia.

Resultados: Os idosos submetidos ao PEC melhoraram o estado cognitivo, explicando a intervenção em 17,86% da variação. A análise da evolução dos casos permitiu verificar que os idosos submetidos ao PEC apresentaram uma melhoria do seu estado cognitivo, com 85,72% a evoluir positivamente, comparativamente ao grupo de controlo em que esta evolução ocorreu somente em 22,22%. Estes resultados vão ao encontro dos obtidos em diversos estudos nacionais e internacionais. Por outro lado, a evidência não permitiu concluir sobre o efeito da estimulação cognitiva na SD e nas AIVD's. Contudo, 20% e 17%, respetivamente, mais idosos melhoraram a sua condição clínica comparativamente aos não submetidos ao programa, encorajando a realização de novos estudos nesta área.

Conclusões: A estimulação cognitiva melhorou a condição cognitiva dos idosos. O PEC-FD contribui, assim, para a manutenção da saúde cognitiva dos idosos, podendo atrasar a instalação do quadro demencial e, conseqüentemente melhorar a autonomia e independência destas pessoas. Portanto, aconselha-se a sua implementação como componente do cuidado a idosos em contexto comunitário. Contudo, sugerem-se novos estudos, com amostras de maior dimensão, PEC de manutenção e avaliação de follow-up, que reforcem e clarifiquem estes resultados.

Referências bibliográficas: 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*, 3(5), 193-201.

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*. [S.l.]: Hawker Publications.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra [dcardoso@esenfc.pt]

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCPEI, Professor

*** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Labels used by youth to describe mental health disorders

Luís Manuel de Jesus Loureiro*, Sara Paula da Silva Gomes**

Introduction: Recognition of mental health problems or disorders (in order to facilitate help seeking) is one of mental health literacy components (Jorm, 2012). The use of labels can help indicate which is the perception that one person has about the severity of the problem.

Objective: Compare labels used by Portuguese youth to describe mental health disorders (depression, schizophrenia, and alcohol misuse).

Methodology: Descriptive correlational study with the administration of QuAlisMental (Loureiro, Pedreiro & Correia, 2012). Data were collected between November 2011 and May 2012, with the use of a multi-step sampling, stratified by clusters. We used the multiple answer cross table of IBM-SPSS v.22, and we calculated tests of differences in proportions (by line) with Benferroni correlation. We also calculated the Chi-Square test and the measure of association V of Cramer.

Results: Recognition of disorders is modest (Loureiro, Jorm, et al., 2013; Loureiro, Barroso, et al., 2013; Loureiro et al., 2014). The use of labels shows, in one hand, a link between the marked label and the mental disorder described. In other hand, it shows a lack of knowledge which can be translated, for instance, in the association of the label “nervous breakdown” to depression and “age crisis” to alcohol misuse.

Conclusion: The results of this study show the need to intervene in mental health literacy, through programs built to increase literacy of teenagers and youth, to facilitate help seeking behaviors.

References: 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., 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., 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

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Saúde Mental e Psiquiatria, Professor

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, RN, UICISA: E

Literacia em saúde e adesão à terapêutica na Diabetes Mellitus tipo 2

Rui Santos Cruz*, Oriana Filipa Marcelino de Jesus Martins**,
 Maria Clara Pereira Rocha***, Anabela Correia Martins****,
 Isabel Maria de Aguiar Cabral de Andrade*****

Introdução: A Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT 2) é uma das patologias crónicas mais prevalentes em todo o mundo. O sucesso do tratamento desta doença, depende muito da participação do paciente no processo de cuidados de saúde, em especial da adesão à terapêutica. Dos vários fatores que interferem com a adesão terapêutica e estão relacionados com o paciente, destacamos a literacia, nomeadamente a literacia em saúde.

Objetivos: Analisar a relação entre literacia em saúde e adesão à terapêutica em indivíduos com Diabetes Mellitus Tipo 2 e como os fatores: idade, género, nível socioeconómico e as habilitações literárias se relacionam com a literacia.

Metodologia: Realizou-se um estudo observacional, descritivo-correlacional e transversal, numa amostra de 59 indivíduos diabéticos acompanhados num Centro de Saúde e numa Farmácia. Os dados foram recolhidos por entrevista, através da aplicação de um questionário constituído para determinar o nível de literacia (Newest Vital Sign) e o grau de adesão à terapêutica (Medida de Adesão ao Tratamento – MAT).

Resultados: A amostra pertence maioritariamente ao sexo feminino (52,5%), com a média das idades de 60,90 anos ($dp \pm 13,18$), com ensino primário (52,5%), na reforma (54,2%) e com nível socioeconómico baixo (50,8%).

Apresentam bons hábitos nutricionais (89,8%), consomem menos de 2 bebidas alcoólicas por dia (88,1%), prática diária de atividade física (54,7%) e não fumam (89,8%).

Tempo médio de diagnóstico da DMT 2 de 10,38 anos ($dp \pm 9,35$), hipertensão (61,0%), obesidade (42,4%). Para a Diabetes, 86,4% da amostra faz medicação oral (73,01% corresponde à Metformina), 10,2% faz medicação oral mais injectável e apenas 3,4% faz somente medicação injectável. Para além destes faziam Antihipertensores (19,58%) e Antidislipidémicos (13,99%). Quanto à adesão terapêutica, variou entre 28 e 48, com uma média elevada de 42,79 ($dp \pm 5,47$).

Relativamente à literacia em saúde, os resultados do questionário Newest Vital Sign apresentam uma média de 1,9 ($dp \pm 0,824$). A análise das pontuações mostra que 71,2% dos utentes apresentaram resultados entre o escalão 1 e 2.

Conclusões: A amostra apresenta bons níveis de adesão à terapêutica, mas baixa literacia em saúde. Determinantes como idade, habilitações literárias e nível socioeconómico influenciam o nível de literacia em saúde, sendo que o género dos utentes não parece influenciar.

A relação entre idade e literacia em saúde revelou-se inversamente proporcional, sendo que os utentes mais idosos revelaram níveis mais baixos de literacia em saúde.

Quanto à relação entre a literacia e a adesão, apesar dos dados não serem estatisticamente significativos, constatou-se uma relação negativa entre o grau de literacia e a adesão à terapêutica.

Referências bibliográficas: Rubin, R.R.(2005). Adherence to pharmacologic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. *The American journal of medicine*. 118, Suppl, 27S-34S.

Nath, C.(2007). Literacy and diabetes self-management. *The American journal of nursing*. 107(6), Suppl, 43–9.

Gimenes, H.T., Zanetti, M. L., & Haas V.J. (2009). Factors related to patient adherence to antidiabetic drug therapy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*,17(1).

Ishikawa H.,& Yano, E. (2011). The relationship of patient participation and diabetes outcomes for patients with high vs. low health literacy. *Patient education and counseling*. 84(3), 393–7.

* Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Departamento de Farmácia, Presidente da Comissão Científica

** Instituto Politécnico de Coimbra, ESTESC, DFARM, Departamento de Farmácia, Aluna

*** Instituto Politécnico de Coimbra, ESTESC, DCC, Departamento das Ciências Complementares, Docente

**** Instituto Politécnico de Coimbra, ESTESC, DFISIO, Departamento de Fisioterapia, Docente

***** Instituto Politécnico de Coimbra, ESTESC, DCC, Departamento das Ciências Complementares, Docente

Potencial de Recovery do Doente com Esquizofrenia versus Auto-Estigma

Carlos Melo-Dias*, Dília Maria Fonseca Lopes,
 Maria da Conceição Ribeiro Simões**,
 Isabel Maria dos Santos Silva Lourenço

Introdução: Experienciar esquizofrenia é devastador, dado o início precoce, a sintomatologia, a longa duração, e o estigma envolvido.

O estigma condiciona o modo de vivenciar a doença e consequências, e a procura ajuda, influenciando oportunidades de trabalho, de relações, de gerir a habitação, e de suporte social (Rüsch, Angermeyer e Corrigan, 2005).

Potencial de recovery é viver de forma satisfatória sem os constrangimentos da doença mental (Corrigan et al., 2004), gerindo o estigma e o auto-estigma (Sartorius, 2002).

Objetivos: Pretende-se com esta RSL analisar a influência do Auto-Estigma no Potencial de Recovery em pessoas com esquizofrenia. Tentar-se-á conclusivamente propor um conjunto de estratégias extraídas da revisão sistemática.

Metodologia: Para responder à questão de revisão “Qual a influência do Auto-Estigma no Potencial de Recovery das pessoas com esquizofrenia?” estabeleceu-se um protocolo de pesquisa com critérios de seleção dos estudos, com a metodologia PICRCD (Melo-Dias e Lopes, 2011), pesquisando em Junho de 2010 na PubMed, Scielo, B-On (Ciências da Saúde), e SpringerLink, com as palavras-chave Self-stigma e Schizophrenia, artigos publicados desde 2006. Dos 287 artigos pré-selecionados, escolheram-se 15 para a revisão.

Resultados: Da análise dos 15 artigos na globalidade de resultados podem sintetizar-se os seguintes: Sintomas psiquiátricos menos graves, melhor funcionamento global, e melhor insight dos efeitos benéficos da medicação estavam associados de forma estatisticamente significativa à adesão ao tratamento (participação e assiduidade). A presença de alto nível de sintomas negativos e baixa capacidade de atenção, está relacionada com pior nível de autoestima e com o maior nível de Auto-estigma. O decréscimo da Autoestima estava correlacionado de forma estatisticamente significativa com o Insight, sendo que as pessoas com melhor insight demonstraram maior facilidade para mudar o seu problema de saúde mental. Relativamente à qualidade de vida, é melhor nos grupos com baixo nível de sintomas negativos, sendo que melhora em conjunto com as capacidades instrumentais através da reabilitação psicossocial. Aqui, também o Auto-estigma se revelou um preditor estatisticamente significativo das mudanças na qualidade de vida e na capacidade instrumental.

Conclusões: A evidência estatística sustenta que quanto maior o auto-estigma, menores serão a autoestima, capacidade de insight, capacidade de ação, funcionamento global, autoeficácia e empoderamento. Estas influências negativas conduzem à redução da procura de cuidados de saúde mental, à redução da adesão ao tratamento psicossocial e a baixa qualidade de vida. Para a reintegração, incluindo o auto-estigma como foco de atenção e de intervenção, algumas estratégias dum programa de reabilitação psicossocial (envolvendo também as pessoas significativas) seriam: entrevistas motivacionais; psicoeducação com informações úteis sobre a sua doença mental; terapia cognitivo-comportamental; treino de competências na resolução de problemas e na assertividade.

Referências bibliográficas: Corrigan P.W., Watson, A.C., Warpinski, A.C. & Gracia, G. (2004). Stigmatizing attitudes about mental illness and allocation of resources to mental health services. *Community Mental Health Journal*, 40(4), 297-307.

Acedido em Junho, 15 2010, em <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/reprint/30/4/1035.pdf>

Dias, C. M. & Lopes, M. (2011). RSL operacionalizada. *Nursing*, 271, 21-27.

Rüsch, N., Angermeyer M., Corrigan, P. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-39. Acedido em Junho, 15 2010, em <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0924-9338/PIIS0924933805000908.pdf>

Sartorius, N. (2002). Iatrogenic stigma of mental illness. *British Medical Journal*, 324, 1470-1471. Acedido em Junho, 15 2010, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1123430/pdf/1470.pdf>

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Professor Adjunto [cmelodias@esenfc.pt]

** Cirurgia A - HUC

**PROGRAMAS E NOVAS FERRAMENTAS DE
PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO E/
OU GESTÃO DAS DOENÇAS**

**PROGRAMS AND NEW TOOLS FOR
HEALTH PROMOTION, PREVENTION
AND/OR MANAGEMENT OF DISEASES**

Autorrealização na doença crónica

Maria Gorete de Jesus Baptista*, Galvão, Ana Maria**,
M A Romão Veiga Branco***

Introdução: A busca de realização pessoal perspectiva a promoção de bem-estar, de enfrentamento e de adaptação, fundamental para as pessoas com doença crónica. Este estudo realiza-se dentro deste novo paradigma para a saúde na doença, numa perspectiva de reconhecimento e compreensão das limitações pelo IRC em hemodíalise implicando uma atitude positiva, característica central do funcionamento psicológico positivo. O hemodialisado deve aprender a lidar com a nova situação, aceitando-a, não se esquecendo do seu estado de saúde mas também não se desvalorizando.

Objetivos: Propusemo-nos analisar a auto-actualização, mais comumente conhecida por auto-realização, como variável positiva e o seu impacto ao nível da aceitação psicológica da doença, em doentes em tratamento de hemodíalise crónica, ou seja, verificar a influência positiva da auto-actualização na aceitação da doença crónica.

Metodologia: Estudo exploratório numa amostra populacional de 210 doentes em tratamento de hemodíalise, distribuídos por Centros de Diálise do Norte e Centro de Portugal. Os questionários foram aplicados a doentes hemodialisados adultos, com escolaridade mínima 1º ciclo, sem patologia mental diagnosticada. Utilizamos escalas que proporcionam completa exploração das dimensões em causa: - "Escala de Auto-Atualização" (Guerra, 1992) e "AIS: Acceptance of illness scale" (Felton, 1984). Na análise estatística avaliou-se o comportamento da amostra relativamente a cada escala e a relação entre a auto-actualização e aceitação da doença (Pearson e RLM).

Resultados: Avaliamos a fiabilidade dos dois instrumentos e os resultados obtidos para o α de Cronbach são superiores a 0,7 o que indica uma boa consistência interna das escalas (Auto-actualização: .839; AIS: .794). Nas estatísticas descritivas obtidas na amostra verificamos que os valores mínimo e máximo observados (O) estão dentro do intervalo esperado (E) para cada escala (AIS- E:8 a 40; O:10 a 30 e Auto-actualização: E:33 a 165 O:55 a 146). Os hemodialisados apresentaram, em média, níveis de auto-actualização (93,51) e aceitação da doença (22,76) moderados. Os resultados obtidos indicam que existem valores significantes ($p < 0,05$) e uma correlação positiva ($r=0,306$) o que nos permite inferir que quanto maior for a auto-actualização maior será a aceitação da doença e vice-versa. Ajustaram-se os dados obtidos a um modelo de RLM observando-se que a auto-actualização consegue explicar moderadamente a variação da aceitação da doença. 54,2% das variações na aceitação da doença são explicadas pelas variações da auto-actualização.

Conclusões: Os significados atribuídos pelo indivíduo ao estado de doença são condicionados pelas emoções, vivenciando um processo de experiência subjetiva de sofrimento com diversas respostas adaptativas. A forma como as pessoas lidam com o sofrimento e seus benefícios pode trazer possibilidades de ajustamento e crescimento pessoal frente à adversidade. O indivíduo que busca a sua realização desenvolve as suas potencialidades e terá maior capacidade para aceitar as limitações que a doença condiciona¹²³⁴. É importante identificar fatores emocionais que afetam os doentes crónicos e como conseguimos, ou não, lidar de forma positiva com os problemas decorrentes da doença e seus tratamentos.

Referências bibliográficas: Baptista, M. G. J. (2012). *Aceitação da doença crónica. Um estudo no adulto em tratamento de hemodíalise*. (Tese de doutoramento). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.

Felton, B. J., Revenson, T. A. & Hinrichsen, G. A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science and Medicine*, 18, 889-898.

Guerra, M. P. (1992). Conceito de auto-actualização, elaboração de uma escala e avaliação das suas qualidades psicométricas. *Psicologica*, 7, 95-102.

Martins, G., Cunha, S., & Coelho, R. (2005). A auto-actualização como motivação para aceitar a doença. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 17(1-2), 115-123.

* IPB-ESSa, Ciências de Enfermagem, Professor-adjunto [gorete@ipb.pt]

** IPB- Escola de Saúde, Ciências Sociais e Gerontologia, Professora Coordenadora- Psicóloga Clínica

*** Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Departamento de Ciências Sociais e de Gerontologia, Professor Coordenador

Literacy of Patient with Experience of Mental Illness – Methods of Health Education and Psychoeducation in Mental Health Nursing

Carlos Melo-Dias*, Cândida Rosalinda Exposto Costa Loureiro**,
Olívia Andreia dos Santos Galvão Lourenço, Liliana Matias Barreto

Introduction: Coping with our transitions (Meleis, 2010) or satisfying our human needs (Henderson, 2001) is a demand for each of us. Be knowledgeable and reflect about this knowledge is crucial to maintain health, prevent or treat problems/disturbances.

Nurses are able to do it, but they need clearly knowing, what patients know about themselves and the illness? And about coping with that all? How nurses teach and train patients? About what? Which methods and strategies they prefer and are evidence based practice?

Objectives: In our point of view literacy of Patient with Experience of Mental Illness (PEMI) is strongly sensitive to nursing interventions therefore the intrinsic concern is about establishing a basis for developing knowledge in nursing and improving practice focused on health education methods and strategies within nursing care.

Exhibit a critical structured reflective inquiry based on three phases: descriptive, reflective, and critique/emancipatory.

Methodology: Acknowledge literacy of PEMI as independent variable of clinical reasoning in nursing, based on Nurses knowledge and experience, to systematically select, compare, test, infer and decide about clinical evidence from patients, generating clinical decisions (Melo-Dias & Lopes, 2010).

Addressing health promotion and also functional adaptation to health problems as descriptive statements of quality of nurses exercise, we use critical structured reflective inquiry as method to consciously examine what has occurred in terms of thoughts, feelings and actions against underlying beliefs, assumptions and knowledge (Kim, 1999).

Results: The descriptive phase contains the thoughts, feelings, circumstances and features of the situation of caring for a PEMI, questioning: Who is? What features have the situation? What patient knows about itself and about the disease? What he knows about health, and mental health? Why this subject is significant to me?

The reflective phase contains the analysis about what happen in the terms of thoughts, feelings and actions against underlying beliefs, assumptions and knowledge. This reflection has three different foci: against ourselves, against contextual features, including the colleagues, and against scientific knowledge.

Also we shall drive through: did I Intervened on disease knowledge, on health knowledge, on knowledge of himself, or on all? I worked on this aspect, what I did and how I did it? What is the best approach to this subject?

At last, the critique/emancipatory phase is orientated to correcting and changing less-than-good or ineffective practice or moving forward to future assimilation of new innovations emerging from practice.

Conclusions: In the end we shall present new knowledge through this investigation of knowledge embedded in practice, exposing what is nursing, helping teaching nurses, sharing learning, helping nurses reasoning critically and constructively, increasing confidence, security and competence on nurse performance, within PEMI mental health literacy and Nursing methods and strategies to teach and train patients to achieve healthy coping ways to deal with oneself, with the illness, and with the life as it is.

References: Dias, C.M., & Lopes, M. (2010). Raciocínio clínico em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 21, 33-47.

Kim, H.S. (1999). Critical reflective inquiry for knowledge development in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 29(5),1205 -1212.

Meleis, A.I. (2010). *Transitions theory, middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra, Portugal: Quarteto.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Professor Adjunto [cmelodias@esenfc.pt]

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Professora Adjunta

Perceção dos enfermeiros acerca da metodologia de trabalho: humanidade na gestão de cuidados de saúde

Maria Olívia Costa*, Ana Maria Galvão**, Maria Gorete de Jesus Baptista***

Introdução: A presente investigação debruça-se sobre a gestão de cuidados, no que concerne, à temática da aplicação da metodologia de trabalho Humanidade. Reconhecida a perceção da riqueza subjacente a esta ferramenta de trabalho pela equipa de enfermagem é exequível perspetivar intervenções a nível de gestão de cuidados de saúde, específicas à realidade do contexto institucional dos Cuidados de Saúde Primários, que visem o otimizar da qualidade de serviços prestada ao utente e, conseqüentemente, o aumento da satisfação e motivação dos profissionais envolvidos na relação do cuidar.

Objetivos: Conhecer as perceções dos enfermeiros sobre a metodologia do cuidar: Humanidade; identificar os seus conteúdos representacionais sobre Humanidade; elaborar uma proposta de intervenção específica na área da gestão dos cuidados de saúde e estabelecer possíveis correlações entre variáveis independentes (sociodemográficas) e os pilares da Humanidade.

Metodologia: Estudo de natureza exploratória, descritivo, de carácter quantitativo e correlacional, desenvolvido numa amostra de 35 enfermeiros, de um centro de saúde do norte do país. Foi elaborado um questionário dirigido aos objetivos e contexto específicos. Este instrumento, assente nos pilares da Humanidade, foi apoiado na Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos de Humanidade que visa a implementação do Método Gineste e Marescotti e foi desenvolvida nos estudos de Simões, Salgueiro e Rodrigues (2011), pioneiros na abordagem desta temática em Portugal. No nosso estudo a variável latente – perceção dos enfermeiros, foi operacionalizada, conduzindo o profissional a uma reflexão poderosa, assente nos pilares da Humanidade, relativamente ao seu desempenho na praxis quotidiana.

Resultados: Estudo de natureza exploratória, descritivo, de carácter quantitativo e correlacional, desenvolvido numa amostra de 35 enfermeiros, de um centro de saúde do norte do país. Foi elaborado um questionário dirigido aos objetivos e contexto específicos. Este instrumento, assente nos pilares da Humanidade, foi apoiado na Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos de Humanidade que visa a implementação do Método Gineste e Marescotti e foi desenvolvida nos estudos de Simões, Salgueiro e Rodrigues (2011), pioneiros na abordagem desta temática em Portugal. No nosso estudo a variável latente – perceção dos enfermeiros, foi operacionalizada, conduzindo o profissional a uma reflexão poderosa, assente nos pilares da Humanidade, relativamente ao seu desempenho na praxis quotidiana.

Conclusões: Sobre o conhecimento da metodologia de trabalho Humanidade verifica-se que a maioria, 60% dos inquiridos, afirmou desconhecer tal metodologia. Em termos médios, são os enfermeiros que afirmaram terem conhecimento da metodologia Humanidade que melhores resultados apresentam. Palavra, Toque e Conforto são as dimensões/os pilares em que, em termos médios, é maior o conhecimento das boas práticas da metodologia de trabalho Humanidade. Relativamente aos motivos que dificultam a aplicação da metodologia de trabalho Humanidade, os enfermeiros referem “Falta de disponibilidade (tempo)”. Para a correta utilização desta metodologia na instituição de exercício de funções temos que 55% dos profissionais apontam a Formação.

Referências bibliográficas: Galvão, A., Gomes, M & Pereira, F. (2012) -Ética e humanidade no cuidado do idoso. In Pereira, F. - *Teoria e prática da gerontologia* (pp. 81-92). Viseu. Psico&Soma.

Gineste, Y. & Pellissier, J. (2007) - *Humanidade, cuidar e compreender a velhice*. Lisboa: Instituto Piaget.

Simões, M., Rodrigues, M. & Salgueiro, N. (2011) – Humanidade, ligação interpessoal de relação e cuidados. *Revista Portuguesa de Bioética*, 14.

Simões, M., Rodrigues, M. & Salgueiro, N. (2011) – Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do método de cuidados de humanidade Gineste- Marescotti. *Revista Referência*. 3(4), 69-70.

* ULS Nordeste, Centro de Saúde de Bragança, Enfermeira

** IPB- Escola de Saúde, Ciências Sociais e Gerontologia, Professora Coordenadora- Psicóloga Clínica

*** IPB-ESSa, Ciências de Enfermagem, Professor-adjunto [gorete@ipb.pt]

**OUTRAS TEMÁTICAS RELACIONADAS
COM A LITERACIA EM SAÚDE**

**OTHER ISSUES RELATED TO HEALTH
LITERACY**

“Portuguese Nurses’ Mental Health: The role of Personal and Professional Variables”

Clara Maria Faria Simões Mendes*, Rui Gomes**

Introduction: Occupational stress in health professionals has been a current topic of debate and research in the last few years. Studies have been showing that nurses represent a professional class particularly exposed to high levels of stress, due to the multiplicity of risk factors associated to work environment (Circenis & Millere, 2012; Gomes, Cruz, & Cabanelas, 2009), with severe effects on individual’s health, organizational climate and quality of health care (McIntyre et al., 2007; Simões, McIntyre, & McIntyre, 2008).

Objectives: Investigation on occupational stress has proven useful in predicting health outcomes, in other countries, but there’s limited research in Portuguese nurses concerning the characteristics that underline the expression of psychological distress. So, this study explores the role of personal and professional variables on nurses’ mental health status. Specifically, it aims to analyse which sociodemographic and professional variables constitute risk factors for the experience of clinical symptoms of psychological distress.

Methodology: The participants were 2310 Portuguese nurses, from all the country (Age: M = 33.74; SD = 9.41), being 1898 (82.2%) females and 412 (17.8%) males. The measures used were a Sociodemographic and Professional Questionnaire, specifically built to assess personal and professional variables of the nurses (e.g., gender, marital status, hobby, physical exercise, type of workplace, kind of professional contract), and the Portuguese version of General Health Questionnaire (GHQ-12) (Goldberg, 1992; adapted by McIntyre, McIntyre, & Redondo, 1999), to measure nurses’ mental health status (e.g., psychological distress, anxiety/depression and social dysfunction).

Results: In the total sample, 75.6% of the nurses (n = 1746) presented clinical levels of distress, while 19.7% (n = 456) reported non-clinical symptoms. Significant differences were found between the clinical and non-clinical groups, showing that clinical symptoms are mostly experienced by female nurses ($X^2 = 4.492$; $p = .034$), that don’t have a hobby ($X^2 = 12.616$; $p < .001$), nor do physical exercise ($X^2 = 19,746$; $p < .001$). Furthermore, those nurses exhibited a worse psychological profile, reporting more anxiety/depression and social dysfunction ($t = -17.467$; $p < .001$). The multivariate and univariate analysis revealed that social dysfunction is significantly higher in single nurses ($F(1) = 6.855$; $p = .009$), and with a permanent type of professional contract ($F(1) = 10.341$; $p = .001$). The experience of anxiety/depression is only significantly higher in older nurses ($r = .045$; $p = .034$). Physical exercise and hobby became important predictors of nurses’ clinical symptoms.

Conclusions: Results indicate personal and professional variables that characterize the individuals mostly affected by psychological distress (e.g., female nurses, single, older, no hobby, no physical exercise, permanent contract), pointing out a specific professional group that must be considered in terms of occupational stress intervention and prevention programs. Despite the necessity of further investigation, in the future, findings also highlight the importance of leisure activities for nurses’ mental health status, giving relevance to the need of implementing healthy life styles.

References: Circenis, K., & Millere, I. (2012). Stress related work environment factors: Nurses survey results. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health (IJCRIMPH)*, 4(6), 1150-1157.

Gomes, A. R., Cruz, J. F., & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307-318.

McIntyre, S., McIntyre, T., Salgado, J., Pereira, P., Dantas, J., Johnston, D., & Jones, M. (2007). Serving two masters: Job characteristics as predictors of psychosocial and psychophysiological responses to stress in physicians and nurses in managerial positions. *Maia*: [s.e.].

Simões, C., McIntyre, T., & McIntyre, S. (2008). The importance of work characteristics and work-family conflict on nurses’ health distress. *Psychology & Health*, 23(1) Suppl.1, 236-237.

* Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem, Professor Adjunto [csimaes@ese.uminho.pt]

** Universidade do Minho, Escola de Psicologia, Professora auxiliar

The importance of Cognitive Appraisal in Portuguese Nurses' Experience of Stress

Clara Maria Faria Simões Mendes*, Rui Gomes**

Introduction: Occupational stress in Nursing Professionals constitutes a serious health problem identified in many European countries, including Portugal (Ribeiro, Gomes, & Silva, 2010; Simões, McIntyre, & McIntyre, 2007). Yet, there is a limited research and knowledge, about the impact of cognitive appraisals processes, in the experience of stress in Portuguese nurses and its repercussions on workers' mental health, as proposed by the transitional model of Lazarus (1991; Lazarus & Folkman, 1984).

Objectives: This study analyses the importance of cognitive appraisal in the experience of occupational stress, in Portuguese nurses. Specifically, it aims to investigate if professionals with different patterns of primary cognitive appraisals (e.g., low and high threat perceptions and low and high challenge perceptions), and different patterns of secondary cognitive appraisals (e.g., low and high perceived coping potential and control perceptions), differ in their experience of occupational stress and mental well-being.

Methodology: This cross sectional study included 2310 Portuguese nurses, from hospitals and primary care settings, with a mean age of 33.74 (SD = 9.41) years old. The evaluation protocol included a Sociodemographic and Professional Questionnaire, and the following instruments of psychological assessment: 1) the Stress Questionnaire for Health Professionals (Gomes, 2010), to measure occupational stress dimensions; 2) the Cognitive Appraisal Scale (Gomes, 2008), to assess primary and secondary cognitive appraisals; and, 3) the General Health Questionnaire (Goldberg, 1992; adapted by McIntyre, et al., 1999), to measure nurses' psychological distress.

Results: Multivariate and univariate analyses of variance revealed that concerning threat perception, significant differences were found in relation to stress dimensions (Wilks' $\lambda = .76$; $F(6,1092) = 56.393$, $p \leq .001$; $\eta^2 = .237$) and psychological distress ($F(1) = 4.343$; $p = .039$). Namely, nurses with great levels of threat perception, experienced a higher intensity of occupational stress, concerning the dimensions of dealing with clients, professional relationships at work and worries about career/remuneration, and presented higher levels of psychological distress (MGHQ = 7.18). Additionally, results showed that nurses who perceived reduced challenge in their job and low coping potential (e.g., reduced potential of confront and small perception of control), experienced more stress related to work, and exhibited more clinical symptoms of distress.

Conclusions: Findings confirm the relevance of studying occupational stress and mental well-being, among Portuguese nurses, highlighting the importance of analysing primary and secondary cognitive appraisals on the experience of stress. Since this study attested the main propositions of the transactional model proposed by Lazarus (1991; Lazarus & Folkman, 1987), it can constitute a general guide for the construction of occupational health interventions and promotion programs.

References: Gomes, A. R., Faria, S., & Gonçalves, A. M. (2013): Cognitive appraisal as a mediator in the relationship between stress and burnout. *Work & Stress*, 27(4), 351-367.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality* 1(3), 141-169.

Ribeiro, L., Gomes, A. R., & Silva, M. (2010). *Stresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar*. In Actas do 7º Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia (pp. 1494-1508). Lisboa: Associação Portuguesa de Psicologia.

Simões, C., McIntyre, T., & McIntyre, S. (2007). The impact of psychosocial work characteristics on nurses' psychological distress. In M. Gordillo & E. Remor (Eds.), *E-Libro de resúmenes del symposium hispano-luso de medicina conductual y psicología de la salud* (pp. 36). Madrid: Sociedad Española de Medicina Conductual y Psicología de la Salud.

* Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem, Professor Adjunto [csimaes@ese.uminho.pt]

** Universidade do Minho, Escola de Psicologia, Professora auxiliar

Transtornos depressivos puerperais: intervenção em uma Unidade Básica de Saúde

Maria Neyrian de Fatima Fernandes*, Jeane Cleide Bezerra da Silva**,
Lívia Alves da Cunha***, Rafaella Leite Fernandes****, Clelia Albino Simpson*****

Introdução: Para muitas mulheres, nas últimas décadas, o ser mãe traz consigo uma série de transtornos depressivos. Isso se deve às transformações físicas, biológicas e psicológicas advindas do evento da maternidade. Os transtornos depressivos puerperais vêm se configurando como um grande problema de saúde pública que afeta tanto a saúde da mãe como a de seu filho e de seus familiares. Os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, necessitam de conhecimento técnico adequado para desenvolver uma assistência eficiente e eficaz.

Objetivos: Desenvolver uma intervenção educativa em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Natal/RN, onde possa analisar se os profissionais de enfermagem estão aptos a detectar os transtornos depressivos puerperais, sabendo diferenciá-los para, assim, construir estratégias que possibilitem formas de abordagem que favoreçam a participação ativa dos profissionais.

Metodologia: Estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa o qual foi desenvolvido com o método de pesquisa-ação em uma Unidade Básica de Saúde situada no bairro Guarapes do Distrito Oeste de Natal, capital do Rio Grande do Norte, na Região Nordeste do Brasil. A população para o estudo foi composta pela equipe de enfermagem da Unidade em questão. Os resultados tiveram a análise de conteúdo de Bardin e foram divididos em três categorias: conhecimento acerca dos transtornos depressivos puerperais; atuação da equipe diante dos TDPs e intervenção da equipe frente aos TDPs.

Resultados: O déficit de conhecimento das entrevistadas deixa clara a falta de preparo dos profissionais para diferenciar esses transtornos na rotina de trabalho. Quanto à postura do profissional diante dos TDPs, os resultados encontrados mostraram certo “jogo de empurra” no quesito atitudes adotadas quando o profissional depara-se com um desses casos. Apesar de a maioria ter respondido que estão preparadas para agir diante desses casos, a adoção de intervenção era atribuída a um profissional especializado. Através da análise de conteúdo dos discursos, identificou-se que as equipes de enfermagem estão despreparadas para identificar precocemente casos relacionados aos transtornos depressivos puerperais e intervir nesses de maneira correta e eficaz.

Conclusões: As entrevistadas consideraram a intervenção realizada um momento de crescimento da equipe de enfermagem, visto que o intercâmbio de saberes é uma das condições para um melhor desenvolvimento do trabalho.

Referências bibliográficas: Bardin, L. (2009) *Análise de conteúdo*. (Edição revista e atualizada). Lisboa, PT: Geográfica editora

Valença, C. N., & Germano, R.M. (2010). Prevenindo a depressão puerperal na estratégia de saúde da família: Ações do enfermeiro no pré-natal. *Revista Ren*, 11(2), 129-139.

* Universidade Federal do Maranhão, Enfermagem, Professor Assistente [neyrian@yahoo.com.br]

** Estácio - FATERN, Enfermagem, Enfermeira

*** Estácio - FATERN, Enfermagem, Enfermeira

**** Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós Graduação de Enfermagem, Enfermeira, estudante de doutorado

***** Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós Graduação de Enfermagem, Professor Associado II

COMUNICAÇÕES ORAIS

ORAL PRESENTATIONS

EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
EM CONTEXTO ESCOLAR

HEALTH EDUCATION AND
PROMOTION IN SCHOOL SETTINGS

A eficácia de um programa de treino de competências sociais na escola com adolescentes portugueses

Cândida Rosalinda Exposto Costa Loureiro*,
Maria Manuela Frederico Ferreira**, Margarida Reis Santos Ferreira***

Introdução: Os programas de promoção de competências sociais enquadram-se no âmbito das intervenções preventivas em meio escolar (World Health Organization, 2008). Enquanto profissionais de saúde, os enfermeiros são os que mais diretamente interagem com os jovens nas escolas devendo conceber, implementar e avaliar programas com o propósito de munir os adolescentes de recursos pessoais, conhecimentos, atitudes e capacidades que lhes permitam fazer face às dificuldades/comportamentos de risco de uma forma eficaz e à adoção de comportamentos de saúde e estilos de vida saudáveis.

Objetivos: Implementar e avaliar o programa de treino 'Melhorar competências com os outros'. Programa construído por nós, para o estudo, que se reporta às competências assertividade, autocontrolo, cooperação e empatia.

Metodologia: Estudo quase-experimental com grupo de controlo não equivalente. Num estudo prévio foram identificados 96 estudantes com dificuldades percecionadas ao nível das competências sociais assertividade, autocontrolo, cooperação e empatia. Desses, 52 aceitaram participar voluntariamente no estudo (25 grupo experimental e 27 grupo controlo). Usada escala de Competência Social (SSQ de Gresham & Elliott) forma para o aluno do 7º ao 12º ano (versão portuguesa de Mota, Matos e Lemos, 2011). O programa de intervenção é constituído por 12 sessões com a duração de 50 minutos cada e com uma frequência semanal.

Resultados: Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas competências autocontrolo e empatia no grupo experimental depois do programa, comparativamente ao momento inicial, sendo as médias dos *ranks* todas mais elevadas depois do programa excetuando a cooperação. No grupo controlo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos em nenhuma competência. Comparando o grupo experimental com o grupo controlo antes do programa, verificámos que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre eles no que respeita às médias dos *ranks* das competências afetadas. Comparando o grupo experimental com o grupo controlo no final do programa, apenas existiam diferenças estatisticamente significativas no autocontrolo. Relativamente às médias dos *ranks* das competências são todas superiores no grupo experimental, com exceção da assertividade que é superior no grupo controlo. No momento pré-intervenção a média da assertividade do grupo controlo era superior (28,52) à do grupo experimental (24,32). No entanto, no final do programa a média da assertividade subiu no grupo experimental (26,42) contrariamente ao grupo controlo (26,57).

Conclusões: Os resultados sugerem a eficácia do programa donde concluímos que pode ser uma ferramenta útil na prática dos enfermeiros, pois contribuiu para a promoção das competências sociais destes adolescentes, quer no âmbito das suas relações interpessoais, quer na promoção da sua saúde mental. A vivência do risco é inevitável para o ser humano, e adiar (e não impedir) o envolvimento dos adolescentes com os comportamentos de risco é também da responsabilidade dos enfermeiros enquanto promotores da saúde. Quanto mais aptos para a mudança os adolescentes estiverem, mais fácil será fazerem escolhas conscientes/voluntárias sobre os seus estilos de vida.

Referências bibliográficas: Mota, C. P., Matos, P. M., & Lemos, M. S. (2011). Psychometric properties of the social skills questionnaire: Portuguese adaptation of the student form (grades 7 to 12). *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 486-499.

World Health Organization (2008). *Juntos pela saúde mental e bem-estar*. Conferência Europeia de Alto Nível, Bruxelas 12-13 Junho. Geneva: WHO. Versão Portuguesa.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Professora Adjunta

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Professora [mfrederico@esenfc.pt]

*** Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor Coordenador

A experiência do curso de capacitação em drogas para atenção básica e comunidade terapêutica

Elainy Priscilla Bezerra Fidélis*, Givanya Bezerra de Melo**,
Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento***, Raquelli Cristina Neves Araújo****,
Ana Cristina Teixeira Santos*****

Introdução: O uso indiscriminado e crescente de drogas pela população têm trazido enormes prejuízos para a saúde das pessoas, tendo em vista que no mundo dois bilhões de pessoas fazem uso do álcool e 230 milhões de pessoas tem experimentado algum tipo de substância ilícita. Neste interim, profissionais da saúde devem estar preparados para lidarem com a questão das drogas, tornando-se de extrema importância o planejamento de capacitações que promovam habilidades técnicas de abordagem nesta temática.

Objetivos: Descrever a experiência de planejar e executar ações de educação aos profissionais de saúde durante um curso de capacitação sobre drogas que fez uso da técnica de grupos operativos.

Metodologia: O curso ocorreu no Brasil em forma de grupos operativos em seis encontros problematizados em sala de aula, e dois encontros práticos vivenciados nas instituições envolvidas na capacitação, uma Unidade Básica de Saúde e uma Comunidade Terapêutica. Foi facilitado por enfermeiras residentes da Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL) com a colaboração de estudantes de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e, coordenado por docentes de saúde mental da UFAL, com apoio de profissionais do Centro Regional de Referência às drogas de Alagoas (CRR).

Resultados: Os encontros foram ricos em aprendizagem e troca de experiência, a temática drogas foi discutida sob diferentes óticas não apenas em seu aspecto conceitual, mas no locus de atuação de cada profissional levando em consideração a subjetividade e pré-conceitos de cada um. Ficou evidente no discurso dos profissionais da atenção básica que muitos evitavam trabalhar qualquer aspecto de promoção à saúde relacionado à temática drogas em sua prática, o contato com profissionais da Comunidade Terapêutica possibilitou um novo olhar dessa realidade, pois visualizou-se a importância das ações de prevenção e promoção da atenção básica e as ações de reabilitação que ocorrem na Comunidade Terapêutica, bem como a importância da articulação entre os serviços. O curso possibilitou a mobilização de estruturas internas estereotipadas desses profissionais, desmistificando conceitos prévios sobre drogas. Foi possível acompanhar o processo de mudança instaurado nos profissionais e estudantes participantes estimulando-os a visualizar de maneira mais sensível o usuário.

Conclusões: O curso proporcionou mudanças na percepção sobre drogas, entretanto, o trabalho ainda é muito tangenciado e os profissionais mostram inabilidade e receio em trabalhar com pessoas que usam drogas. Assim, ações foram dirigidas para estimular o conhecimento, permitindo-lhes ampliar a capacidade de intervir tanto sobre suas práticas profissionais como em suas angústias e aflições. Espera-se que a experiência possa contribuir para sensibilizar as instituições formadoras, gestores e profissionais de saúde a investirem na discussão, aprendizagem e inserção na prática diária de ações que contemplem a temática droga de maneira compartilhada com outros pontos da rede de atenção.

Referências bibliográficas: BRASIL. Ministério da Saúde. (2009) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política nacional de educação permanente em saúde*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (2010). *I levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras*. Brasília, Brasil: SENAD.

Niel M., & Silveira D.X. (2008). *Drogas e redução de danos: Uma cartilha para profissionais de saúde*. São Paulo, Brasil: Ministério da Saúde.

United Nations Office Drugs and Crime (2012). *World drug report 2012*. New York: United Nations. Retirado de http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.

* Universidade Federal de Alagoas

** UNCISAL

*** UFAL

**** UNCISAL

***** UFAL

A roda de conversa com professores do ensino fundamental sobre o bullying: cuidado e intersectorialidade

Pamela*, Ana Lúcia Machado**

Introdução: A prática perversa de humilhações sistemáticas de crianças e adolescentes no ambiente escolar é caracterizada como bullying. A enfermagem, pautada por princípios de prevenção de agravos de diversos males, preocupa-se também com esta intercorrência traumática na adolescência.

Objetivos: Este trabalho objetivou a produção de cuidados aos adolescentes através de Rodas de conversas com professores do ensino fundamental por possibilitar a troca de informações e o compartilhar de experiências sobre o bullying. A Roda de Conversas com professores explica-se, por serem estes, sujeitos essenciais para criar ligação entre as redes da educação e redes de profissionais da saúde

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, utilizando a roda de conversa como dispositivo de produção de dados e a cartografia, metodologia proposta por Deleuze e Guattari (2011). Cartografar na proposta deste projeto é montar, efetivar, acompanhar, registrar, mapear todo o processo do movimento de criação e continuidade dos diálogos, afetos e acontecimentos das Rodas de Conversas. Realizaram-se cinco rodas com máximo de 15 participantes. As Rodas foram gravadas e registradas em diário de campo.

Resultados: Na composição dos resultados, está sendo analisado todo o material gravado e feitas leituras das narrativas construídas coletivamente ao longo das rodas de conversas e montagem dos mapas analíticos. A leitura e análise das gravações estão sendo guiadas por gestos atencionais, umas das pistas que lança a cartografia.

Conclusões: Ampliou-se a compreensão sobre o comportamento que gera eventos discriminatórios entre adolescentes, foi possível encontrar formas de como lidar nas situações de convívio onde aparecem eventos discriminatórios entre adolescentes. Estimulou-se a forma de se comunicar com os adolescentes como um todo e o exercício de reflexão, atenção, percepção e limites em relação ao convívio com os adolescentes. Refletiu-se sobre caminhos para produção de cuidados aos adolescentes articulando com as unidades de saúde local.

Referências bibliográficas: Deleuze, G., & Guattari, F. (2011). *Mil platôs: Capitalismo e esquizofrenia*. (2ª ed.). Vol 1. São Paulo: Ed. 34.

Kastrup, V. (2009). O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: E. Passos, V. Kastrup, & L. Escóssia. *Pistas do método da cartografia: Pesquisa intervenção e produção de subjetividade* (pp. 32-51). Porto Alegre: Sulina.

Neto, A. A. L. (2011). *Bullying: Saber identificar e como prevenir*. Rio de Janeiro: Brasiliense.

* Universidade de São Paulo, Materno-Infantil e Psiquiátrico, Doutoranda

** Universidade de São Paulo, Materno-Infantil e Psiquiátrico, Docente

Autoconhecimento e autoestima: contributo para a literacia do inconsciente

José Manuel de Matos Pinto*

Introdução: A literacia é um aspeto central no processo de compreensão e cura das facetas mais recônditas da mente. Dela resulta a construção da autoestima Freud (1989a). Esta seria resultado da onipotência e do encontro confirmado entre onipotência e realização. Sempre que alguém se expresse, as suas falas desafiam o binómio mente-corpo pede enlace intersubjetivo (Mendes Pedro, 2013) e maior confirmação. Esta exige confiança no interlocutor, discernimento das diversas falas, sua concordância/discordância e da literacia do inconsciente.

Objetivos: Pretendemos partir da observação minuciosa e da intervenção com um sujeito para:

- 1) Descrever uma situação de comunicação múltipla dissonante
- 2) Refletir sobre a importância do encontro intersubjetivo no processo de integração dos conteúdos como contributo para uma maior literacia do inconsciente

Metodologia: A metodologia consiste na observação e na intervenção comunicacional promotora do encontro intersubjetivo com o sujeito. Partimos duma situação em que a pessoa se apresenta depressiva e chorosa por não poder exercer a sua profissão. Sempre foi a sua paixão e agora impediam-na de cumprir o seu sonho depois de tamanho esforço e dedicação. As falas múltiplas desvelaram um desejo transgeracional, pois a sua mãe tinha tirado o mesmo curso e nunca o exercera. A constatação deste facto tranquilizou a doente que pode falar com voz agora clara e harmoniosa.

Resultados: A transformação das falas dissonantes, valorando mais a angústia escondida do que o desalinho expressivo do sujeito permite ao mesmo e ao profissional uma maior capacitação para escutar a fala escondida que se caracteriza pelos *acting-outs* como a agressividade, o desespero e o posterior desligamento com as consequências nefastas que estes movimentos expressivos podem encerrar. Sempre que alguém expresse no corpo e ou no tom da voz o seu desencontro com as outras falas importa entendê-las integralmente, percebendo que o desencontro encerra um apelo ao encontro intersubjetivo que confirme a angústia não dita do indivíduo. O profissional terá na capacidade de perscrutar os pormenores um instrumento de descodificação e de acesso ao inconsciente revoltado que se insinua no desalinho expressivo.

Conclusões: Atender às falas múltiplas e dissonantes do sujeito aproxima profissionais de saúde e os indivíduos que a ele acedem e permitem um entendimento acrescido sobre o sofrimento muitas vezes escondido em comportamentos disruptivos que escondem a angústia insuportável e/ou não tolerável para o indivíduo. A fala agida revela um lado abrupto ou mesmo cortante da pessoa mas pode esconder o sofrimento cortante e intolerável que apela à construção de uma verdadeira literacia do inconsciente. Esta facilitará o encontro e a confirmação intersubjetiva e deste modo possibilitará uma autoestima mais realista mesmo em situações difíceis para o indivíduo.

Referências bibliográficas: Freud, S. (1989a). *O ego e o id*. (Edição Standard Brasileira das obras Completas de Sigmund Freud). (Vol.15). Rio de Janeiro, Br: Imago Editora.

Freud, S. (1989b). *Conferências introdutórias sobre psicanálise*. (Edição Standard Brasileira das obras Completas de Sigmund Freud), (Vol. 15). Rio de Janeiro, BR: Imago Editora.

Gibello, B. (1999). *O pensamento inconfesso*. Lisboa, PT: Climepsi.

Pinto, J. & Queirós, P. (2013). A perda do corpo saudável ou um retorno à ilustre casa de Ramires. In J. Pinto (Edit). *Psicologia em contextos de saúde: Da compreensão à intervenção*. Coimbra: UICISA_F e ESEnFC Editores.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCPEPFC, Prof. Coordenador [jpinto@esenfc.pt]

A visão de adolescentes de escolas públicas acerca do uso de drogas

Jael Maria de Aquino*, Estela Maria Leite Meirelles Monteiro**, Adrielle Leite***, Betânia da Mata Ribeiro Gomes****

Introdução: O presente artigo aborda a problemática das drogas, na perspectiva dos adolescentes de escolas públicas do Recife/PE. Sabe-se que a dependência química se estabelece por um somatório de fatores que atuam ao mesmo tempo no indivíduo. Cada pessoa exibe individualmente uma predisposição física e emocional para a dependência esta por sua vez, poderá gerar uma série de problemas profissionais, religiosos, familiares, sexuais, sociais, emocionais etc., que são consequências e não causas de seus problemas e de saúde.

Objetivos: Analisar o conhecimento sobre as drogas lícitas e ilícitas entre adolescentes das escolas públicas estaduais do Recife-PE. Identificar o conhecimento destes adolescentes sobre a droga lícita ou ilícita; Verificar se fazem ou fizeram uso de drogas e quais os tipos de drogas mais utilizados por estes; Identificar se têm conhecimento de instituições que tratam de dependentes químicos.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa descritiva, quantitativa. Realizado em escolas públicas estaduais no Distrito Sanitário III na cidade de Recife-PE. A colheita de dados realizada de fevereiro a agosto de 2012. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco (UPE), CAAE 0104.0.097.000-10 respeitando a Resolução 466/12. Os sujeitos foram adolescentes de ambos os sexos, com idades entre 10 e 14 anos. A amostra foi composta por 82 estudantes em duas escolas, do ensino fundamental e médio, sendo 41 do sexo masculino e 41 do sexo feminino.

Resultados: Com relação ao conhecimento sobre drogas os entrevistados de afirmaram conhecerem as drogas (99,8%), enquanto apenas 0,2% afirmaram não conhece drogas.

Quanto ao tipo de droga 12 (14%) dos entrevistados admitiram ter feito o uso de drogas, entre os que usaram algum tipo de drogas sete admitiram ter provado inicialmente das drogas em ambientes de festa e cinco na escola.

Com relação aos tipos de droga você utiliza 12 dos participaram que admitiram ter usado drogas sendo 2 (16%) disseram que usaram álcool, 3 (25%) fumaram cigarros e sete (58%) fumaram maconha.

Com relação a família 31% dos entrevistados afirmaram que seus pais fazem uso de algum tipo de droga, enquanto 69% disseram que não. Neste sentido a escola também surge na ambivalência de posicionamentos a respeito das causas possíveis para o uso de drogas entre os adolescentes.

Conclusões: Este estudo possibilitou conhecimento sobre os tipos de droga utilizada, assim (58%), disseram ter fumado maconha. O álcool e o cigarro também foram citados, uma vez que não faltam informações sobre isso. Os pais dos entrevistados que fazem uso de algum tipo de droga são 31%, enquanto 69% não utilizam e 30% disseram conhecer algum usuário de droga, enquanto 70% disseram que não conhecem. E, por fim, 26% dos entrevistados disseram não conhecer nenhuma instituição, enquanto 74% disseram conhecer. Os objetivos da pesquisa foram atingidos e contribui para a reflexão os enfermeiros.

Referências bibliográficas: Adorno, R.C.F. (2008). Uso de álcool e drogas e contextos sociais da violência. *SMAD.Revista eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 4, 01-05.

Costa, A.G., Camurça, V.V., Braga, J.M., & Tatmatsu, D.I.B. (2012). Drogas em áreas de risco: O que dizem os jovens. *Physis* 22(2), 803-819. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000200021>

Gonçalves, F.D., Catrib, A.M.F., Vieira, N.F.C., & Vieira, L.J.E.S. (2008). A promoção da saúde na educação infantil. *Interface* 12(24), 181-192. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000100014>

Passos, E.H., & Souza, T.P. (2011). Redução de danos e saúde pública: Construções alternativas à política global de guerra às drogas. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 154-162.

* Universidade de Pernambuco, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Professor [jaelquino@ig.com.br]

** Universidade de Pernambuco, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Enfermagem, Docente

*** Universidade de Pernambuco, Ciências médicas, Enfermeira

**** Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças - UPE, Enfermagem, Docente

Caracterização dos estilos de vida em estudantes do ensino superior, universidade de Coimbra

Teresa Maria Mendes Diniz de Andrade Barroso*, Susana Magalhães Patrício**

Introdução: Os comportamentos relacionados com os estilos de vida (atividade física, alimentação, consumo de substâncias psicoativas), estão entre os principais determinantes de saúde das doenças crónicas não transmissíveis. Coimbra pela sua forte relação com a cultura académica, proporciona variadíssimos momentos de socialização que se tornam propícios ao consumo excessivo de álcool. Para o desenvolvimento de intervenções preventivas, específicas e individualizadas em função dos níveis de risco identificados é importante a avaliação das necessidades dos estudantes nos seus contextos.

Objetivos: Caracterizar os estilos de vida dos estudantes de uma faculdade da Universidade de Coimbra com vista ao planeamento de intervenções preventivas aferidas às necessidades identificadas.

Metodologia: Estudo quantitativo, do tipo descritivo, com amostra de conveniência constituída por 40 estudantes a frequentarem uma faculdade da Universidade de Coimbra. Após a obtenção das autorizações e do consentimento informado, foi feita a colheita de dados através de um Questionário sociodemográfico e estilos de vida, que integra o AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).

Resultados: A amostra de 40 estudantes, 65% do sexo masculino (Média de idades = 23,25). 82,5% dos estudantes tem o índice de massa corporal normal e a maioria dos estudantes pratica exercício físico (60%). No que diz respeito ao consumo de substâncias psicoativas: 32,5% referiu já ter consumido cannabis, e 15% mantém o consumo; 15% são fumadores, sendo que todos os que fumam já pensaram em deixar de fumar. Todos os estudantes referiram já ter experimentado bebidas alcoólicas, o primeiro consumo foi para a maioria aos 15 anos de idade, e a principal bebida consumida é a cerveja (60%). 67,5% dos estudantes refere já ter conduzido depois de ter consumido álcool, 27,5% dos estudantes já fez algo de que se veio a arrepender depois de ter consumido álcool; 10% referiu ter-se envolvido em relações sexuais desprotegidas depois de consumir bebidas alcoólicas. Na avaliação do AUDIT, 30% apresenta nível de risco elevado e nocivo no consumo de bebidas alcoólicas.

Conclusões: Considerando os resultados da amostra em estudo verificámos que a grande maioria dos jovens não pratica exercício físico. Relativamente ao consumo de substâncias psicoativas, os resultados evidenciam que o álcool é a substância mais consumida, com níveis de risco alto. Com base nestes resultados foram desenvolvidas intervenções preventivas, indicadas e seletivas, em função dos níveis de risco identificados.

Referências bibliográficas: Direcção-Geral da Saúde (2009). Plano nacional para redução dos problemas ligados ao álcool 2009- 2012. Lisboa: DGS.

Organização Mundial de Saúde (2011). *Global status report on alcohol and health*. Geneve: WHO Library Cataloguing.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade Científico-Pedagógica de Saúde Mental e Psiquiatria, Professora Adjunta [tbarroso@esenfc.pt]

** CHUC - CHC, infeciosas

Consequências Decorrentes do Consumo de Álcool em Adolescentes – Revisão Integrativa

Emílio Pinto dos Santos*, Daniela Sousa,
Teresa Maria Mendes Diniz de Andrade Barroso**

Introdução: O início do consumo de álcool em idades tão precoces revela-se um foco de atenção relevante, uma vez que o sistema biológico do adolescente não está suficientemente maduro para proceder à degradação do álcool, provocando danos cerebrais. Esta revisão integrativa da literatura pretende sintetizar a evidência relativamente à seguinte questão de investigação: “Quais as consequências decorrentes do consumo de álcool em adolescentes?”.

Objetivos: Definiram-se como objetivos: identificar os estudos científicos relacionados com a problemática; analisar os estudos identificados; sintetizar as consequências do consumo de álcool em adolescentes.

Metodologia: A pesquisa bibliográfica foi realizada exclusivamente em bases de dados on-line disponibilizadas na EBSCOhost, SciELO e PubMed, em idiomas português e inglês. Obteve-se um total de nove artigos cujos participantes foram seres humanos (adolescentes) e animais (ratos), apresentando uma abordagem quantitativa.

Resultados: Da discussão dos resultados, surgiram seis grandes áreas relativas às consequências decorrentes do consumo de álcool em adolescentes - aumento da atividade do sistema dopaminérgico; outras alterações a nível cerebral; aumento da vulnerabilidade para o desenvolvimento da dependência alcoólica; alterações da memória de trabalho, espacial e verbal; alterações do padrão de sono; alterações sociais.

Conclusões: São exemplos de implicações decorrentes das consequências, o aumento da suscetibilidade para o desenvolvimento de farmacodependências, interferências ao nível motivacional e da aprendizagem, alterações do funcionamento cerebral, da cognição e do comportamento. Considerando a recente aprovação da lei nesta matéria, importa salientar que os resultados apresentados contrastam com a sua permissividade.

Referências bibliográficas: Chin, V. S., Skike, C.E. & Matthews, D.B. (2010). Effects of ethanol on hippocampal function during adolescence: a look at the past and thoughts on the future. *Elsevier*, 44, 3-14. Retirado de http://www.unboundmedicine.com/medline/citation/20113870/Effects_of_ethanol_on_hippocampal_function_during_adolescence:_a_look_at_the_past_and_thoughts_on_the_future.

Maldonado-Devincini, A. M., Badanich, K.A. & Kirstein, C.L. (2010). Alcohol during adolescence selectively alters immediate and long-term behavior and neurochemistry. *Elsevier*, 44, 57-66. Retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0741832909001724>.

McClain, J.A., Morris, S.A., Deeny, M.A., Marshall, S.A., Hayes, D.M., Kiser, Z.M. & Nixon, K. (2011). Adolescent binge alcohol exposure induces long-lasting partial activation of microglia. *Brain, Behavior, and Immunity*, 25, 120-128. Retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159111000110>.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade Científico-Pedagógica de Saúde Mental e Psiquiatria, Professora Adjunta [tbarroso@esenfc.pt]

Efeito de sessão de sensibilização nos conhecimentos uteis acerca do álcool em estudantes do 3º ciclo

Teresa Maria Mendes Diniz de Andrade Barroso*, Emílio Pinto dos Santos**, Daniela Filipa Paiva Sousa***

Introdução: O início precoce do consumo de álcool está associado a comportamentos-problema na adolescência, e problemas futuros. Alguns estudos mostram que os conhecimentos acerca do álcool (CaA) são relevantes para a compreensão do fenómeno, indicando uma relação complexa entre os conhecimentos e o consumo, traduzida na potencial interferência dos “conceitos erróneos” acerca do álcool sobre a percepção do risco relativamente ao álcool. (Barroso, Mendes, & Barbosa 2009, 2013). Neste sentido, considera-se importante a integração desta componente nos programas preventivos.

Objetivos: Avaliar o efeito de uma intervenção de sensibilização acerca do álcool (metodologia interativa – Jogo do Quiz, Álcool - Verdade e consequências) em estudantes, do 7.º ano de duas escolas do 3.º ciclo da cidade de Coimbra.

Metodologia: Estudo pré experimental, avaliação antes e a após a sessão de sensibilização, amostra constituída por 153 estudantes, de ambos os géneros, média de idades de 12,61 anos. Intervenção de sensibilização adaptada de Barroso et al. (2013); Questionário de avaliação de conhecimentos uteis acerca do álcool (versão reduzida adaptada de Barroso et al. (2009).

Resultados: Verificou-se a existência de uma evolução positiva nos conhecimentos uteis acerca do álcool após a intervenção de sensibilização ($t=-10,27$; $p=.000$).

Conclusões: Os efeitos positivos da sessão de sensibilização (Jogo do Quiz, Álcool - Verdade e consequências) nos conhecimentos acerca do álcool refletem efeito importante, salienta-se o seu efeito mediador na construção de uma percepção de risco válida acerca da substância reforçando assim um fator protetor. Trata-se de uma estratégia interativa e inovadora que poderá ser integrada no âmbito da prevenção e na promoção em relação ao consumo de álcool em idades precoces.

Referências bibliográficas: 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.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade Científico-Pedagógica de Saúde Mental e Psiquiatria, Professora Adjunta [tbarroso@esenfc.pt]

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

*** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Estilos de vida saudável promotores de saúde mental: Intervenção em meio escolar

Maria Clara Martins Cunha Andre*, Anabela Jesus Duarte Escabelado Cândido**, Maria da Conceição Fernandes Santiago***, Maria Olimpia Laurentino Cruz Carvalho Fonseca****, Teresa Margarida Carreira*****

Introdução: A escola revela-se um espaço favorável ao desenvolvimento de um estilo de vida saudável mas também se apresenta como um contexto singular para o aparecimento de comportamentos de risco. Intervir ao nível da escola na promoção da saúde mental da criança e adolescente é um desafio e um imperativo para nós. Estas atividades têm como objetivo capacitar alunos/comunidade escolar para a adoção de estilos de vida saudáveis promotores de saúde mental.

Objetivos: Refletir sobre o percurso realizado na área da promoção da saúde mental em meio escolar, no âmbito do projeto escola promotora de saúde da Escola Superior de Saúde de Santarém.

Metodologia: Desenvolveu-se, principalmente, o método interativo/metodologias ativas com recurso à exposição oral e debate em contexto de turma. Recorreu-se, também, a conferências com espaços de discussão e partilha sempre que se verificaram limitações de tempo.

Resultados: Como Instituição de Ensino Superior Promotora de Saúde, iniciou-se este projeto em 2006, no Gabinete de Relações Externas Interorganizacional, sendo que a área da promoção da saúde mental se iniciou no ano letivo 2007/2008. Desde 2010 o projeto integra a Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde. Desenvolve-se em escolas básicas de 2º e 3º ciclo com as quais temos protocolos de cooperação. As temáticas que desenvolvemos centram-se na promoção da saúde mental e versam os consumos nocivos: consumo de álcool, tabaco e substâncias ilícitas, perturbações do comportamento alimentar e relação interpessoal. Cada sessão tem objetivos e conteúdos direcionados ao grupo alvo.

Desde o início do projeto até 31 de dezembro de 2013 foram desenvolvidas 52 sessões, abarcando 2103 participantes, com a seguinte distribuição: 30 sessões no âmbito da prevenção dos consumos nocivos, abrangendo 1122 participantes; 13 sessões relacionadas com a prevenção das perturbações do comportamento alimentar, envolvendo 572 participantes; e 9 sessões sobre a relação interpessoal com 409 participantes.

Conclusões: As atividades desenvolvidas foram ao encontro das necessidades identificadas. As sessões interativas desenvolvidas fomentaram o debate aberto e envolvimento dos participantes. Do feedback recebido da comunidade educativa ao longo do processo, surgiram novas propostas que permitiram abranger um maior número de participantes. Neste sentido, pretendemos continuar empenhados no desenvolvimento de habilidades das crianças/adolescentes, através da sua capacitação e do aumento da literacia aos diferentes níveis do projeto enfatizando os princípios de uma instituição de ensino superior promotora de saúde.

Referências bibliográficas: Comissão das Comunidades Europeias (2005) *Melhorar a saúde mental da população: Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia Livro verde*. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: Resumo executivo*. Lisboa: CNSM

Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012-2016*. Lisboa: DGS. Pacto europeu para a saúde mental e bem-estar. In *Conferência europeia de alto nível "Juntos pela Saúde Mental e Bem-estar"*, Bruxelas, 12-13 Junho 2008.

* Escola Superior de Saúde de Santarém, Professora Adjunta [clara.andre@essaude.ipsantarem.pt]

** Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde de Santarém, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Professor Adjunto

*** Escola Superior de Saúde de Santarém, Professora Adjunta

**** Escola Superior de Saúde de Santarém, Professora Adjunta

***** Escola Superior de Saúde de Santarém, Professora Adjunta

Literacia em Saúde Mental de Adolescentes e Jovens sobre Depressão e Abuso de Álcool

Ana Teresa Martins Pedreiro*, Luís Manuel de Jesus Loureiro**, Ana Paula Amaral

Introdução: O conceito de literacia em saúde mental refere-se aos conhecimentos e crenças sobre as perturbações mentais, incluindo o reconhecimento, gestão e prevenção das mesmas. O reduzido nível de literacia em saúde mental de adolescentes e jovens é apontado como uma das razões para o não reconhecimento e a recusa ou adiamento da procura de ajuda, sendo este também o grupo que tem menor contacto com os serviços de saúde.

Objetivos: Avaliar os níveis de literacia em saúde mental de 30 adolescentes e jovens de uma escola secundária da zona centro de Portugal Continental. Desenhar e implementar uma intervenção para aumentar os níveis de literacia em saúde mental desses mesmos alunos.

Metodologia: A abordagem utilizada neste estudo foi quantitativa multinível. No primeiro momento, foi realizado um estudo descritivo-exploratório (nível I) com a aplicação de um instrumento de avaliação da literacia em saúde mental a alunos de uma escola secundária da região centro de Portugal Continental. O instrumento de avaliação utilizado foi o QuALiSMental. No segundo momento, foi utilizado um desenho pré-experimental (nível IV) com avaliação pré e pós-teste.

Resultados: Foram detetados défices na literacia em saúde mental destes adolescentes e jovens, tendo sido desenvolvido um programa composto por três sessões em sala de aula e acesso continuado a um website. A intervenção (segundo momento) foi baseada no website *felizmente.esenfc.pt*. As sessões abordaram saúde mental, depressão e abuso de álcool, respetivamente. Tiveram a duração total de 4,5 horas e realizaram-se em contexto de sala de aula, sempre com a presença de um professor da escola.

Conclusões: Este programa demonstrou ser eficaz no aumento da literacia em saúde mental do grupo de adolescentes e jovens. Esta intervenção pode ser um veículo a utilizar na transmissão de conhecimentos sobre saúde mental, tendo como vantagem clara o acesso contínuo a um website permitindo aos jovens procurar informação sempre que necessário. As limitações encontradas nesta amostra sujeita à intervenção sugerem a necessidade da realização de programas direcionados a estes alunos, de forma a transmitir-lhes conhecimentos e competências em saúde mental e a dotá-los de um conhecimento virado para a ação.

Referências bibliográficas: 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., Mendes, A., Barroso, T., Santos, J.C., Oliveira, R.A. & Ferreira, R. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: Conceitos e desafios. *Revista Referência*, 3(6), 157-166.

Loureiro, L., Pedreiro, A., & Correia, S. (2012c). 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. *Investigação em Enfermagem*, 25, 42-48.

Loureiro, L., Pedreiro, A., Correia, S. & Mendes, A. (2012). Reconhecimento da depressão e crenças sobre a procura de ajuda em jovens Portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 13-17.

* ESEnFC, UICISA: E [apedreiro@esenfc.pt]

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Saúde Mental e Psiquiatria, Professor

Perturbação de hiperatividade com défice de atenção: dificuldades e estratégias utilizadas por professores do 1º ciclo do ensino básico

Lisete dos Santos Mendes Mónico*, Marisa Daniela Branco Mónica Filipe

Introdução: A Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção (PHDA) é uma perturbação do sistema nervoso central que apresenta um quadro sintomático diversificado. Surge na infância e é caracterizada por impulsividade, hiperatividade e elevadas dificuldades em manter a atenção. Atualmente, tendo em conta o contexto profissional e o desafio que esta perturbação representa, torna-se pertinente saber entender e ensinar estas crianças, de forma adequada, com recurso a estratégias/práticas educativas e comportamentais diversificadas, de modo a promover o seu sucesso académico.

Objetivos: A presente investigação pretende dar resposta a três objetivos: 1) Averiguar qual o grau de informação, formação e experiência dos docentes do 1º Ciclo para lecionarem em turmas de alunos com PHDA; 2) Averiguar quais as características que mais perturbam a vida escolar dos alunos com PHDA; e 3) Conhecer os métodos e as estratégias a que os professores recorrem para procurar superar essas dificuldades.

Metodologia: Solicitou-se autorização a três Agrupamentos de Escolas da região Centro de Portugal, garantindo-se o anonimato e a confidencialidade das respostas dos docentes. Adaptámos um inquérito por questionário autoadministrado (Filipe, 2011), a partir de um instrumento da autoria da equipa de Défices de Atenção do CADin. Após a aplicação piloto a 10 professores, a versão final foi administrada a 102 professores do 1º Ciclo do Ensino Básico dos três Agrupamentos, 16 homens e 86 mulheres (M = 43,90; DP = 8,50 anos). O questionário comporta questões fechadas e apresenta adequada fiabilidade.

Resultados: Os resultados indicam que mais de 70% dos docentes já lecionaram em turmas com alunos com PHDA diagnosticada por especialistas, sendo a formação inicial e contínua sobre esta perturbação insuficiente. O número de psicólogos escolares por agrupamento é apontado por 97.1% dos docentes como insuficiente, não permitindo um acompanhamento dos alunos. O “Déficit de Atenção” foi apontado como a característica dos alunos com PHDA que mais perturba a vida escolar. Entre os fatores que provocam maior desadaptação evidenciam-se, por ordem decrescente: 1) pouca persistência e baixa motivação; 2) não aceitar e respeitar as regras; 3) ter comportamentos agressividade/oposição; 4) dificuldades de aprendizagem; 5) baixa autoestima. Quanto às possibilidades de intervenção, apontaram-se as seguintes estratégias (ordem decrescente): 1) encaminhamento para um técnico especializado; 2) encaminhamento para o Apoio Educativo/Educação Especial; 3) contacto mais próximo com a família; 4) persistência e coerência na introdução de adaptações e estratégias; 5) adaptação da forma como o professor apresenta os conteúdos na sala de aula.

Conclusões: Os dados apurados relativamente ao conhecimento e às práticas/estratégias utilizadas em crianças com PHDA revelam que, seria de todo fundamental, os docentes possuírem formação específica, quer no curso de formação inicial quer na formação contínua, assim como maior conhecimento das práticas/estratégias “validadas” e aconselhadas por diferentes autores, no sentido de promover um maior sucesso no processo ensino/aprendizagem destas crianças. Em termos globais, a literatura é unânime em afirmar que a intervenção deve ser multicomponencial e incluir três grandes vetores: a criança, a família e a escola, associados à medicação sempre que necessário (Barkley, 2006; Parker, 2003; Reimers & Brunger, 1999).

Referências bibliográficas: Barkley, R. (Ed.). (2006). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.

Filipe, M. D. (2011). Práticas/estratégias educativas na perturbação de hiperatividade e défice de atenção. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa, Portugal.

Parker, H. (2003). *Desordem por défice de atenção e hiperactividade: Um guia para pais, educadores e professores*. Porto, Portugal: Porto Editora.

Reimers, C. & Brunger, B. (1999). *ADHD in the young child- driven to redirection: A guide for parents and teacher´s of young children with AHDA*. Florida: Specialty Press, Inc.

* Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Professor Auxiliar

Projeto Regras do Jogo (PRJ): Promoção da Saúde Mental de Adolescentes em contexto Escolar

Fernanda Paula Santos Leal*, Ana Ramos**, Célia Cristina Casaca Soares***, Fernanda Gomes da Costa****, Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos*****

Introdução: Indisciplina e violência escolar, são problemas de saúde pública com consequências na saúde física, mental e relacional/social de crianças/adolescentes. A perspectiva salutogénica ou positiva da saúde, aposta na capacitação das crianças/adolescentes para a proteção da sua saúde, aumentando fatores protetores, conferidores de bem-estar. Recente evidência reporta relação entre aumento da literacia de crianças/adolescentes em ambientes estimulantes do ponto de vista cognitivo, relacional e afetivo. O *setting* escola é privilegiado para intervir eficazmente na Promoção e Literacia em Saúde Mental.

Objetivos: Pretende-se: 1) Promover a literacia em saúde mental, dado que a implementação de programas de aprendizagem social e emocional possibilitam o desenvolvimento integral do adolescente através da promoção de competências cognitivas, sociais e emocionais; 2) Aumentar os fatores protetores de saúde dos adolescentes (autoestima, autoeficácia e resiliência) através do projeto Regras do Jogo (PRJ), desenhado de acordo com o referencial Social and Emotional Learning Programmes (SEL).

Metodologia: Elegeu-se metodologia de investigação-ação de acordo com conceção crítica da Educação para a Saúde. Esta, defende utilização de metodologias ativas que co-impliquem cada criança/adolescente na compreensão e gestão dos seus determinantes de saúde. Etapa de investigação: caracterizam-se os fatores protetores da saúde da população-alvo: adolescentes 7º ano de ensino básico, de escolas públicas. Elegeram-se as escalas: autoestima (Rosenberg), de autoeficácia (Pais Ribeiro) e Resiliência (RS-14), aplicadas antes e após a intervenção. Etapa de intervenção, consiste em 8 sessões sequenciais com os adolescentes. Em cada sessão obtêm-se dados de natureza qualitativa.

Resultados: À data de submissão deste *abstract* encontra-se a equipa de projeto na análise dos dados quantitativos. Os dados qualitativos, revelaram que o PRJ para os adolescentes foi em 52% de aprendizagem de habilidades (p.ex.) “aprendi a respeitar os outros (Ref.^a 4)”; 24% de aprendizagem em auto-ajuda: “Aprendi que devíamos ter confiança em nós” (Ref.^a 11) e, 24% de participação e diversão: “Foi divertido e diferente (Ref.^a 13)”. Gostaram de tudo 36,4%. Gostaram mais dos jogos 36,4%. Gostaram essencialmente dos momentos de reflexão 18,2% e, das dramatizações 9%. Os ganhos em saúde mental foram essencialmente expressos pelos adolescentes quanto à redução da vivência de auto e hetero-agressividade, à tomada de consciência de que têm qualidades que desconheciam e à aquisição de habilidades de maior eficácia na resolução de problemas e na gestão de conflitos com os pares: “para mim participar neste projeto foi ajudar em algumas situações e saber como resolver os nossos problemas (Ref.^a 8)“.

Conclusões: Até o momento, os resultados qualitativos da etapa de intervenção sugerem que esta foi positiva e conferidora de aprendizagens pelos adolescentes. Os resultados da etapa de investigação relativos aos fatores protetores da saúde, encontram-se em processo de análise. Estima-se no final do projeto a obtenção de ganhos em literacia em saúde mental e ganhos em saúde e bem-estar, referentes ao aumento dos fatores protetores da saúde.

Referências bibliográficas: Casel (2013). Collaborative for academic, social and emotional learning. SEL impact on students. New York: Casel. Acedido em set 16, 2013, em http://casel.org/wp-content/uploads/CS_Impacts.pdf

Durlak, J., Weissberg, R., Dymnicki, A., Taylor, R., & Schellinger K. (2011). The impact of Enhancing Students’ Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. *J Child Develop.* 82, 405-432.

Herrman, H., et al. (2011). What is resilience? *Can J Psychiatry.* 56(5), 258–265.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf

World Health Organization (2013). Health literacy, the solid facts. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.

* Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde - Departamento de Enfermagem, Equipara da a professora adjunta. Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

** Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde, Enfermagem, Professor Adjunto Equiparado

*** Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal; Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), CIS-IUL, Ciências Sociais e Humanas; CIS-IUL, Professora-Adjunta/Coordenadora de Departamento; Investigadora [celia.soares@ess.ips.pt]

**** Escola Superior de Saúde do instituto Politécnico de Setúbal, de Enfermagem, Professora Adjunta [fernanda.gomes@ess.ips.pt]

***** Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde de Setúbal, Enfermagem, Docente

Promoção da literacia em saúde mental: Crenças e atitudes em universitários

Anabela Pereira*, Ana Vieira**, Barbara Nóbrega***, Daniela Rebelo****,
Tatiana Amoroso*****

Introdução: O estigma e a exclusão social dos indivíduos com perturbações mentais surgem como fatores de risco, podendo criar barreiras ao processo de ajuda e recuperação. A promoção da literacia em saúde mental é fundamental à capacitação dos indivíduos para uma maior compreensão do uso de informações sobre saúde e perturbação mental.

Objetivos: O presente trabalho tem como objetivo estudar, as crenças e atitudes acerca da doença mental em estudantes do ensino superior, bem como averiguar das relações entre crenças e atitudes acerca da doença mental.

Metodologia: Estudo do tipo transversal e correlacional. A amostra foi constituída por 276 estudantes do ensino superior (218 do sexo feminino e 58 do sexo masculino), de cursos e universidades distintos, os quais responderam a questionários online, que 169 frequentam a licenciatura e 113 de mestrado e doutoramento, com idades compreendidas entre 18 e 51 anos ($M=23.41$, $DP=5.47$).

Resultados: Os dados sugerem que as mulheres vêem a doença mental como condição médica e reconhecem-na melhor, comparativamente aos homens que possuem maiores crenças discriminantes e estigmatizantes, atribuindo maior perigosidade e responsabilidade pessoal pela doença aos indivíduos com doença mental. Estudantes que relatam ter perturbações emocionais vêem mais a doença mental como condição médica, comparativamente aos que não relatam ter ou conhecer alguém com esse tipo de perturbações. Foram encontradas correlações, entre crenças e atitudes acerca da doença mental

Conclusões: Os desafios que se colocam no futuro deverão ser orientados para propostas para a promoção da literacia em saúde no ensino superior, não só ao nível da componente da transmissão de conhecimento e informação em saúde, mas essencialmente no acesso a um conhecimento claro, objetivo e científico. Importa promover comportamentos associados a estilos de vida saudáveis, incentivando à mudança de comportamentos orientados para a promoção da saúde mental

Referências bibliográficas: European Health Literacy Survey Consortium (2012). *Final report: Executive summary 17* – The European Health Literacy Project (HLS-EU).

Loureiro, C., Dias, C., & Aragão R. (2008). Crenças e atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais. *Revista Referência*, *II(8)*, 33-44.

Pereira, A., Castanheira, H., Santos, C., Amaral, V., Martins, M., Vagos, P., . . . , Torres, A. (2014) Literacia em saúde: um desafio para as universidades. *Atas do 10º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.358-362). Lisboa: ISPA

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, *67*, 2072-2078.

Saboga-Nunes, L., & Sorensen, K. (2013). The European Health Literacy Survey (HLS-EU) and its Portuguese Cultural Adaptation and Validation (HLS-PT). *Aten Primaria*, *45*-46.

Sorensen, K., Van den Broecke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand1, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, *12(80)*, 1-13.

* Departamento de Educação, UA, CIDTFF

** Universidade de Aveiro

*** Universidade de Aveiro

**** Universidade de Aveiro

***** Universidade de Aveiro

Saúde no Adolescente: uma relação entre sentido interno de coerência, qualidade de vida e bullying

Lurdes Bernardete Ferreira Cardoso*, Luís Carlos Carvalho da Graça**,
 Maria Isabel Soares Parente Lajoso Amorim***

Introdução: Na sociedade contemporânea, nota-se uma banalização do conceito violência, que os jovens tendem a confundir brincadeiras e indisciplina (Grossi & Santos, 2009), tornando o bullying um fenómeno presente na sociedade, com importantes implicações na qualidade de vida e na saúde mental das crianças e jovens contra os quais é perpetrado.

Objetivos: Como estudo pretendeu-se analisar fatores associados ao bullying em adolescentes que frequentam 3º ciclo de escolaridade do ensino básico em agrupamento de escolas da zona Norte de Portugal.

Metodologia: Tratou-se de uma amostra de 363 adolescentes, com idades compreendidas dos 11 aos 15 anos de idade. Preencheram individualmente um questionário composto por quatro secções: caracterização sociodemográfica, SOC (Sentido Interno de Coerência) – versão reduzida do SOC – 29 (Antonovsky (1987) – versão portuguesa de Nunes, 1999), KIDSCREEN-52 – Rvens-Sieberer & European Kidscreen Group (2001) – versão portuguesa do KIDSCREEN-52 (Gaspar & Matos, 2008) e um bloco de questões sobre Bullying - dimensão agressor, na continuidade da 10ª dimensão do Kidscreen (Bullying – dimensão vítima).

Resultados: Observou-se maior prevalência de agressores (56,7%) comparativamente com não agressores (43,3%) e maior prevalência de vítimas (61,7%) comparativamente com não vítimas (38,4%). Observou-se também maior prevalência de vítimas major (12,4%) quando comparado com agressores major (4,1%).

Verificou-se uma associação positiva entre vítimas e agressores. Predominam agressores com idades entre os 13 e 15 anos idade, que frequentam escolaridade mais elevada, percecionando menor qualidade de vida.

As vítimas apresentaram um menor sentido interno de coerência, uma menor perceção de qualidade de vida e possuem uma doença crónica.

Conclusões: Em conclusão, constatou-se que quanto maior a instabilidade do bullying menor o sentido interno de coerência e a qualidade de vida.

O desenvolvimento de competências pessoais e sociais é uma área de investimento prioritário ao nível da educação para a saúde e promoção para a saúde, com vista a diminuir a prevalência do bullying e consequentemente melhorar a Saúde Mental e Qualidade de Vida no adolescente.

Referências bibliográficas: Gaspar, T. & Matos, M. G. (2008). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes: Versão portuguesa dos Instrumentos Kidscreen-52*. Cruz Quebrada, PT: Aventura Social e Saúde.

Nunes, L. Á. (2008). *O sentido de coerência como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico*. In Congresso Português de Sociologia, 4. Coimbra, PT: Universidade de Coimbra.

Olweus, D. (1994). Bullying at school: Basic facts and an effective intervention programme. *Promotion & Education*, 27.

* Clínica Médica Marginal, Enfermagem urgências ambulatório, enfermeira

** Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde, Professor-adjunto [luisgraca@ess.ipvc.pt]

*** Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Professor Coordenador

Uma prática de sensibilização e intervenção na área da violência escolar

Ermelinda de Fátima Dias da Cunha de Macedo*,
 João Carlos Gama Martins Macedo**, João Cainé***,
 Rui Manuel Freitas Novais****

Introdução: Em contexto escolar a promoção e a educação para a saúde consiste em criar condições às crianças, adolescentes e jovens, para valorizarem e atribuírem significado a conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções tomando decisões adequadas à sua saúde. Estudos nacionais e internacionais revelam que os estudantes observam e relatam frequentemente experiências de bullying nas escolas. Tendo em atenção as suas consequências nefastas e a sua prevalência, justifica-se a preocupação dos agentes educativos em percebê-los e minimizá-los.

Objetivos: Caracterizar o bullying num grupo de estudantes que frequentam um Agrupamento Vertical de Escolas do Norte de Portugal (AVENP); 2) Avaliar um programa de intervenção baseado no fenómeno do bullying.

Metodologia: Recorrendo a uma amostra aleatória e estratificada por anos de escolaridade e através do questionário “Diagnóstico do Bullying na Escola” da Direção Geral da Saúde, foi efetuada uma avaliação diagnóstica (1º momento: n=313) e, posteriormente, implementado um programa de intervenção designado por “Nós e os Outros”, envolvendo toda a comunidade educativa. No final, foi efetuada nova avaliação (2º momento: n=298).

Resultados: A dimensão do bullying encontrada é concordante com os resultados da literatura, diminuindo de 14.6% para 10.7% dos estudantes que referem já terem sido vítimas nos últimos dois meses. Relativamente aos bully-provocadores, os resultados evidenciaram diferenças marginais na intensidade do fenómeno, revelando uma diminuição dos comportamentos de agressividade verbal entre os dois momentos ($Z = -1.808$, $p = .071$).

Conclusões: Considera-se pertinente que este tema conste do programa educativo deste AVENP e, provavelmente, de outros contextos educativos. O bullying tem características mutáveis e a escola tem o papel de o monitorizar, numa perspetiva longitudinal para favorecer a modificação de comportamentos. O programa implementado neste contexto teve implicações na promoção de práticas pedagógicas que fortalecem a saúde mental dos estudantes e, consequentemente, que diminuem os níveis de violência escolar.

Referências bibliográficas: Camodeca, M., Goossens, F, Terwogt, M, & Schuengel, C. (2002). Bullying and victimization among school-age children: Stability and links to proactive and reactive aggression. *Social Development, 11*(3), 332-345.
 Haber, J., & Glatzer, J. (2009). Bullying: Manual anti-agressão. Alfragide, PT: Casa da Letras.
 O’connell, P., Pepler, D., & Craig, W. (1999). Peer involvement in bullying: insights and challenges for intervention. *Journal of Adolescence, 22*, 437-452.
 Pereira, B., Costa, P., Melim, F., & Farenzena, R. (2011). Bullying escolar: Programas de intervenção e prevenção. In M. I. Gisi & R. T. Ens (Eds.), *Bullying nas escolas: Estratégias de intervenção e formação de Professores* (pp. 205). Curitiba-Brasil: Editora Unijui da Universidade Regional do Noroeste de Estado do Rio Grande do Sul.
 Salmivalli, C., Kaukiainen, A., & Voeten, M. (2005). Anti-bullying intervention: Implementation and outcome. *British Journal of Educational Psychology, 75*, 465–487.

* Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem, Professora Adjunta

** Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem, Professor [jmacedo@ese.uminho.pt]

*** Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem, Docente

**** Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem, Professor

**QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR
NO CICLO VITAL**

**QUALITY OF LIFE AND WELL-BEING IN
THE LIFE CYCLE**

Bullying no Trabalho: Impacto na Vida Pessoal dos Enfermeiros

Antónia Adília Ribeiro Teixeira*, Teresa de Jesus Rodrigues Ferreira**,
Elizabeth Maria das Neves Borges***

Introdução: O trabalho é intrínseco ao ser humano. A qualidade de vida no trabalho é atualmente valorizada e essencial para a realização pessoal e profissional, contribuindo para a qualidade de vida da pessoa adulta. O bullying é um tipo de violência que tem sido investigado em vários contextos, entre eles o local de trabalho. A sua incidência no setor da saúde constitui uma ameaça à saúde dos profissionais e à segurança dos cuidados prestados aos cidadãos.

Objetivos: Descrever o impacto das experiências de bullying na vida pessoal dos enfermeiros, e contribuir para a sensibilização destes profissionais quanto ao bullying no local de trabalho.

Metodologia: Estudo exploratório, descritivo e transversal, inserido num paradigma de investigação qualitativa. O estudo foi dirigido a enfermeiros com 10 ou mais anos de atividade profissional. Através da técnica de amostragem por redes, foram selecionados 12 participantes, a quem foram realizadas entrevistas semiestruturadas. A informação foi submetida a uma análise categorial temática. Foram cumpridos os requisitos éticos do processo investigativo.

Resultados: Dos resultados obtidos salientamos que a nível emocional, os participantes relataram ansiedade, stresse, tristeza, irritabilidade, insónias, intenção de mudar de serviço e ponderação. A nível físico referiram cansaço e perturbações digestivas. Socialmente, o isolamento e a cessação de contrato foi o impacto descrito. As consequências descritas pelos participantes vão ao encontro da literatura. Vários autores descrevem o stresse como uma consequência de bullying. Hauge, Skogstad, e Einarsen (2010), que verificaram que o bullying é um potente fator de stresse, constataram ainda que o bullying contribui para estados de depressão e ansiedade. Também Borges (2012) constatou relação entre stresse e violência psicológica. Insónias, ansiedade e irritabilidade foram algumas das queixas referidas na investigação de Carvalho (2007).

Quanto à intenção de mudar de serviço, na investigação de Hauge et al. (2010), também se constatou a intenção de turnover. Simons e Mawn (2010) descrevem relatos de enfermeiros sobre abandonar o local de trabalho e até mesmo sobre a ponderação em mudar de profissão.

Conclusões: As consequências descritas pelos participantes inserem-se, na sua maioria, a nível emocional. O stresse é descrito pelos participantes deste estudo e vários autores evidenciaram o bullying como um potente fator de stresse. Consideramos essencial a capacitação dos enfermeiros para a gestão do stresse, formação sobre gestão de conflitos e a inclusão do tema da violência psicológica em contexto de trabalho nos currículos académicos do curso de Licenciatura em Enfermagem, fornecendo desde logo informação e recursos que permitam aos jovens profissionais gerir situações de stresse laboral, minimizando assim os efeitos destrutivos deste fenómeno a nível pessoal, familiar, laboral e social.

Referências bibliográficas: Borges, E. M. (2012). *Qualidade de vida relacionada com o trabalho: Stresse e violência psicológica nos enfermeiros*. (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

Carvalho, G. D. (2007). Mobbing: Assédio moral em contexto de enfermagem: Estudo preliminar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 15, 43-55. Retirado de

Hauge, L., Skogstad, A., & Einarsen, S. (2010). The relative impact of workplace bullying as a social stressor at work. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51(5), 426-433. doi:10.1111/j.1467-9450.2010.00813.x

<http://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/5331/1/Mobbing%20ass%C3%A9dio%20moral%202007.PDF>

Simons, S. R., & Mawn, B. (2010). Bullying in the workplace: A qualitative study of newly licensed registered nurses. *AAOHN Journal*, 58(7), 305-311. Retirado de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=19&sid=263fca1-d48d-478c-8569-2d9f8d3533ad%40sessionmgr112>

* Centro Hospitalar São João, Enfermeira

** Escola Superior de Enfermagem do Porto [teresarodrigues@esenf.pt]

*** Escola Superior de Enfermagem do Porto

Menores em conflito com a Lei: vidas desalinhasadas

Maria Helena dos Santos Quaresma*, Carmen Ferre Grau**,
José Carlos Pereira dos Santos***

Introdução: A evidência científica reconhece a delinquência juvenil como sendo um problema universal que se desenvolve na interação de diversos fatores. Sendo verdade que muitos adolescentes manifestam, pontualmente e com gravidade relativa, comportamentos desviantes, só um número reduzido se torna delinquentes, adotando uma conduta persistente marcada pela prática de crimes. Estes, paulatinamente, são conduzidos à situação extrema de desadaptação social, utilizando a prática de atos violentos como forma de reverterem a situação de desvantagem que ocupam na inserção social.

Objetivos: Caracterizar as variáveis que descrevem a matriz individual, familiar e social de cada adolescente; Perceber o papel desempenhado pela comunidade na (des)inserção social de cada adolescente.

Metodologia: Este estudo insere-se na metodologia qualitativa seguindo o referencial teórico do interacionismo simbólico e desenvolve-se através do método da teoria fundamentada. Para a colheita de dados recorreu-se à pesquisa documental e entrevista. Para a codificação aberta, codificação em torno dos eixos e codificação seletiva utilizámos o programa informático NVIVO 7. Foram respeitados os princípios éticos obtendo as autorizações necessárias junto do Instituto de Inserção Social, Centros Educativos da Delegação Regional do Centro do IRS e obtenção de parecer favorável da Comissão de Acesso aos Documentos Administrativos (CADA).

Resultados: Os 58 adolescentes que integram este estudo são maioritariamente do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 12-15 anos, de nacionalidade portuguesa, oriundos maioritariamente de famílias monoparentais. A instabilidade familiar é responsável por ruturas sucessivas, sendo a 1ª rutura familiar registada maioritariamente nos 3 primeiros anos de vida. Maioritariamente pertencem à classe social média baixa e baixa. Os principais problemas sinalizados no contexto familiar são: abandono materno, alcoolismo, toxicod dependência, criminalidade, violência: maus-tratos, prostituição e mendicidade. O primeiro ato delituoso registado situa-se, para os rapazes, entre os 8-12 anos, e entre os 11-14 para as raparigas. Os factos mais comuns são: furtos, roubos, venda de estupefacientes e crimes contra a integridade física. Muitos revelam dificuldade em antecipar as consequências dos seus atos e em perceberem o sofrimento causado a terceiros. Na globalidade a frequência escolar mostrou-se frágil, descontinua e problemática. O ingresso no 2º ciclo do ensino básico revelou-se um momento problemático no percurso escolar destes adolescentes.

Conclusões: A maioria dos menores estava sinalizada pelo sistema de proteção de menores e eram acompanhados pelas comissões locais de proteção de crianças e jovens em risco antes do internamento em CE por decisão judicial, o que mostra a necessidade da alteração do alvo da intervenção dos fatores de risco para o fortalecimento dos fatores protetores. Estes menores não dispõem de modelos consistentes de identificação, nem supervisão parental eficaz, levando-os a desenvolver ligações afetivas inseguras. O grupo de pares ocupa este espaço lacunar. No meio social de inserção a imagem negativa que detêm conduz a processos de exclusão social.

Referências bibliográficas: McAra, L., & McVie, S. (2010). Youth crime and justice: Key messages from the Edinburgh study of youth transitions and crime. *Criminology and Criminal Justice*, 10, 211-230.

Rodrigues, A. (2000). *Comentário da lei tutelar educativa*. Coimbra, Portugal: Coimbra Editora.

Santos, B. S. (Coord.). (1998). *A justiça de menores. As crianças entre o risco e o crime. Relatório do Observatório Permanente da Justiça Portuguesa*, (Vol.4). Coimbra, Portugal: Universidade de Coimbra. Centro de Estudos Sociais.

Santos, B. S. (Org.) (2004). *Os caminhos difíceis da "nova" justiça tutelar educativa. Uma avaliação de dois anos de aplicação da lei tutelar educativa*. Coimbra, Portugal: Universidade de Coimbra. Centro de Estudos Sociais.

* ESEnC, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Coordenador da UCP de ESMP

** Universidad Rovira i Virgili, Enfermeria, Coordinadora programa de doutorado

*** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade Científico Pedagógica de Saúde Mental e Psiquiatria, Professor

O bem-estar subjetivo ao nível dos dois subcomponentes: o bem-estar económico e o bem-estar sociodemográfico

M A Romão Veiga Branco*, Celeste da Cruz Meirinho Antão**,
Paulo Jorge Alves***

Introdução: Reconhece-se a classificação estrutural do conceito de qualidade de vida (Pereira & Engelman, 1993) para estudar o bem-estar subjetivo ao nível dos dois subcomponentes: o bem-estar económico (salário/renda) e o bem-estar sociodemográfico (moradia, saúde, alimentação, educação, lazer), considerando a relação encontrada entre a iliteracia em saúde e a autoeficácia e/ou conhecimentos necessários para assumir comportamentos de autocuidado com a saúde (Kim & Yu, 2010; Osborn et al., 2011) ao longo do ciclo vital.

Objetivos: Reconhecer variáveis de qualidade de vida, ao nível do bem-estar económico (salário/reforma) na perceção subjetiva de uma amostra de adultos e idosos numa população do centro e norte de Portugal; Reconhecer variáveis de qualidade de vida, ao nível do bem-estar sociodemográfico (moradia, saúde, alimentação, cuidados com medicamentos) na perceção subjetiva de uma amostra de adultos e idosos numa população do centro e norte de Portugal.

Metodologia: Estudo descritivo quantitativo, através da aplicação de um formulário construído para o efeito, a 119 respondentes do Centro e Norte de Portugal, incluindo questões de carácter socioeconómico e sociodemográfico, para as variáveis “bem-estar económico” e “bem-estar sociodemográfico” respetivamente. A amostra situa-se entre os 57 e 91 anos, com habilitações literárias distribuídas maioritariamente e respetivamente pelo 1º e 2º ciclo (61%) e (8%), analfabetismo (8%) e aqueles que “lêem e escrevem sem escolaridade” (6%); sendo 29% institucionalizados, vivendo 23% com cônjuge e filhos, 20% com cônjuge e 13% sós.

Resultados: Relativamente às variáveis em estudo:

1. O bem-estar económico (perceção de suficiência de salário/reforma), é considerado “muito insuficiente” por 43% da amostra não-institucionalizada, e entre estes há 4% que “absolutamente insuficiente”; ao nível dos institucionalizados há apenas 11% de entre o total de 27% deste grupo, que percebem que “há dinheiro para viver pelo menos com dignidade”;
2. O bem-estar sociodemográfico tem a seguinte expressão: 79 pessoas consideram que “as mudanças sociais ocorridas (tecnológicas, transportes, acessos a serviços públicos), influenciam as suas atividades de vida diária”, contrariamente a 32 (29%). A confeção de alimentos é feita “sem dificuldade” por 49%, contrariamente a 42 (35%) que não a fazem. 81 respondentes fazem “sem dificuldade”, a higiene/autocuidado, e com muita e alguma dificuldade 7 e 31 respetivamente; 49 fazem a higiene habitacional “sem dificuldade”, mas 40% da amostra, incluindo os 27% institucionalizados não. Todos tomam medicação mas só 71% o faz sem dificuldade e 14% não sabe cuidar-se a este nível.

Conclusões: A literacia amostral de 80% aproximadamente, converge com resultados de insuficiência expressa de “bem-estar económico”. Relativamente ao “bem-estar sociodemográfico”, só 60 a 70% da amostra apresenta capacitação de autocuidado, pelo que de alguma forma se verifica a iliteracia em saúde, com alguma influência na adesão medicamentosa (Martin et al., 2009) e desmotivação para o envolvimento no tratamento (Osborn et al., 2011), e portanto também na capacidade de resolver problemas com a sua saúde (Osborn et al., 2011). Assim, propõe-se que programas de Promoção/Educação para a Saúde sejam reassumidos ao nível dos utentes e ao nível dos cuidadores.

Referências bibliográficas: Kim, S., & Yu, X. (2010). The mediating effect of self-efficacy on the relationship between health literacy and health status in Korean older adults: A short report. *Aging & Mental Health*, 14(7), 870-873.

Martin, L., Ruder, T., Escarce, J. J., Ghosh-Dastidar, B., Sherman, D., Elliott, M., ..., Lurie N. (2009). Developing predictive models of health literacy. *J. Gen Intern Med*, 24(11), 1211-1216.

Osborn, C., Paasche-Orlow, M., Bailey, S., & Wolf, M. (2011). The mechanisms linking health literacy to behavior and health status. *Am J Health Behav*, 35(1), 118-128.

Pereira, C., & Engelman, A. (1993). Um estudo da qualidade de vida universitária no trabalho entre docentes da UFRJ. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 45(4), p. 12-48.

* Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Departamento de Ciências Sociais e de Gerontologia, Professor Coordenador

** Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Ciências de Enfermagem e Gerontologia, Docência [celeste@ipb.pt]

*** Instituto Piaget - Viseu, Departamento de Psicologia, Professor Coordenador

Qualidade de vida de pessoas com depressão, distímia, doença bipolar e perturbações depressivas sem outra especificação

Ermelinda de Fátima Dias da Cunha de Macedo*, Paulo Nuno Sousa Nossa**, Carlos Fernandes da Silva***

Introdução: As doenças do humor provocam um forte prejuízo nas pessoas, embora ainda não seja muito claro o seu impacto conforme a especificidade da doença. A qualidade de vida (QDV) das pessoas com doença mental tem sido alvo de crescente interesse de investigação, por ter vindo a ser considerada uma medida importante para aferir intervenções e resultados.

Objetivos: Identificar relações significativas entre a qualidade de vida e a Depressão Major, (DM), Distímia (D), Doença Bipolar (DB) e Perturbações Depressivas sem outra Especificação (PDSOE).

Metodologia: Participaram 39 sujeitos com idades superiores a 18 anos, com diagnósticos médicos de DM, D, DB e PDSOE e a frequentar consulta externa de psiquiatria de um Hospital da Zona Norte de Portugal. Foram utilizados o WHOQOL-Bref, o Índice de Graffar e um Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos. Os dados foram recolhidos nos domicílios dos sujeitos. Todos os sujeitos assinaram consentimento informado. Para a análise estatística recorreu-se ao Statistical Package for Social Sciences IBM SPSS Statistics, versão 19.0. Foi considerado estatisticamente significativo um valor de $p < .05$

Resultados: A D aparece com os valores mais baixos em três (DF, DP e DA) dos quatro domínios do WHOQOL-Bref. As PDSOE são as que apresentam em todos os domínios os valores mais altos. Os sujeitos com PDSOE apresentam scores superiores no DF ($U = 0.5, p = .016$) e DP ($U = 2.5, p = .04$) quando comparados com os sujeitos com DB. Os sujeitos com DM apresentam scores mais baixos para a Faceta QDV Geral do que os indivíduos com PDSOE ($U = 20.0, p = .024$). Os sujeitos com D apresentam scores inferiores referentes ao DF ($t(14) = -3.63, p = .003$) e ao DP ($U = 7.5, p = .01$) relativamente aos sujeitos com PDSOE.

Conclusões: Os resultados deste estudo corroborem os anteriores, pois indiciam que a QDV é afetada pelas doenças do humor. As comparações com outros estudos tornam-se difíceis devido a diferenças na avaliação da QDV, nomeadamente nas características das amostras, contexto de recolha de dados e instrumentos de avaliação utilizados. Este estudo sublinha a importância de se usarem medidas corretas e rigorosas de diagnóstico no sentido de se perceber quais as doenças mentais que mais afetam a QDV das pessoas, percebendo que a relação entre ambas é complexa e nem sempre consensual, tornando-se necessária uma pesquisa continuada dessa relação.

Referências bibliográficas: Figueira, M., Leitão, J., & Gameiro, S. (2010). Qualidade de vida em doentes bipolares. In M. C. Canavarro, & A. Vaz Serra, *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 283-298). Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gameiro, S., Carona, C., Silva, S., & Canavarro, M. (2010). Qualidade de vida e depressão: Um estudo comparativo com doentes com diagnóstico clínico de depressão major, utentes de centros de saúde e indivíduos da população geral. In M. C. Canavarro, & A. Vaz Serra, *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 299-323). Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.

Hellerstein, D., Agosti, V., Bosi, M., & Black, S. (2010). Impairment in psychosocial functioning associated with dysthymic disorder in the NESARC study. *Journal of Affective Disorders*, 127(1), 84-88.

Rapley, M. (2003). *Quality of life: A critical introduction*. London: Sage.

* Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem, Professora Adjunta

** Universidade de Coimbra, Faculdade de Letras, Professor Auxiliar

*** Universidade de Aveiro, Departamento de Educação, Professor Catedrático

Qualidade de vida e depressão: estudo comparativo entre pacientes acompanhados em psiquiatria e em psicologia

Sandrine Martins Antunes, Lisete dos Santos Mendes Mónico*

Introdução: Nos dias que correm, e perante o cenário de crise, a tendência é para o número de pessoas que padecem de depressão aumentar, o que vem em muito afetar a qualidade de vida dessas pessoas e das que as rodeiam. A Qualidade de Vida (QV), quer na sua componente subjetiva (psicológica), quer na sua componente objetiva (social, económica, política, ambiental), é um tema de importância crescente, sendo imprescindível a sua análise em contextos de saúde e de doença.

Objetivos: O estudo tem como objetivo apresentar um panorama do impacto da depressão, (associada à ansiedade e ao stress) na QV, em pacientes exclusivamente acompanhados em psiquiatria e em pacientes exclusivamente acompanhados em psicologia. Pretende-se analisar a relação entre QV e ansiedade, depressão e stress em doentes deprimidos. Procuram-se ainda detetar diferenças entre pacientes acompanhados exclusivamente em psiquiatria e pacientes que, embora também deprimidos, o apoio resida apenas na terapia psicológica.

Metodologia: Foram estudados 60 pacientes de ambos os sexos com sintomatologia depressiva sem outro quadro diagnosticado (critério de exclusão), sendo que 30 eram pacientes acompanhados exclusivamente em psiquiatria e 30 eram pacientes acompanhados exclusivamente em psicologia. Após consentimento dos diretores do Centro Hospitalar do Médio Tejo e de uma Clínica de Psicologia de Leiria, foram administradas a Depression Anxiety Stress Scale (Lovibond & Lovibond, 1995, aferida por Pais-Ribeiro et al., 2004) e o Questionário de Qualidade de Vida (Ware & Sherbourne, 1992, validado por Ferreira, 1998), que apresentaram boas propriedades psicométricas.

Resultados: Entre os nove domínios avaliados para a QV (Função Física, Desempenho Físico, Dor corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Função Social, Desempenho Emocional, Saúde Mental e Mudança de Saúde), registámos diferenças significativas no referente ao Desempenho Emocional, ao Desempenho Físico e à Saúde Mental, mais elevados nos pacientes acompanhados em psicologia. Por outro lado, os pacientes acompanhados em psiquiatria demonstraram maiores níveis de ansiedade, de depressão e de stress. A análise da relação entre os fatores da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress e do Questionário de QV indicou relações negativas. Assim, quanto mais Ansiedade, menor a qualidade de vida dos pacientes, devido a um menor Desempenho físico, maior Dor corporal e menores Saúde Geral, Vitalidade, Desempenho Emocional e Saúde Mental. Pontuações maiores na Depressão associaram-se negativamente à QV nos domínios Desempenho Físico, Saúde Geral, Vitalidade, Desempenho Emocional e Saúde Mental. Por último, quanto maior o Stress, pior a Vitalidade e a Saúde mental e maiores as Mudanças de Saúde para pior.

Conclusões: Os resultados apontaram para diferenças entre os dois grupos, tanto ao nível da QV quando do Stress, Depressão e Ansiedade. Estes resultados convergem com literatura que indica que a terapia psicofarmacológica não é tão eficaz quanto o esperado (Moncrieff & Kirsh, 2005) e que a Psicoterapia se mostra mais eficaz no tratamento da depressão (Kirsh et al., 2004). Os resultados parecem indicar que a intervenção psicológica contribui para uma melhor QV e diminuição da Depressão (associada à ansiedade e ao stress), o que se poderá explicar pela natureza da intervenção psicológica (ex., reestruturação cognitiva; treino de competência sociais, etc; Pires, 2003).

Referências bibliográficas: Kirsh, I., More, T. J., Scoboria, A., & Nicholls, S. S. (2004). The emperor's new drugs: An analysis of antidepressant medication data submitted to the U.S. food and drug administration. *Prevention & Treatment*, 5(23), 1-11. Retirado de <http://alphachoice.com/repository/assets/pdf/EmperorsNewDrugs.pdf>

Moncrieff, J., & Kirsh, I. (2005). Efficacy of antidepressants in adults. *BMJ*, 331, 155-157.

Pires, C. L. (2003). Manual de psicopatologia: Uma abordagem biopsicossocial (2ª ed. revista). Leiria, Portugal: Editorial Diferença.

Ribeiro, J. I. P., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS-21) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.

* Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Professor Auxiliar

Quanto mais, melhor?: O papel da informação na qualidade de vida dos pais de bebés com anomalia congénita

Ana Dias da Fonseca*, Ana Bárbara Vicente Nazaré, Maria Cristina Canavarro**

Introdução: Ser mãe/pai de um bebé com anomalia congénita (AC) comporta diversos desafios. A procura ativa de informação sobre a AC pelos pais favorece a aceitação do diagnóstico (Pain, 1999), o que tem repercussões positivas na sua adaptação. No entanto, existem diferenças individuais nas necessidades parentais de informação sobre a AC (Hummelinck & Pollock, 2006); para alguns pais, receber mais informação do que aquela que julgavam necessária pode gerar níveis de ansiedade elevados (Lalor, Begley, & Galavan, 2008).

Objetivos: Este estudo tem como objetivos: 1) Conhecer a perceção parental acerca da informação sobre o diagnóstico de AC, obtida previamente ao diagnóstico, no momento do diagnóstico e após o nascimento do bebé; 2) Examinar o papel da perceção parental acerca da informação sobre a AC na qualidade de vida (QdV) dos pais, seis meses após o nascimento do bebé.

Metodologia: A amostra deste estudo longitudinal foi composta por pais de bebés com AC ($n = 43$ casais), avaliados em dois momentos: um mês após a notícia do diagnóstico de AC e seis meses após o nascimento do bebé. Os participantes responderam a um conjunto de questões sobre a perceção parental acerca da informação sobre a AC (conhecimento prévio da AC; satisfação com informação; compreensão da informação) nos dois momentos de avaliação. No segundo momento, foi avaliada a perceção de QdV dos participantes, recorrendo ao WHOQOL-Bref.

Resultados: No que respeita à informação, 43% dos pais já tinham ouvido falar da AC, embora considerassem o seu nível de informação prévio bastante reduzido ($M=5.64$, numa escala de 0 a 100). Os pais estavam moderadamente satisfeitos com a informação recebida no momento do diagnóstico ($M=58.83$), e reportaram ter compreendido essa informação ($M=71.66$). A maioria dos casais referiu ter tido informação adicional acerca da AC após o nascimento do bebé (63.4%; satisfação: $M=67.41$), informação essa que os deixou moderadamente preocupados ($M=56.86$) ou aliviados ($M=61.65$). A compreensão da informação no momento do diagnóstico influenciou positivamente a QdV materna (na faceta geral e domínio físico, $p < .10$). As mães mais satisfeitas, mais aliviadas e menos preocupadas com a informação recebida após o nascimento do bebé, apresentavam melhor perceção de QdV nos domínios físico, psicológico, ambiente e QdV geral ($p < .05$). Quando os pais estavam mais preocupados ($p < .05$) com a informação recebida após o nascimento do bebé, manifestavam pior perceção de QdV.

Conclusões: Pela escassez de conhecimento prévio acerca da AC, justifica-se que a informação seja uma das necessidades mais prementes dos pais, tendo influência na adaptação parental. Os resultados relativos à satisfação apontam para a relevância de melhorar a forma de comunicação dos profissionais de saúde sobre este tópico durante todo o processo (e.g., disponibilizar informação sob vários formatos, promover a discussão de informação de diferentes fontes). Adicionalmente, os profissionais de saúde devem estar particularmente atentos às respostas provocadas pela informação recebida (preocupação/alívio), ajudando os pais a compreender a informação de forma realista e a lidar com as respostas emocionais subjacentes.

Referências bibliográficas: Hummelinck, A., & Pollock, K. (2006). Parents' information needs about the treatment of their chronically ill child: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 62(2), 228-234. doi:10.1016/j.pec.2005.07.006
Lalor, J., Begley, C., & Galavan, E. (2008). A grounded theory study of information preference and coping styles following antenatal diagnosis of foetal abnormality. *Journal of Advanced Nursing*, 64(2), 185-194. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04778.x

Pain, H. (1999). Coping with a child with disabilities from the parents' perspective: The function of information. *Child: Care, Health & Development*, 25(4), 299-312. doi:10.1046/j.1365-2214.1999.00132.x

* Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, Investigador

** Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Professora Catedrática

Stress e capital psicológico positivo nos trabalhadores

Lisete dos Santos Mendes Mónico*, Hugo Manuel de Oliveira Lucas**

Introdução: O Stress sempre existiu, constituindo-se uma invariante da espécie humana, dando origem a múltiplos estudos nas últimas décadas, grande parte centrados nas dimensões correlativas deste constructo. Concomitantemente, a literatura na Psicologia Positiva cresceu exponencialmente, e em 2002 Luthans e colaboradores sugeriram que o foco de atenção se centrasse no Positive Organizational Behavior (POB). Esperança, Resiliência, Confiança e Otimismo foram apresentados como estados POB, considerando-se que representariam uma configuração de ordem superior dos trabalhadores, designada de Capital Psicológico Positivo.

Objetivos: A problemática central reside na análise da relação entre Stress e Capital Psicológico Positivo em trabalhadores de organizações portuguesas. Pretende-se: 1) examinar os níveis de Stress nos trabalhadores; 2) averiguar as relações entre o Stress e os quatro fatores do Capital Psicológico Positivo (Otimismo, Esperança, Confiança e Resiliência); 3) analisar em que medida o Capital Psicológico Positivo pode constituir-se enquanto atenuador do Stress dos trabalhadores.

Metodologia: A amostra é composta por 301 trabalhadores portugueses (132 homens; 169 mulheres; 18-67 anos; $M = 40.11$; $DP = 10.78$). Administrámos o Questionário de Stress no trabalho (adaptação de Rego et al., 2007a, 2007b; Spence & Robins, 1992; 4 fatores: F1- Trabalho como fonte de stress e desprazer; F2- Trabalho como fonte de descontrolo emocional; F3- Trabalho como fonte de compulsão; F4- Trabalho como fonte de comprometimento disfuncional) e o PsyCap Questionnaire (Luthans et al., 2007; F1- Esperança; F2- Resiliência; F3- Otimismo; F4- Autoeficácia). Ambos apresentaram boas propriedades psicométricas.

Resultados: Numa escala de 0 a 7 pontos, a medida de Stress no Trabalho apresentou uma média global de $M = 3.91$, indicando um nível moderado de stress nos trabalhadores, com uma variabilidade reduzida ($DP = 0.63$). Atendendo aos fatores constituintes, verificamos maiores níveis de stress no F4- Trabalho como fonte de comprometimento disfuncional, seguindo-se o F3- Trabalho como fonte de compulsão, o F2- Trabalho como fonte de descontrolo emocional e, por último, o F1- Trabalho como fonte de stress e desprazer. Considerando o PsyCap Questionnaire, observámos uma média de $M = 4.53$ numa escala de 6 pontos ($DP = 0.61$). A pontuação mais elevada corresponde à dimensão Autoeficácia, seguindo-se, a Esperança, a Resiliência e, por último, o Otimismo. Constatámos que quanto mais Stress o trabalhador apresenta menor é o seu Capital Psicológico, designadamente, menores Autoeficácia, Esperança, Resiliência e Otimismo. Porém, as relações do Trabalho como fonte de compulsão com a Autoeficácia, a Esperança e a Resiliência mostraram-se positivas.

Conclusões: Concluimos que nas organizações portuguesas em que trabalham os nossos inquiridos, o stress é maior referente ao Trabalho como fonte de comprometimento disfuncional e menor no Trabalho como fonte de stress e desprazer. Assim, as organizações contribuem bastante para um comprometimento disfuncional do trabalhador, embora menos para o stress propriamente dito. Digamos que o Stress advém desse comprometimento disfuncional, associando-se a um menor Capital Psicológico. Atendendo ao Capital Psicológico, consideramos que o cenário de crise atual se repercute em níveis menores de otimismo entre as pessoas, dado o Otimismo registar a menor pontuação entre as quatro dimensões do Capital Psicológico.

Referências bibliográficas: Luthans, F., Youssef, C.M., & Avolio, B.J., (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. New York: Oxford University Press.

Rego, A., Sousa, F., Pina e Cunha, M., Correia, A. & Saur-Amaral, I. (2007a). Leader self-reported emotional intelligence and perceived employee creativity: An exploratory study. *Creativity and Innovation Management*, 16, 250-264. doi: 10.1111/j.1467-8691.2007.00435.x

Rego, A., Souto, S., & Cunha, M.P. (2007b). Espiritualidade nas organizações, positividade e desempenho. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 13(1), 7-36

Spence, J. T. & Robbins, A. S. (1992). Workaholicism: Definition, measurement, and preliminary results. *Journal of Personality Assessment*, 58(1), 160-178.

* Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Professor Auxiliar

** Professor [hhlucas@sapo.pt]

INTERVENÇÕES EM CONTEXTO
CLÍNICO

INTERVENTIONS IN CLINICAL
SETTINGS

As intervenções do enfermeiro com dependentes químicos usuários de crack

Telma Brasil Zanatta*, Rafael B. Oliveira**, Meire Incarnação Ribeiro Soares***

Introdução: A dependência química é um conjunto de fenômenos que envolvem o comportamento a cognição e a fisiologia corporal consequente ao consumo repetido de uma substância psicoativa, associado ao forte desejo de usar esta substância, juntamente com dificuldade em controlar sua utilização persistente apesar de suas consequências danosas. O enfermeiro enquanto profissional de saúde coloca-o de “conselheiro”, frente ao cliente e a família para como centro da enfermagem psiquiátrica, sem desprezar as outras funções significativas, técnicas, educadora, gerencial e de agente socializador.

Objetivos: Enfocar a importância dos cuidados do enfermeiro dispensados ao dependente de crack, visando uma qualidade na assistência ao usuário de crack.

Metodologia: Este trabalho é uma revisão integrativa da literatura. Os dados foram obtidos através da pesquisa bibliográfica em artigos científicos e livros. A revisão integrativa de literatura tem como objetivo a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade dos resultados de estudos significativos na prática (Souza et al, 2009). Os critérios utilizados para a inclusão dos trabalhos foram os artigos publicados de 2001 a 2013 de procedência nacional e idioma português.

Resultados: Após o agrupamento e a categorização dos dados emergiram três categorias: Epidemiologia da Droga, As Consequências para a Saúde, A Falta de Preparo dos Enfermeiros, e a análise dos dados se deu a luz de um referencial teórico.

Conclusões: O presente trabalho apresenta a importância da intervenção de enfermagem na recuperação e estabilização do dependente químico, sendo esta de suma relevância, uma vez que esse profissional terá mais oportunidades de acesso a esse indivíduo. A universidade como espaço de produção de conhecimentos, não pode ignorar o apelo da sociedade em que está inserida, precisa estar atenta para corresponder a estas demandas sociais, preparando os profissionais para intervir nestes cenários. Portanto, enfatiza-se a necessidade dos currículos de enfermagem agregar conteúdos atuais sobre o fenômeno das drogas, preparando os futuros profissionais para o exercício do cuidado nesse campo complexo e prioritário.

Referências bibliográficas: Ballone, G.J. (2013). Dependência química. In PsiqWeb,Internet. Retirado de www.psiqweb.med.br

Beck Júnior, A. (2010). *Dependência do crack: Repercussões para o usuário e sua família*. Porto Alegre, Brasil: [s.e.]. Acedido em Abril, 25, 2013, em <http://hdl.handle.net/10183/24707>

Brasil. Portal do Ministério da Saúde. Acedido em Março, 16, 2013, em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33717&janela=1

Fundação Oswaldo Cruz, .Brasil (2012). Tem 370 mil usuários regulares de crack nas Capitais. Acedido em Setembro, 19, 2013, em <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2013/09/brasiletem->

Stefanelli, M.C., Fukuda, I. M. K., & Arantes, E. C. (2008). *Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais*. Barueri,SP: [s.e.].

* Universidade Salgado de Oliveira, Enfermagem, Professora [telbras1@hotmail.com]

** Universidade Salgado de Oliveira, Enfermagem, Aluno

*** Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, Escola de Saúde Pública do Estado de Goiás, Superintendente

Futuro reprodutivo das mulheres com doenças oncológicas: Será esta discussão importante para as doentes aquando do seu diagnóstico?

Cláudia Melo*, Teresa Almeida-Santos**

Introdução: A parentalidade biológica após a doença oncológica parece assumir muita importância para as sobreviventes. Estas revelam níveis elevados de sintomatologia psicopatológica perante um diagnóstico de infertilidade resultante dos tratamentos oncológicos (Loscalzo, & Clark, 2007). Para tentar assegurar o seu futuro reprodutivo têm sido aprimoradas técnicas para a preservação da fertilidade antes dos tratamentos. Contudo, tópicos como o risco de infertilidade futura e a possibilidade de preservar a fertilidade nem sempre são discutidos com as doentes oncológicas (Lee et al., 2006).

Objetivos: O presente estudo pretende caracterizar as percepções das doentes oncológicas em relação à importância da discussão do seu futuro reprodutivo aquando do diagnóstico da doença. Nomeadamente, o presente estudo propõe-se a descrever a relevância que as doentes atribuem à obtenção de informação sobre a possibilidade e riscos de engravidarem depois da doença oncológica e de informação relativa à preservação da fertilidade.

Metodologia: Mulheres com diagnóstico de doença oncológica, em idade reprodutiva e acompanhadas no primeiro Centro de Preservação da Fertilidade público português completaram um questionário de auto-resposta para avaliar as suas percepções em relação à importância da discussão de informação relativa ao seu futuro reprodutivo. Estas foram avaliadas através de grelhas elaboradas pelos investigadores em que para cada item de informação as doentes classificaram o grau de importância que lhe atribuíam, numa escala de Likert de 5 pontos, entre 0 – “Nada importante” – e 4 – “Extremamente importante”.

Resultados: No total, 37 doentes completaram o questionário. Estas tinham, em média, $30,59 \pm 4,42$ anos de idade e $15,95 \pm 2,83$ anos de escolaridade. A maioria das doentes estava envolvida numa relação amorosa (76%) e não tinha filhos (89%) aquando da administração do questionário. Em relação à gravidez na sobrevivência, a maioria das doentes classificou como “Extremamente importante” a obtenção de informação sobre tópicos como o risco de infertilidade futura (73%) e o risco de malformações fetais numa gravidez após os tratamentos oncológicos (84%). Relativamente à preservação da fertilidade, a maioria das doentes considerou “Extremamente importante” a discussão de tópicos como as técnicas de preservação da fertilidade existentes (77%) e a disponibilidade de especialistas na área da preservação da fertilidade (71%).

Conclusões: Os resultados revelam que as doentes oncológicas consideram muito importante a discussão das suas opções reprodutivas aquando do diagnóstico. Deste modo, o estudo sustenta a necessidade de rotinas clínicas que promovam o processo de tomada de decisão partilhado com as doentes sobre a preservação da sua fertilidade.

Referências bibliográficas: Lee, S., Schover, L. R., Partridge, A. H., Patrizio, P., Wallace, W. H., Hagerty, K., ..., Oktay, K. (2006). American Society of Clinical Oncology recommendations on fertility preservation in cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 24(18), 2917-2931. doi:10.1200/JCO.2006.06.5888

Loscalzo, M., & Clark, K. (2005). The psychosocial context of cancer-related infertility. In T. Woodruff, & K. Snyder (Eds.). *Oncofertility: Fertility preservation for cancer survivors* (pp. 180-190). New York: Springer

* Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Estudante de Doutoramento em Psicologia da Saúde

** Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra / Centro de Preservação da Fertilidade do Serviço de Reprodução Humana do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Professora Auxiliar / Diretora do Serviço de Reprodução Humana

Impacto do internamento de mulheres com comportamentos da esfera suicidária em variáveis de saúde mental

Alda Simões*, José Carlos Pereira dos Santos**

Introdução: Os comportamentos da esfera suicidária constituem uma preocupação para toda a sociedade, especialmente para os técnicos de saúde. Pouco se sabe sobre o impacto do internamento e a probabilidade de novos comportamentos, sendo, o período após a alta, reconhecido como de maior risco do que qualquer outro. Este trabalho prende-se com a constatação de um número cada vez maior de mulheres com comportamentos da esfera suicidária, a sua repetição após o internamento, bem como a escassez/inexistência de estudos neste âmbito.

Objetivos: Pretende-se além da caracterização das mulheres internadas por comportamentos da esfera suicidária, avaliar o impacto do internamento nas variáveis psicossociais (depressão, esperança, satisfação com a vida e satisfação com o suporte social), contribuindo para a compreensão desta problemática, suas variáveis, bem como do impacto do internamento na crise suicidária ao nível individual.

Metodologia: Realizou-se um estudo descritivo-correlacional com follow-up ao término de internamento, com 44 utentes internadas numa unidade de agudos de psiquiatria por comportamentos da esfera suicidária, entre 1 de Janeiro e 30 de Julho de 2012. A análise dos dados foi efetuada com recurso do SPSS. Recorreu-se a questionário sociodemográfico e caracterização do comportamento suicidário, o Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (A. Vaz-Serra, 1994), Escala de Esperança (Pais Ribeiro, 2006), a Escala de Satisfação com a Vida (Simões, 1992), a Escala de Satisfação do Suporte Social (Pais Ribeiro, 1999).

Resultados: A totalidade das utentes apresentou na admissão, elevada sintomatologia depressiva, baixos níveis de esperança e de satisfação com a vida e baixa perceção de suporte social. 34,08% das utentes apresentaram internamentos inferiores a 14 dias. O comportamento suicidário ocorre no domicílio, após ocorrência de conflito com pessoa significativa (34,7%), por motivos afetivos (73,9%). Recorrem a intoxicação medicamentosa com psicofármacos (73,9%), de tarde ou à noite, com maior incidência à sexta-feira, sozinhas, sem pedido de ajuda posterior. A maioria apresenta comportamentos prévios da esfera suicidária. No momento da alta, verificou-se uma melhoria na sintomatologia depressiva. Todavia algumas utentes tiveram alta ainda com depressão moderada e grave, o que constitui fator de risco para novos comportamentos da esfera suicidária. Salientamos a baixa satisfação da perceção com o suporte social no momento da alta, o que nos leva a inferir uma parca intervenção a esse nível ao longo do internamento. Contudo, apresentaram melhoria nos índices de esperança e de satisfação com a vida.

Conclusões: Constatamos a frequência de novas ocorrências e de reinternamentos sendo esta constatação também referida por Goldacre et al. (1993), quando indicam alto risco de suicídio em utentes após internamento psiquiátrico. Assim, qualidade e duração do internamento podem estar associadas ao risco de suicídio após a alta pelo que o atendimento de uma pessoa com comportamentos suicidários deve ser efetuado por profissionais de saúde com treino específico na área. Sugerimos uma maior intervenção por parte dos enfermeiros ao longo do internamento, incluindo intervenções como reforço da esperança, alívio dos fatores stressores e reforço do suporte social.

Referências bibliográficas: Goldacre, M., Seagroatt, V. & Hawton, K. (1993). Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *The Lancet*, 342(8866), 283-286.

Ribeiro, J. P., Pedro, L. & Marques, S. (2006). Contribuição para o estudo psicométrico e estrutural da escala de esperança (de futuro) de Snyder. In I. Leal, J. Pais Ribeiro & S. Jesus (Eds.). *Actas 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Bem-estar e Qualidade de Vida*, (pp. 75-81). Lisboa: ISPA.

Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26 (3) 503-515.

Serra, A. V. (1994). *Inventário de avaliação clínica da depressão (IACLIDE)*. Coimbra, Portugal: Autor.

* CHUC, HSC

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade Científico Pedagógica de Saúde Mental e Psiquiatria, Professor

Literacia em saúde mental de profissionais de saúde e população geral

Marta Cristina da Silva Gouveia*

Introdução: O reconhecimento da doença mental é fundamental uma vez que a incapacidade de o fazer pode resultar no atraso de procura de ajuda apropriada, dificuldades de adesão aos tratamentos, recurso a intervenções inadequadas, dificuldades de comunicação com profissionais de saúde (Jorm, 2000; Jorm et al., 2006) e comportamentos de procura de ajuda desajustados ou até inexistentes.

Objetivos: O estudo tem por objetivo avaliar a literacia em saúde mental de profissionais de saúde do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (EPE) e população geral do distrito de Viseu acerca da depressão e esquizofrenia.

Metodologia: A questão de investigação prende-se com a análise de alguns domínios da literacia em saúde mental, nomeadamente: o reconhecimento da doença e procura de ajuda, competência para prestar, apoiar e dar a primeira ajuda. As hipóteses colocadas são: H1 - O reconhecimento da doença está associado a comportamentos de procura de ajuda e H2 - O reconhecimento de estigma e discriminação tem implicações nos comportamentos de procura de ajuda e distanciamento social. As diferentes variáveis foram avaliadas através da aplicação do QualisMental de Loureiro, Pedreiro e Correia (2012).

Resultados: 69,5% dos inquiridos identificam corretamente a depressão e 50,0% a esquizofrenia. 75,4% dos inquiridos afirmaram que procurariam ajuda no caso da depressão e 80,2% no caso da esquizofrenia. Não se verificou relação entre o reconhecimento da doença com a intenção de procurar ajuda em caso de vivência de situação similar.

Os resultados sugerem que embora se verifique relação entre discriminação e estigma e distanciamento social, percebe-se que o inquirido se auto-percebe como menos negativo para com o doente. Mediante o modo como a doença é vista e interpretada, independentemente do reconhecimento da doença (diagnóstico), assim será encarada a necessidade ou não de procura de ajuda bem como o evitamento ou não da pessoa com doença.

No presente estudo, o reconhecimento da esquizofrenia tem relação com o desejo de distância social os que têm crenças mais estigmatizantes e comportamentos discriminatórios.

Conclusões: O reconhecimento das doenças foi elevado, mas quando analisado o comportamento dos indivíduos com esse conhecimento, constata-se que a procura de ajuda e as competências para prestar, apoiar e dar a primeira ajuda poderão estar comprometidas, uma vez que as evidências apontam para o não entendimento das perturbações. Relativamente à esquizofrenia constatou-se haver reconhecimento que não reflete um entendimento claro da doença em si. Quanto à depressão, as crenças que lhe são associadas e, a não interpretação da doença enquanto condição médica pode comprometer os comportamentos de procura de ajuda quer na assistência ao outro, quer como estratégia de autoajuda.

Referências bibliográficas: Jorm, A.F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British journal of Psychiatry*. 177, 396-401.

Jorm, A. F., Barney, L. J., Christensen, H., Hight, N. J., Kelly, C. M., & Kitchener, B. A. (2006). Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *The Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry*, 40(1), p3-5.

Loureiro, L., Pedreiro, A., Correia, S. (2012). Tradução, adaptação e validação de um questionário de avaliação da literacia em saúde mental (QualisMental) para adolescentes e jovens portugueses a partir de um focus group. *Revista Investigação em Enfermagem*, 25, p. 42 - 48.

* Hospital Tondela-Viseu, EPE, DPSM - Feminino, enfermeira

O papel da literacia sobre a Depressão Pós-Parto na sua deteção e tratamento: Uma reflexão crítica sobre a situação atual e implicações para os profissionais de saúde

Ana Dias da Fonseca*, Stephanie Alves**, Maria Cristina Canavarro***

Introdução: A depressão pós-parto (DPP) tem sido considerada um problema de saúde pública prevalente, afetando 13% das mulheres no primeiro ano pós-parto, com consequências adversas para a saúde e bem-estar da mãe e do bebé (e.g., comprometimento do desenvolvimento cognitivo da criança, dificuldades na interação mãe-bebé). No entanto, poucas mulheres procuram ativamente ajuda para a DPP, sendo importante perceber se a baixa literacia acerca da DPP pode justificar esse facto.

Objetivos: Este trabalho tem como primeiro objetivo fazer uma síntese crítica da investigação existente sobre a literacia acerca da DPP (e.g., conhecimento acerca dos sintomas de DPP e das opções de tratamento). Em segundo lugar, com base na revisão da literatura, este trabalho pretende estabelecer implicações para a atuação dos profissionais de saúde, com vista à promoção da literacia sobre a DPP.

Metodologia: O método utilizado foi uma síntese crítica da literatura. A pesquisa dos artigos foi realizada em diversas bases de dados (PubMed, B-On, Proquest, Ovid). Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: a) artigos publicados em revistas com arbitragem científica; b) artigos escritos em inglês ou português; c) artigos que incluíam informação relacionada com a literacia e DPP (e.g., conhecimento/reconhecimento dos sintomas de DPP, das suas consequências e opções de tratamento). Procurou-se fazer uma análise crítica dos resultados dos estudos e das suas implicações.

Resultados: Vários estudos sobre a DPP sugerem que a maioria das mulheres tem baixa literacia acerca da DPP, nomeadamente ao nível do escasso reconhecimento dos sintomas de DPP (Bilszta, Ericksen, Buist, & Milgrom, 2010) e da limitada capacidade de atribuição de diagnóstico. Adicionalmente, a investigação tem também demonstrado que as mulheres frequentemente desconhecem as opções de tratamento disponíveis para a DPP (Dennis & Chung-Lee, 2006). O conhecimento limitado acerca da DPP (baixa literacia) parece também contribuir para explicar os sentimentos de estigma reportados pelas mães, bem como a manutenção de algumas crenças disfuncionais (e.g., “se tenho DPP é porque sou má mãe”) (Dennis & Chung-Lee, 2006). Todos estes fatores parecem contribuir para que as mulheres sintam relutância em reconhecer as suas dificuldades e, consequentemente, poucas mulheres procurem ativamente ajuda profissional para lidar com a DPP (Buist et al., 2007).

Conclusões: A baixa literacia das mulheres acerca da DPP pode comprometer a sua deteção e tratamento precoce. Os profissionais de saúde podem ter um papel importante na promoção da literacia sobre a DPP, nomeadamente: a) avaliando previamente o conhecimento das mulheres acerca da DPP e disponibilizando informação adicional, sob vários formatos; b) implementando rotinas de rastreio da DPP que aumentem a consciencialização das mulheres acerca desta condição clínica; c) promovendo sessões de psicoeducação para pais (e.g., no contexto de cursos de preparação para o nascimento); d) desenvolvendo ferramentas interativas, de acesso geral e facilitado à população (ehealth) acerca da DPP.

Referências bibliográficas: Bilszta, J., Ericksen, J., Buist, A., & Milgrom, J. (2010). Women's experience of postnatal depression: Beliefs and attitudes as barriers to care. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(3), 44-54.

Buist, A., Speelman, C., Hayes, B., Reay, R., Milgrom, J., Meyer, D., & Condon, J. (2007). Impact of education on women with perinatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(1), 49-54.

Dennis, C., & Chung-Lee, L. (2006). Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review. *Birth*, 33(4), 323-331.

* Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, Investigador

** Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

*** Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Professora Catedrática



Referência
REVISTA DE ENFERMAGEM | JOURNAL OF NURSING

SAÚDE E CIDADANIA
HEALTH AND CITIZENSHIP

Empowerment de adultos e idosos em contextos de cidadania

Maria Augusta Romão Veiga Branco*, Celeste da Cruz Meirinho Antão**,
 Maria Gorete de Jesus Baptista***

Introdução: Parte-se dos quatro domínios do conceito multifatorial de literacia em saúde (Nutbeam, 2007), para estudar a capacitação, colocando a questão: qual o nível do *empowerment* (Nutbeam, 2007) em contextos de cidadania de adultos e idosos? Estuda-se a capacitação e motivação para intervir e denunciar, considerando a relação entre competências cognitivas e de pensamento crítico para usar informações e serviços (Ickes & Cottrell, 2010) disponíveis, ao nível de serviços sociais, e o nível de saúde (Kim & Yu, 2010).

Objetivos: Conhecer os comportamentos de uma amostra de adultos e idosos, na sua perceção subjetiva que expressam o nível da capacitação/*empowerment* em cidadania; Conhecer as componentes discursivas da amostra que configuram em sentido e significado a sua perceção subjetiva de capacitação para agir e denunciar, perante uma situação de ameaça à sua pessoa ou aos seus valores ético-morais.

Metodologia: Estudo quantitativo-qualitativo: inicialmente estatístico-descritivo nas respostas ao formulário construído para o efeito, de 119 respondentes do Norte de Portugal, e posteriormente, pela análise de conteúdo (Fairclough, 2003) às unidades discursivas emergentes da entrevista informal a que foram submetidos, através da questão: “Perante injustiça, se agem contra os seus valores, sente-se capaz de agir e denunciar? Como?”. Esta amostra, entre 57 e 91 anos, 64% mulheres e 36% homens, com (57=48%) casados, 47 (39%) viúvos e 11 (9%) solteiros, só três eram divorciados e um vive em união de facto.

Resultados: Da análise estatística à questão, 105 (91%) pessoas responderam positivamente, mas 11 (9%) assumem o contrário. Da análise de conteúdo às componentes discursivas dos sujeitos foi construída uma rede de “contextos percetivos” com três imagens: 1.“Eu denuncio sim”, 2.“Não, não denuncio” e 3.“Depende, sei lá”. A primeira, gera 3 subcategorias: 1.1“Recorria a Instituições e Autoridades” reconhecem a Polícia, GNR, Tribunais, o Livro de Reclamações, o “chefe”, «linhas telefónicas» e por fim o advogado, como “entidades e autoridades competentes”; 1.2“Falava com a Família” seja em geral ou filhos, seguida de «as irmãs (religiosas)», sobrinhos e marido. 1.3: “Dialogava com a pessoa”: chamando a atenção e «defendendo-se sem problema». O segundo ramo, gera: 2.1.“não tenho conflitos” numa perceção de simpatia, e 2.2. “Não consigo agir...” numa perceção de descrédito e abandono nas instituições e respetivos recursos humanos cuidativos. A categoria “Depende, sei lá”, insere reflexões, dúvidas e descréditos, relativamente às suas competências cognitivas de compreensão, de literacia oral e de escrita.

Conclusões: Corroborando Nutbeam (2007), esta amostra expressa perceções de capacitação em contextos de cidadania, como competências multifatoriais, perante “uma situação de injustiça, se alguém agir contra os seus valores (desrespeito, indignidade, ameaça pessoal, abandono)”. Verificou-se *empowerment* (Nutbeam, 2007), porque expressam “sentir-se capaz de agir e denunciar” mas o nível de motivação para intervir e denunciar é insuficiente: as suas competências cognitivas e de pensamento crítico para usar informações e serviços (Ickes & Cottrell, 2010), são nulas em 11 respondentes, de inação em nove, e só 61 respondentes de entre os 105 assumiram expressamente “agir em contextos sociais de injúria”.

Referências bibliográficas: Fairclough, N. (2003). El análisis crítico del discurso como método para la investigación en ciencias sociales. In Wodak, R.; Meyer, M.I (Comp.), Métodos de análisis crítico del discurso (pp. 179-203). Barcelona: Gedisa.

Ickes, M., & Cottrell, R. (2010). Health literacy in college students. *Journal of American College Health*, 58(5), 491-498.

Kim, S., & Yu, X. (2010). The mediating effect of self-efficacy on the relationship between health literacy and health status in Korean older adults: A short report. *Ageing & Mental Health*, 14(7), 870-873.

Nutbeam, D. (2007). Health literacy: What do we know? Where do we go?. In *Health Literacy: International Union for Health Promotion and Education Conference*. Vancouver British Columbia: IUHPE.

* Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Departamento de Ciências Sociais e de Gerontologia, Professor Coordenador

** Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Ciências de Enfermagem e Gerontologia, Docência [celeste@ipb.pt]

*** IPB-ESSA, Ciências de Enfermagem, Professor-adjunto [gorete@ipb.pt]

Percepção do potencial doador a respeito da doação de medula óssea na região do Cariri

João Paulo Xavier Silva*, Ana Maria Machado Borges,
Alessandra Bezerra de Brito, Francisco Marcos Semião,
Guilherme Alvaro Maia Esmeraldo Junior

Introdução: Os avanços das pesquisas científicas trouxeram inovações na área de saúde, entre as inovações estão o Transplante de Medula Óssea (TMO) que consiste na substituição de uma medula doente por uma saudável.

Objetivos: Esse estudo consistiu em analisar a percepção dos potenciais doadores de medula óssea cadastrados na região do Cariri, no interior do Brasil, bem como traçar o perfil dos mesmos, conhecer os motivos envolvidos no processo de decisão da doação ou não e ainda identificar seu grau de conhecimento sobre o tema.

Metodologia: Metodologicamente, o estudo foi feito por meio de uma pesquisa de natureza descritiva e exploratória realizada durante o período compreendido entre agosto e setembro do ano de 2012. Para obtenção dos dados utilizou-se uma entrevista semiestruturada.

Resultados: Observou-se que os doadores são em sua maioria do sexo feminino, pardos, solteiros e com uma renda média de dois salários mínimos. Sobre os motivos em relação ao processo de doação/transplante considerou-se que a maioria se cadastrou por solidariedade, acreditam que conhecem o tema, tem algum receio quanto à doação e, mesmo sem conhecer direito o processo do transplante não recusariam em caso de uma convocação.

Conclusões: Ao fim deste, percebeu-se que a melhoria no acesso à informação pode melhorar o processo de cadastramento, o que mostra o quanto necessário é o investimento nessa área para que possa aumentar o número de cadastros e as chances de salvar vidas.

Referências bibliográficas: Camargo, A., Fernandes, F., Silva, P.L. & Moura, C.P. (2010). *Estudo sobre doação voluntária de medula óssea em Porto Alegre e região metropolitana*. Porto Alegre, Brasil: Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação.

Michel, C.A.A. & Witiuk, L. (2009). *Doação de medula óssea: Uma atitude pela vida*. Porto Alegre, Brasil: Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação.

Ministério da Saúde. (2012). INCA: Informações sobre a doação de medula óssea. Sistema Nacional de transplantes. Disponível em <http://www.portal.saude.gov.br>

* Sapienza Università di Roma e Faculdade Leão Sampaio (graduacao sanduiche) [jp-master17@hotmail.com]

Síndrome do esgotamento profissional nos professores de educação física

Jael Maria de Aquino*, Douglas da Rocha Pimentel**,
 Fábila Maria de Lima***, Deuzany Bezerra de Melo Leão****,
 Maria do Amparo Souza Lima*****

Introdução: A palavra *Burnout*, Burn é uma expressão inglesa e significa “aquilo que deixou de funcionar por exaustão de energia”. Síndrome que acomete, os profissionais que trabalham em contato direto com pessoas, desenvolvida devido à interação de dois fatores: características do ambiente de trabalho e características pessoais. Os professores de educação física têm passado por vários problemas para exercer sua profissão devido a, carga de trabalho excessiva, baixo status da profissão de professor.

Objetivos: Identificar a Síndrome de *Burnout* nos profissionais de educação física escolar; Identificar o perfil sócio demográfico dos participantes da pesquisa; Mostrar as principais causas e consequências da Síndrome de *Burnout* nos profissionais de educação física escolar.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem quantitativa e qualitativa. O estudo será realizado com docentes de Educação Física em escolas de ensino fundamental e médio, localizadas no Distrito Sanitário III, área de atuação da Escola Superior de Educação/UPE. Foram selecionadas 20 escolas de ensino fundamental (6ª a 9ª série) da Rede pública estadual no município de Recife-PE. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Complexo Hospitalar HUOC/PROCAPE com o CAAE: 07504912.2.0000.5192. A amostra foi composta por 40 docentes de Educação Física.

Resultados: Com relação ao perfil foi possível identificar a idade média dos professores – é de 42 anos; Quanto ao gênero – 53,8% o sexo feminino e 46,2% é do sexo masculino; Quanto ao estado civil – 92,31% é casado e 7,69% é solteiro; Quanto ao número de filhos; Quanto a especialização – 92,31% tem especialização e 7,69% não tem; Todos são professores de educação física – Ocupação principal; Quanto ao quesito estuda no momento – 30,77%. Com relação a Exaustão Emocional os participantes da pesquisa apresentaram um total de pontos 50% (27 pontos) professores que tem exaustão emocional. Quanto a Realização Profissional os docentes da pesquisa apresentaram uma pontuação de 48 para dar baixa realização. Foi mencionado por 46,15% dos participantes - Impaciência; Foram mencionados por 30,77% dos participantes: Fadiga constante e progressiva, Cefaleias, enxaquecas, Baixa autoestima, Irritabilidade. Sinto que influencio positivamente a vida dos outros através do meu trabalho – 68%.

Conclusões: O conhecimento das manifestações do stresse entre os docentes de educação física o que poderá ajudar a compreender melhor o desempenho deles no trabalho, bem como ajudá-los a desenvolver estratégias de enfrentamento para minimizar o stresse e a Síndrome de *Burnout*. Assim 21,21% dos professores têm exaustão emocional é possível concluir que estes docentes são submetido a situação de stresse no seu cotidiano de trabalho. Diante do exposto pretende-se apresentar os resultados da pesquisa aos participantes para que possam buscar estratégias de promoção da saúde com perspectivas de um enfoque centrado no indivíduo.

Referências bibliográficas: Benevides-Pereira, A.M.T.B. (2008) (pp. *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. (3ª ed.). São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.

Benevides-Pereira, A.M.T.B. (2010). *Burnout: Como o trabalho pode levar ao adoecimento*. GEPEB – Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Estresse e Burnout. Universidade Estadual de Maringá; Pontifícia Universidade Católica do Paraná; Universidade Autônoma de Madri, 2010.

Carlotto, M.S. (2011). Síndrome de burnout em professores: prevalência e fatores associados. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 27 (4), 403-410.

David I.C., & Quintão S. (2012). Burnout em professores: A sua relação com a personalidade, estratégias, *Acta Med Port*, 25(3):145-155.

Maslach C., & Jackson S. (1981). The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*. 2(9), 113.

Mazon V., & Carlotto M.S. (2008). Câmara S. Síndrome de burnout e estratégias de enfrentamento em professores. *Arq. bras. Psicol*, 60(1).

* Universidade de Pernambuco, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Professor [jaelquino@ig.com.br]

** Escola Superior de Educação Física-upe, educação Física, Discente

*** Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças-UPE, Enfermagem, Docente

**** Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças-UPE ESTÁCIO-FIR do Recife-PE, Enfermagem, Docente

***** Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças-UPE ESTÁCIO-FIR do Recife-PE, Enfermagem, Docente

What people think about their and others mental health problems and how do they feel about it. A comparison between one sample of mental health care patients and two samples of usual health care patients.

Mariana Portocarrero Maia de Carvalho*, Maria João Ruivo Ventura Martins**, Sandra Marisa Mendes Vieira***, Maria da Luz Bernardes Rodrigues Vale Dias****, Ana Isabel Carvalhal de Melo*****, Patrícia Alexandra Fernandes Vieira*****, Ana Sofia Barranco Catarino Costa*****

Introduction: Several studies suggest that low levels of mental health literacy (MHL) or stigmatizing opinions about mental illness as well as having mental illness in the family can lead to self stigma in mental health care patients and can be related with feelings of shame and self-criticism that prejudice improvement. Still, significant others' support and attitudes can play an important role overcoming stigma.

Objectives: In order to complement previous research, this study explored cognitive, affective and behavioral components of mental health stigma in a clinical sample and in two non clinical samples (community sample and college students).

Methodology: This ongoing quantitative and qualitative descriptive and exploratory study involved three convenience samples: a group of mental health care patients (estimated N=35), a group of regular health care patients (estimated N=35) from university mental health care service and a community sample (estimated N=35). The assessment protocol included a sociodemographic questionnaire, the Opinions about Mental Illness (Cohen & Struening, 1962), the Internalized Shame Scale (Cook, 1996), the Other As Shamer Scale (Goss, Gilbert & Allan, 1994) and Functions of Self-Criticism Scale (Gilbert et al., 2004).

Results: We expect to find that mental health literacy levels are low in both clinical and non clinical samples suggesting therefore stigmatizing attitudes and negative beliefs about having mental health problems; levels of shame and self-criticism would be found higher among health care patients; low levels of MHL and having family with mental health illness are expected to be related with higher levels of negative affective experience; but, significant others (family, partner, friends) attitudes towards the patient could play crucial supportive role overcoming self-stigma.

Conclusions: Findings from clinical sample will derive discussion concerning clinical practice: considering the role of significant others during the period in which the patient has mental health problems, promoting awareness and reinforcing non judgmental/ non paternalistic attitudes from family and friends appears to be crucial. At the same time, results from the non clinical sample can clarify how preventive intervention should address MHL on those with story of mental illness in the family and in the community in general; and how MHL helps to promote empathy with the affective experience of those who feel stigmatized.

References: Cohen, J. & Struening, E. L. (1962). Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64, 349–360.

Cook, D. R. (1994). Internalized shame scale: Professional manual. Menomonie, WI: Channel Press, Available from author: E 5886 803rd Ave., Menomonie, WI 54751.

Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N. V., & Irons, C. (2004) Criticising and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50.

Goss, K., Gilbert, P. & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures. I: The other as shamer scale. *Personality and Individual Differences*, 17, 713–717.

* Universidade de Coimbra, NIA - SASUC e FPCE, estágio profissional

** Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Estudante Doutoramento

*** Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

**** Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; Docente

***** Serviços de Ação Social da Universidade de Coimbra, Núcleo de Integração e Aconselhamento, Psicóloga

***** Núcleo de Integração e Aconselhamento dos Serviços de Ação Social da Universidade de Coimbra

***** Núcleo de Integração e Aconselhamento dos Serviços de Ação Social da Universidade de Coimbra

**INVESTIGAÇÃO: INSTRUMENTOS E
RESULTADOS**

**RESEARCH: INSTRUMENTS AND
RESULTS**

Avaliação multidimensional da pessoa idosa: funcionalidade na área de saúde mental

Rogério Manuel Clemente Rodrigues*, Luís Manuel de Jesus Loureiro**,
Sílvia Manuela Dias Tavares da Silva***, Sandrina Sofia da Silva Crespo****,
Cristiana Filipa Ribeiro da Silva*****

Introdução: A abordagem da saúde mental no contexto do processo de envelhecimento é complexa, pelo impacto das repercussões provocadas por mudanças ao longo da vida do indivíduo. As condições que envolvem a manutenção da saúde mental do idoso dependem de fatores pessoais e ambientais. As alterações observadas, decorrentes do processo de envelhecimento, englobam a depressão e a disfunção cognitiva, nos seus diferentes graus de gravidade.

Objetivos: O projeto “Os muito idosos: estudo do envelhecimento em Coimbra” tem por objetivos avaliar a capacidade funcional e estudar a utilização de serviços de saúde e apoio social pelos idosos abrangidos pelos centros de saúde de Coimbra. Um dos objetivos específicos prende-se com a avaliação da funcionalidade na área de saúde mental que será descrita no presente trabalho.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo-correlacional. A população alvo (N=16474) é constituída pelos indivíduos com idade ≥ 75 anos, residentes no Concelho de Coimbra (n=1153). O instrumento de recolha de dados é o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos/Older Americans Resources and Services (QAFMI/OARS). Para avaliar a função cognitiva inclui o Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) e para avaliar a presença de sintomas psiquiátricos o Short Psychiatric Evaluation Schedule (SPES). A autoavaliação de saúde mental foi obtida pelas respostas dos inquiridos e a pontuação OARS foi efetuada pelo programa OARS.

Resultados: Para o total da amostra, 92,7% dos homens e 83,2% das mulheres apresentaram menos de cinco erros no SPMSQ, sendo uma diferença significativa ($p < 0,001$). Verifica-se que os homens da faixa etária 75-84 anos apresentam melhores resultados. Tendo por base o SPES, para o total da amostra, 52,6% dos indivíduos não apresentam sintomas psiquiátricos significativos, 15,3% apresentam sintomas evidentes, 8,2% apresentam sintomas graves. Observa-se uma diferença significativa entre géneros ($p < 0,05$), sendo que as mulheres apresentam os piores resultados. Na autoavaliação da saúde mental as mulheres e os ≥ 85 anos apresentam pior avaliação e maior perceção de agravamento do seu estado mental. De acordo com o modelo OARS para a área de saúde mental, 11,7% dos indivíduos foram classificados com excelente, 32% com boa, 24% com limitação pequena, 16,3% com limitação moderada e 16% com limitação grave ou total. Existem diferenças significativas entre género (pior classificadas as mulheres) e faixa etária (pior classificados os de ≥ 85 anos).

Conclusões: Na área de saúde mental destaca-se que as mulheres e os indivíduos mais idosos (≥ 85 anos) apresentando tendencialmente piores classificações. A classificação atribuída pelo modelo OARS evidencia o declínio cognitivo e as diferenças entre género. Face aos resultados descritos, torna-se evidente a necessidade de uma avaliação multidimensional da pessoa idosa. Esta engloba a avaliação da saúde mental e a integração de serviços de saúde mental no âmbito dos cuidados de saúde primários e das intervenções comunitárias. A incapacidade nesta área com implicações nas atividades de vida diária é preditora da necessidade de apoio domiciliário ou institucionalização.

Referências bibliográficas: Rodrigues, R. M. C. (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*. (Dissertação de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Rodrigues, R. M. C. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional para idosos. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 23(2), 109-15.

Rodrigues, R. M. C. (2009). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: Da funcionalidade à utilização de serviços*. Coimbra: Mar da Palavra.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Saúde Mental e Psiquiatria, Professor

*** Centro de Saúde de Oliveira de Azeméis; Instituto Piaget de Viseu; Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, Unidade de Cuidados na Comunidade; Escola Superior de Saúde, Enfermeira especialista/ Professor Adjunto convidado/Investigador

**** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação, Bolseira de Investigação [sandrina@esenfc.pt]

***** ESEnFC, Projeto: Os muito idosos: estudo do envelhecimento em Coimbra

Cuidadores Informais de Crianças/Jovens Dependentes: caracterização do perfil e avaliação das dificuldades autopercionadas

Mara Costa*

Introdução: Os avanços médico-cirúrgicos e a melhoria das condições socioeconómicas contribuíram para uma maior sobrevivência e longevidade de crianças/jovens, que vivenciaram situações clínicas críticas, o que se traduz num maior número de dependentes. Surge, um novo grupo de risco em termos de saúde, os cuidadores informais. Estes são na maioria, familiares diretos destas crianças e frequentemente não se compreendem como potenciais doentes. Assim, é fundamental caracterizar o perfil e avaliar as dificuldades percebidas pelos cuidadores informais (CI) de crianças/jovens dependentes.

Objetivos: São objetivos deste trabalho, primeiro, descrever as características socioculturais e clínicas dos prestadores de cuidados de crianças/jovens com níveis de dependência média a elevada, na realização das atividades da vida diária (AVD). Segundo, conhecer a percepção dos cuidadores informais acerca do seu próprio estado de saúde e dos vários aspetos associados à situação de cuidar.

Metodologia: Levantou-se os registos clínicos de doença crónica presente em crianças/jovens dos 0-18 anos, excludendo, inscritos no Centro de Saúde Norton de Matos ou Unidade de Saúde Familiar Brios e acompanhados no Hospital Pediátrico de Coimbra. Avaliou-se individualmente e, aplicou-se os critérios de inclusão: criança/jovem com grau de dependência média-elevada na realização das AVD, cuidador desempregado e/ou com sobrecarga física/emocional elevada e inadequada adaptação da família à doença. Os CI considerados, 14, foram entrevistados individualmente e aplicado o índice para a avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI).

Resultados: Das 14 entrevistas individuais, verificou-se a existência de paralisia cerebral em 21,4% das crianças, epilepsia (14,3%), atraso do desenvolvimento psicomotor (42,9%), perturbação do espectro do autismo (14,3%), trissomia 21 (7,1%). 78,6% requereu aos apoios socioeducativos da comunidade. Os CI analisados são na maioria as mães. Os dados obtidos da aplicação do CADI são apresentados em subescalas: Problemas Relacionais Com a Criança/Adolescente: consideradas como presentes/difíceis por > 50%; Reações à Prestação de Cuidados: 78,6% avaliam como muito/algo preocupante a culpabilidade da situação; Exigências de Ordem Física na Prestação de Cuidados: todos os cuidadores sofrem de desgaste físico, de saúde e sono; Restrições na Vida Social: > 50% menciona afastamento das relações sociais, porém têm descanso/férias; Apoio Familiar: referido como deficiente pela maioria; Apoio Profissional: os apoios sociais/saúde prestados são insuficientes; Problemas Financeiros: todos os cuidadores têm problemas financeiros; Outros Aspetos: consideram como prioridade a ultrapassar, a não adesão terapêutica, a abordagem ao desenvolvimento físico-afetivo e sexualidade, apoios sociais, educacionais e saúde futuros.

Conclusões: Conclui-se que a maioria dos CI são mulheres/mães, que por razões culturais abandonam o emprego para cuidar da criança/jovem dependente. Confirmou-se que os CI sofrem repercussões importantes no quotidiano, na saúde e nas relações familiares/sociais. A doença/dependência de um filho é um momento stressante, marcado por perdas em vários domínios, podendo comprometer o seu bem-estar e a qualidade de vida. Assim, a investigação do contexto da prestação de cuidados e das características socioculturais do cuidador e do cuidado, são fundamentais para a compreensão da problemática, pois só assim, se poderá incrementar programas especificamente direcionados e ambicionar ganhos efetivos, em saúde.

Referências bibliográficas: Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto.

Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. (2007). *Proposta de plano de acção para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal 2007-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Nolan, M., & Grant, G. (1989). Addressing the needs of informal carers: a neglected area of nurses practice. *Journal of Advanced Nursing*, 14(11), 950-961.

Nolan, M., Grant, G., & Keady, J. (1996). *Understanding family care: a multidimensional model of caring and coping*. Buckingham: Open University Press.

* Hospital Pediátrico de Coimbra, Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Enfermeira

Estudo de Adaptação Cultural e Validação da Clinical Learning Environmental, Supervision and Nursing Teacher Evaluation Scale (CLES+T)

Joana Margarida Martins da Silva*, Maria Isabel Domingues Fernandes**

Introdução: Para que um estudante de enfermagem tenha uma aprendizagem significativa em contexto clínico necessita do suporte obtido na relação supervisa. Quanto mais sólida for esta relação, maior será a facilitação do processo de aprendizagem e do desenvolvimento do estudante (Abreu, 2007; Alarcão e Tavares, 2003). Contudo, este é um fenómeno complexo que importa continuar a investigar mais aprofundadamente recorrendo a instrumentos de colheita de dados, fidedignos e válidos, que permitam caracterizar os processos supervisivos e os ambientes de aprendizagem clínica.

Objetivos: Adaptar e validar para a população portuguesa a Clinical Learning Environmental, Supervision and Nursing Teacher Evaluation Scale (CLES+T) de Saarikoski et al. (2008).

Metodologia: Esta investigação tem por base a metodologia quantitativa, focada num estudo de validação de instrumento. Após o instrumento ter sido submetido ao processo de adaptação cultural, a CLES+T foi aplicada a uma amostra de 223 estudantes a frequentarem o 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem no ano letivo de 2012/2013.

Resultados: Para o estudo da validade de constructo procedeu-se à realização de análises fatoriais pelo método de factorização do eixo principal, seguindo rotação ortogonal varimax. A solução encontrada mostra 6 fatores com valores próprios $\geq 1,00$, que explicam na totalidade 66,95% da variância. Evidencia-se que a medida de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) é de 0,941, valor considerado muito bom, assim como o resultado do teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2(561) = 6229,261; p = .000$). Na análise realizada, emergiu um sexto fator, mais um que na versão original. Considerou-se esta análise já que quando se forçava a análise para 5 fatores a maioria dos itens saturava nas mesmas dimensões, não apresentando dimensões semelhantes às obtidas no instrumento original. Os resultados obtidos revelam que a CLES+T apresenta valores de consistência interna considerados aceitáveis a muito bons, estando compreendidos entre ,70 e ,97 nas suas dimensões.

Conclusões: A CLES+T mostrou ser um instrumento válido e fidedigno, ao apresentar valores considerados bons de consistência interna nas suas dimensões. Os fatores que emergiram da análise fatorial, apesar de diferentes do instrumento original, vão de encontro aos construtos teóricos do papel do professor de enfermagem no âmbito da supervisão de estudantes em ensino clínico. Assim, este instrumento poderá ser utilizado em avaliações do contexto pedagógico, da relação supervisa e das componentes relacionais e formativas do professor de enfermagem no ensino clínico, bem como características específicas do contexto como o estilo de liderança do enfermeiro chefe e os cuidados de enfermagem.

Referências bibliográficas: Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra, Portugal: Formasau.

Alarcão, I., & Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra, Portugal: Almedina.

Saarikoski, M. et al. (2008). The nurse teacher in clinical practice: developing the new sub-dimension to clinical learning environment and supervision (CLES) scale. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1233-1237.

* ESEnFC [joanammsilva@live.com.pt]

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Professor-Adjunto

Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens sobre a ansiedade – Uma revisão sistemática da literatura

Tânia Manuel Moço Morgado^{*}, Glória M. Marques Afonso Esteves Toletti^{**},
Luís Manuel de Jesus Loureiro^{***}, Maria Antónia Botelho,
Manuel Gonçalves Pereira^{****}

Introdução: Portugal foi considerado o país da Europa com maior prevalência de perturbações mentais (22,9%), sendo mais comuns as da ansiedade (16,5%) (Caldas de Almeida (2010) citado por OPSS, 2012). Mundialmente, aproximadamente 20% das crianças e adolescentes sofrem de alguma perturbação mental (OMS, 2003) e cerca de 8% dos adolescentes apresentam perturbações de ansiedade (NIMH, 2011). Vários estudos salientam a importância da promoção da literacia em saúde mental dos adolescentes e jovens no reconhecimento, gestão e prevenção destas perturbações mentais.

Objetivos: Foi realizada uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de identificar a evidência científica atual e disponível sobre os níveis de literacia em saúde mental (LSM) de adolescentes e jovens sobre a ansiedade. Foi formulada a questão de investigação segundo a mnemónica PICO: “Quais os níveis (O) de literacia em saúde mental sobre a ansiedade (I) dos adolescentes (P)?”.

Metodologia: Foram definidos os critérios de seleção dos estudos; consultados os descritores validados em CINAHL Headings e em Medical Subject Headings e seleccionadas as palavras-chave. A pesquisa foi realizada através do motor de busca EBSCOhost com acesso a duas bases de dados: CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text nos meses de Dezembro e Janeiro de 2014 para resultados de 2008 a 2014, com os operadores booleanos OR e AND. Os artigos foram analisados segundo os critérios de seleção e submetidos à avaliação da qualidade por duas revisoras.

Resultados: Foram incluídos 4 artigos. O estudo de Reavley, Cvetkovski, Jorm e Lubman (2010) numa amostra representativa de jovens com 16-24 anos, refere que mais de um em cada quatro apresentou perturbações afetivas, ansiedade ou uso de álcool nos últimos 12 meses, no entanto menos de um em cada quatro procurou ajuda. No estudo de Reavley e Jorm (2011), cerca 33% dos jovens de 15-25 anos de uma amostra representativa identificou o stress pós-traumático e apenas 3% a fobia social. No estudo de Coles e Coleman (2011), com estudantes universitários, cerca de 80% da amostra reconheceu uma perturbação mental nas vinhetas de fobia social e perturbação obsessivo-compulsiva, no entanto foram menos de metade os que reconheceram a perturbação de pânico ou ansiedade generalizada, ou recomendaram a necessidade de ajuda. O estudo de Yap, Reavley e Jorm (2012) refere que a utilização do site Beyondblue pelos jovens de 15-25 anos foi associada ao reconhecimento de todas as vinhetas excepto na fobia social.

Conclusões: Esta revisão sistemática da literatura tem implicações para a prática e para a investigação, na medida em que os estudos encontrados revelam níveis reduzidos de LSM dos adolescentes e jovens sobre a ansiedade e por outro lado são ainda escassos. Estas pesquisas salientam a necessidade de serem realizados mais estudos para aprofundar resultados da LSM na ansiedade, bem como do serem desenvolvidas e avaliadas intervenções promotoras da LSM dos adolescentes e jovens, nomeadamente sobre a ansiedade.

Referências bibliográficas: Coles, M., & Coleman, S. (2011). Barriers to treatment seeking for anxiety disorders: Initial data on the role of mental health literacy. *Depression and Anxiety*, 27, 63–71.

Reavley, N., Cvetkovski, S., Jorm, A., & Lubman, D. (2010). Help-seeking for substance use, anxiety and affective disorders among young people: Results from the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 729–735.

Reavley, N., & Jorm, A. (2011). Young people's recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: Findings from an Australian national survey. *The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 890-898.

Yap, M., Reavley, N., & Jorm, A. (2012). Associations between awareness of beyondblue and mental health literacy in Australian youth: Results from a national survey. *The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(6), 541-552.

* Centro Hospitalar Universitário de Coimbra - Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, Neurocirurgia, Enfermeira

** Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Enfermagem de Saúde Mental, Professor Adjunto [gtoletti@esel.pt]

*** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Saúde Mental e Psiquiatria, Professor

**** Universidade Nova de Lisboa

Literacia em Saúde Mental de jovens universitários: a exposição à informação

Susana Isabel Pereira Correia*, Luís Manuel de Jesus Loureiro**

Introdução: A promoção da Literacia em Saúde Mental, as intervenções educativas e o envolvimento dos meios de comunicação social são formas de promover a saúde mental dos jovens (Kelly, Jorm e Wright, 2007; Loureiro, Dias e Aragão, 2008). Também a OMS (2001, 2005) preconiza a educação para a saúde no contexto escolar com a sensibilização de professores, a veiculação de informação sobre saúde mental na escola, televisão e internet e o aconselhamento para jovens com problemas específicos.

Objetivos: Este estudo teve como objetivos identificar qual o tipo de informação sobre saúde mental a que os jovens tiveram acesso e quais os veículos de informação mais utilizados na apresentação dessa mesma informação.

Metodologia: O estudo foi realizado numa amostra de 468 alunos do 1º ano do ensino superior, com uma média de idades de 18,96 anos, sendo que o género feminino está mais representado com 83,5% da amostra. Foi-lhes apresentado um questionário para caracterizar a Literacia em Saúde Mental cuja terceira parte consistia num grupo de 10 questões sobre a informação acerca de problemas de Saúde Mental que possam ter visto, lido ou ouvido em anúncios, em notícias, na escola, ou em sites.

Resultados: Cerca de 62% (n=291) dos jovens lembravam-se de anúncios/ notícias sobre problemas de saúde mental, 23,7% (n=111) afirmou ter recebido informação na escola e 33,5% (n=157) já visitou sites com informação relacionada. Os temas da informação proveniente destas fontes foram agrupados em categorias, pelo que as mais referidas foram depressão/suicídio, psicoses e perturbações do comportamento alimentar. O veículo de informação dos anúncios e notícias mais selecionado foi a televisão (94,8%) e quanto à informação sobre saúde mental dada na escola, em 84,7% dos casos foi apresentada oralmente. Apenas 21,15% dos jovens referiram conhecer organizações relacionadas com problemas de saúde mental.

Conclusões: A importância dos mass media, nomeadamente a televisão os jornais e as revistas são indubitáveis no combate ao estigma e o sistema de educação deve ser envolvido no desenvolvimento da saúde mental dos adolescentes e jovens. É então premente a necessidade de realizar programas de intervenção que promovam a Literacia em Saúde Mental dos adolescentes e jovens nas escolas, associando-os também aos meios de comunicação social, com recurso às novas tecnologias.

Referências bibliográficas: Kelly, C., Jorm, A., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Austrália*, 187(7), S26-S30.

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 de enfermagem Referência*, 2(8), 33-44.

Organização Mundial de Saúde (2001). *The World health report: 2001: Mental health: New understanding, new hope*. Genebra, Suíça: OMS.

Organização Mundial de Saúde (2005). *Mental health policy and service guidance package: Child and adolescent mental health policies and plans*. Genebra, Suíça: OMS.

* Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, Saúde Mental e Psiquiatria, Enfermeira

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Saúde Mental e Psiquiatria, Professor

Necessidades de cuidados de pacientes internados em instituição psiquiátrica

Helena Ayako Mukai*, Marli de Carvalho Jericó**, Marcia Galan Perroca***

Introdução: As ações de enfermagem para atendimento das necessidades cuidativas dos portadores de transtorno mental caracterizam-se pela ênfase na recuperação de sua autonomia, reintegração familiar e social, nas atividades de relacionamento interpessoal e trabalho interdisciplinar almejando humanização da assistência e qualidade de vida ao paciente. Torna-se importante conhecer a demanda de cuidados dos pacientes em relação à enfermagem no sentido de implementar mudanças necessárias no processo de assistir e no gerenciamento da assistência.

Objetivos: Identificar o perfil assistencial de pacientes com transtornos mentais institucionalizados; e, investigar as áreas de cuidados que mais contribuem para a classificação dos pacientes nas diferentes categorias de cuidados.

Metodologia: O estudo caracteriza-se como descritivo com abordagem quantitativa. Foi desenvolvido em um hospital neuropsiquiátrico público de grande porte localizado na região sudeste do Brasil. Foram sujeitos do estudo 105 pacientes portadores de transtorno mental, avaliados por seis enfermeiras durante 30 dias utilizando-se o instrumento de classificação proposto e validado por Martins (2001, 2008). Utilizou-se a Análise de Componentes Principais (ACP) e a Análise de Variância (ANOVA) para estudar o comportamento das variáveis (áreas de cuidados).

Resultados: Houve predominância de pacientes do sexo masculino (60-57,1%) com idade média de $52,5 \pm 11,4$ (variação 18-80 anos) e tempo médio de internação de $10,9 \pm 7,3$ (variação 1-16 anos). Os diagnósticos mais frequentes foram esquizofrenia (50 - 47,7%) e retardo mental (41- 39,0 %). Com relação ao perfil assistencial foram encontrados pacientes nas categorias de cuidados discreta (77 - 73,3%), intermediária (26 - 24,8%) e plena (2 - 1,9%). Os achados evidenciaram as áreas de cuidados Interação Social e Expressão do Pensamento como as mais importantes para captar a mudança na categoria de cuidado.

Conclusões: A informação sobre a demanda de cuidados dos pacientes com transtornos mentais em relação à enfermagem instrumentaliza a tomada de decisões e ações gerenciais voltadas ao planejamento da assistência e reajuste quantitativo da equipe de enfermagem nas unidades.

Referências bibliográficas: Martins, P.A.S.F. (2001). *Sistema de classificação de pacientes na especialidade enfermagem psiquiátrica*. (Dissertação de Mestrado). Escola de Enfermagem da USP, São Paulo.

Martins, P.A.S.F., Arantes, E.C., & Forcella, H.T. (2008). Sistema de classificação de pacientes na especialidade enfermagem psiquiátrica: Validação clínica. *Escola Enfermagem USP*, 42(2), 233-41.

* Unisalesiano, Enfermagem, coordenadora [helenamukai@hotmail.com]

** FAMERP-Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Enfermagem, Docente

*** Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Enfermagem Especializada, Professor adjunto [marcia.perroca@gmail.com]

PEER-LifeStyle: life style self- monitoring of partygoer students

Irma da Silva Brito*, Fernando Mendes**, Armando Manuel Marques Silva***

Introduction: Nowadays risk behaviors in recreational settings are often assumed has been part of a youth culture but have underlying, for many young people, lack of self-control and knowledge of their effects on health and well-being. It is pertinent to know the importance of self-monitoring behaviors in recreational settings to understand lifestyles and academic performance of higher education students. Like other health problems, self-monitoring can facilitate the understanding of the phenomenon not only for health professionals but also for individuals.

Objectives: Describe life style of partygoer students by using an online platform for continuous recording of information about lifestyles, recreational behavior (especially binge drinking), their determinants and consequences for academic performance.

Methodology: Self- monitoring. Gattering records include an initial and final lifestyles assessment and weekly records about behaviors in recreational settings, nutrition, physical activity, psychological well-being, sleep and study time, giving the information system an idea of student's schedule. Multicentric Study applied to higher education students from four regions of 3 lusophone countries, belonging to PEER network: Portugal, Angola and Cape Vert.

Results: This study will reveal difficulties about on-line recording (lack of continuous recording). Inicial assessment reveal relationship between the lifestyles and behaviors of partygoer students.

Conclusions: In the case of lifestyles and behaviors of youth in recreational settings, the traditional self-report for monitoring purposes (paper questionnaire) would be little or nothing acceptable to a student community.

References: Brito, I., Mendes, F., Santos, M., & Homem, F. (2010). Antes que te queimes: Eles e elas em contexto académico recreativo. *INEAD, Revista de Psicologia*, 3, 665-679.

Calafat, A., et al. (2011). Violent behaviour, drunkenness, drug use, and social capital in Nightlife contexts. *Psychosocial Intervention*, 20(1), pp.45-51.

Grácio, J. (2009). *Determinantes do consumo de bebidas alcoólicas nos estudantes do ensino superior de Coimbra*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Zão, I. (2012). Consumo de alcool e outras drogas e comportamentos sexuais: Estudo numa população universitária. (Dissertação de Mestrado), Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCPEPFC e PEER, Prof Adjunta [irmabrito@esenfc.pt]

** IREFREA, Presidente [irefrea.pt@gmail.com]

*** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCP Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Doutorando em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa - ICS Porto [armandos@esenfc.pt]

Perceções estigmatizantes relacionadas com as implicações da doença mental. Um estudo exploratório com focus group de adolescente

Amorim Gabriel Santos Rosa*, Luís Manuel de Jesus Loureiro**

Introdução: O conceito de Literacia em Saúde Mental definido por Jorm (2011) como o conhecimento e crenças sobre as perturbações mentais que ajudam o seu reconhecimento, gestão e prevenção, possui uma sobreposição com o conceito de estigma, nomeadamente ao nível das crenças/estereótipos.

É hoje claro que as doenças mentais se democratizaram deixando de ser uma exceção para poder acontecer a todos em qualquer momento. Contudo, elas permanecem ainda associadas a estereótipos negativos e acarretam rejeição, preconceito, discriminação e exclusão social (Loureiro, Dias e Aragão, 2008).

Na adolescência, período crítico de adaptação à realidade, 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, a saúde atual e futura do indivíduo, mas também hipotecar todo o curso da sua vida (Ferreira e Torgal, 2011). Desta forma o estigma é considerado como um dos principais obstáculos à promoção da saúde mental (Corrigan e Watson, 2002; Jorm, 2011).

Objetivos: Caracterizar as conceções dos adolescentes relativamente à saúde/doenças mentais e explorar as perceções estigmatizantes relacionadas com as implicações da doença mental, partindo do modelo de compreensão do estigma desenvolvido por Corrigan e Watson (2002).

Metodologia: O estudo foi realizado a partir de três grupos foco constituídos por 23 adolescentes residentes em três zonas (rural; urbana e suburbana) da região centro de Portugal Continental. Foi utilizado um guião semiestruturado para a condução dos grupos foco. Todo o material foi gravado, transcrito e sujeito à análise qualitativa de conteúdo através do programa NVivo 9.

Resultados: Os resultados da análise mostram que existe dificuldade para reconhecer as perturbações mentais bem como alguns dos fatores causais subjacentes. Para além disso, as perceções estigmatizantes relacionadas com as implicações da doença mental e as atitudes negativas face ao doente mental evidenciam-se ao nível dos estereótipos, preconceitos e discriminação. Estes fatores poderão comprometer a procura de ajuda e a competência para prestar a primeira ajuda.

Conclusões: Os adolescentes comungam de uma visão que assenta no saber médico da doença, mas também no saber popular. O recurso aos rótulos nem sempre espelha um conhecimento efetivo da doença, das suas causas e implicações.

As doenças mentais são vistas como implicando elevado estigma e consequente discriminação social. Neste sentido, a promoção da Literacia em Saúde Mental deve situar-se também no modo como a sociedade em geral e os adolescentes em particular interagem com os doentes mentais, e isso passará, entre outros aspetos, pela utilização de planos educativos conducentes à redução do estigma e discriminação e ao aumento da frequência de contacto com os doentes, desafiando as representações socialmente construídas.

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

Ferreira, M. & Torgal, M. (2011). Estilos de vida na adolescência: Comportamento sexual dos adolescentes portugueses. *Rev Esc Enferm USP*, 45(3), 589-95.

Jorm, A.F. (2011). Mental health literacy. Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67, 231-243.

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. *Referência*, 2(8), 33-44.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enf. Saúde Mental e Psiquiatria, Assistente

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Saúde Mental e Psiquiatria, Professor

Quão prejudicial é a falta de informação? As atribuições internas acerca da anomalia fetal como obstáculo ao processo de luto após uma interrupção médica da gravidez

Ana Bárbara Vicente Nazaré, Ana Dias da Fonseca*, Maria Cristina Canavarro**

Introdução: Um diagnóstico de anomalia fetal caracteriza-se, frequentemente, pela escassez de informação clínica relativamente à sua etiologia. A inexistência de informação pode potenciar a atribuição da anomalia fetal a fatores individuais (e.g., comportamento, personalidade). Nos casais que optam pela interrupção médica da gravidez (IMG), os sentimentos de culpa são frequentes em ambos os géneros e podem constituir um obstáculo ao processo de luto, acentuando a sintomatologia desadaptativa. Que saibamos, o papel das atribuições internas neste contexto ainda não foi explorado.

Objetivos: Este estudo pretendeu avaliar a frequência com que as pessoas que experienciam uma IMG fazem atribuições internas acerca da anomalia fetal, comparando mulheres e homens. Adicionalmente, quisemos avaliar o impacto das atribuições internas no recurso à autculpabilização, enquanto estratégia de coping para lidar com a IMG, e na sintomatologia de luto. Neste âmbito, pretendemos também verificar se a autculpabilização explica a influência das atribuições internas na sintomatologia de luto.

Metodologia: Cerca de dois meses após a ocorrência de uma IMG por anomalia fetal, quarenta casais responderam a uma ficha de dados sociodemográficos e clínicos (incluindo o grau de atribuição da anomalia fetal ao próprio comportamento e/ou personalidade, de 0 Nada a 100 Extremamente) e a dois questionários de autorresposta: a Escala de Luto Perinatal (para avaliar a intensidade da sintomatologia de luto após uma perda no período perinatal) e o Brief COPE (para avaliar a frequência de uso de diversas estratégias de coping, como a autculpabilização, perante um dado stressor).

Resultados: Cerca de 25% das mulheres e 18% dos homens atribuíram, pelo menos parcialmente, o diagnóstico de anomalia fetal ao seu próprio comportamento e/ou personalidade, não existindo diferenças de género na extensão destas atribuições ($t_{34} = 0,71, p = 0,484, r = 0,12$). Para as mulheres, as atribuições internas influenciaram positivamente o recurso à autculpabilização ($B = 0,61, p < 0,001$), a qual influenciou positivamente a intensidade da sintomatologia de luto ($B = 0,72, p < 0,001$). As atribuições internas influenciaram positivamente a sintomatologia de luto através da autculpabilização (efeito total: $B = 0,48, p = 0,007$; efeito controlando a autculpabilização: $B = 0,04, p = 0,832$; $PE = 0,44 [0,02, 0,75]$). Para os homens, as atribuições internas potenciaram o recurso à autculpabilização ($B = 0,48, p = 0,002$), a qual se associou positivamente à intensidade da sintomatologia de luto ($B = 0,45, p = 0,014$). As atribuições internas não se associaram a esta sintomatologia ($B = 0,10, p = 0,549$).

Conclusões: A tendência para fazer atribuições internas perante um diagnóstico de anomalia fetal revelou-se minoritária. No entanto, para ambos os géneros, estas atribuições associaram-se ao recurso à autculpabilização, a qual mostrou constituir um obstáculo ao processo de luto. Assim, de modo a promover um processo de luto adaptativo, a intervenção clínica deve focar as atribuições do casal relativas às causas da anomalia fetal. Os profissionais de saúde devem avaliar estas atribuições, corrigindo crenças erradas e potencialmente desadaptativas. A informação deve ser facultada de forma simples e compreensível, tanto por via oral como através de folhetos que o casal possa consultar posteriormente.

Referências bibliográficas: James, D. S., & Kristiansen, C. M. (1995). Women's reactions to miscarriage: The role of attributions, coping styles, and knowledge. *Journal of Applied Social Psychology, 25*, 59-76. doi:10.1111/j.1559-1816.1995.tb01584.x

McCoyd, J. L. M. (2007). Pregnancy interrupted: Loss of a desired pregnancy after diagnosis of fetal anomaly. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 28*, 37-48. doi:10.1080/01674820601096153

Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2013). Adaptive and maladaptive grief responses following TOPFA: Actor and partner effects of coping strategies. *Journal of Infant and Reproductive Psychology, 31*, 257-273. doi:10.1080/02646838.2013.806789

Toedter, L. J., Lasker, J. N., & Janssen, H. J. E. M. (2001). International comparison of studies using the perinatal grief Scale: A decade of research on pregnancy loss. *Death Studies, 25*, 205-228. doi:10.1080/07481180125971

* Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, Investigador

** Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Professora Catedrática

Saúde mental e stresse da equipe de enfermagem no setor de emergência de um hospital público

Jael Maria de Aquino*, Cassya Karlla Maria da Silva Freitas**,
Emanuela Batista Ferreira e Pereira***, Sílvia Elizabeth Gomes de Medeiros****,
Waldemar Neto Brandão*****

Introdução: O stresse tem sido apresentado em várias pesquisas como sendo um problema de saúde para o homem, visto que o mesmo acomete o indivíduo em todas as faixas etárias e trabalhadores na idade produtiva.

O stresse no trabalho é vivenciado pelos profissionais de enfermagem, principalmente dentre os que atuam em serviços de emergência, visto que é um espaço no qual o profissional exerce pleno controle, e o paciente e família encontra-se em extrema vulnerabilidade (3,4).

Objetivos: Identificar agentes stressores e sintomas associados à percepção da equipe de enfermagem do hospital público da Cidade de Carpina-PE; Relacionar as situações de stresse com as atividades desenvolvidas.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem quantitativa. Foi realizado na Unidade Mista Francisco de Assis Chateaubriand do município de Carpina localizado na Zona da Mata do Estado de Pernambuco. Esta instituição está credenciada ao Sistema Único de Saúde (SUS), A amostra foi composta por 04 enfermeiros e 17 técnicos de enfermagem, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar HUOC/PROCAPE, sob CAAE: 12370813.0.0000.5192.

Resultados: Foram entrevistados 21 profissionais, sendo 4 enfermeiros e 17 técnicos de enfermagem, 12 deles (57%) estão entre 30 a 40 anos de idade, o que caracteriza uma amostra jovem, a maioria do sexo feminino (85%), 42,8% dos profissionais exercem a profissão de 1 a 4 anos, e que 20 trabalhadores tem até 2 vínculos empregatícios. Na fase de alerta os sintomas mais relatados foram tensão muscular com 85,71%, seguido da Mudança de apetite com 52,38%. Na Fase de Resistência os sintomas mais citados foram Sensação de desgaste físico (66,66%), Mudança de Apetite (61,90%) e Problemas com a Memória (57,14%), esse último é de grande consideração, salvo que o trabalho com vidas, e num setor de emergência não pode haver erros. Na fase de quase exaustão ou Exaustão, o sintoma mais relatado foi deixar o ambiente causador do stresse.

Conclusões: Diante dos resultados obtidos percebe-se que a enfermagem dessa unidade encontra-se num nível de stresse médio a alto, e que o relacionamento com a chefia foi um dos fatores em destaque por se tratar de algo que pode ser alterado, a enfermagem é um grupo extremamente vulnerável as condições de trabalho, que não foram pesquisadas. A equipe de enfermagem vive sob condições estressantes de trabalho, e numa unidade de emergência, a enfermagem deve ter condições mínimas de material e pessoal para se dedicar à prestação de uma assistência efetiva e eficaz, diante das intercorrências que são muito comuns nessa unidade.

Referências bibliográficas: Bianchi, E.R.F., & Menzani, G. (2009). Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros. *Rev. Eletr. Enf. UFG*.

Griep, R.H., Rotenberg, L., Landsbergis, P., & Silva, P.R.V. (2011). Uso combinado de modelos de estresse no trabalho e a saúde auto-referida na enfermagem. *Rev. Saúde Pública*, 45(1), 145-52.

Rocha, M.C.P., & Martino, M.M.F. (2010). Estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 44(2), 280-6.

Alves, A.C.G.C. (2011). *Estresse e o trabalho do enfermeiro: Uma revisão bibliográfica*. Recife: Fundação Oswaldo Cruz.

Santos M.T.F., & Gomes M.H.A. (2012). Estresse e modos de andar a vida: Uma contribuição de canguilhem para a compreensão da síndrome geral de adaptação. *Revista Saúde Soc. São Paulo*, 21(3), 788-796.

* Universidade de Pernambuco, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Professor [jaelquino@ig.com.br]

** UNINASSAU, Curso de Graduação em Enfermagem, Estudante

*** Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças-UPE, Enfermagem, Docente

**** Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças-UPE, Enfermagem, Discente da Pós-Graduação

***** Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças-UPE, Enfermagem, Egresso da Pós-Graduação

**PROGRAMAS E NOVAS FERRAMENTAS DE
PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO E/
OU GESTÃO DAS DOENÇAS**

**PROGRAMS AND NEW TOOLS FOR
HEALTH PROMOTION, PREVENTION
AND/OR MANAGEMENT OF DISEASES**

“Cuidar de Quem Cuida”: projeto de educação para a saúde para cuidadores informais de crianças/jovens dependentes

Mara Costa*

Introdução: Os programas/projetos dedicados à educação/promoção da saúde têm vindo a ser alvo de crescente interesse. Contudo, o empenho parece não ser semelhante face a grupos de risco restritos, como os cuidadores informais (CI) de crianças /jovens dependentes. A escassez de projetos de intervenção/apoio específicos, deteriora a situação clínica, social e económica do cuidador e potencia o internamento da criança. Assim, é fundamental implementar programas, capazes de obter ganhos em saúde, melhorando a qualidade de vida, resiliência e *empowerment* dos CI.

Objetivos: O projeto “Cuidar de Quem Cuida” pretende atender às necessidades do CI e família, de forma a: promover a autonomia da diade cuidador-cuidado; facilitar a manutenção/reabilitação das funções da família e ligações interpessoais; criar estruturas de apoio social/psicológico; permitir a diminuição da sobrecarga física, mental e financeira; incrementar informação sobre o processo de cuidar/doença. Pretende-se também, avaliar o impacto das intervenções dinamizadas na qualidade de vida e bem-estar do cuidador/família.

Metodologia: O projeto assenta em quatro fases: diligências prévias; definição da população-alvo, amostra e diagnóstico da situação; implementação das intervenções; avaliação do impacto das ações desenvolvidas. As atividades centraram-se na educação/promoção da saúde e foram criadas para colmatar a elevada sobrecarga física, o défice apoio familiar e profissional, os problemas financeiros e outros aspetos relacionados com a doença e o desenvolvimento. Foram desenvolvidas as seguintes intervenções: sessões temáticas, grupo de apoio, página eletrónica do projeto, visita individual no domicílio, parceria com a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

Resultados: As sessões temáticas abordaram temas fundamentais: desenvolvimento/sexualidade na doença; relações familiares; estratégias para lidar com o stress; adesão terapêutica; cuidados de higiene/posicionamento; patologia depressiva; sobrecarga emocional, física e financeira; apoios sociais/equipamentos. Estas sessões contaram com a presença de 50% dos cuidadores. Das sessões de psicoterapia de grupo, destacam-se: emotivos momentos de partilha; interajuda; coesão grupal; aquisição de comportamentos mais adequados relativos à situação de cuidar; obtenção de um grau de autoapreciação capaz de modificar atitudes. A página eletrónica do Projeto foi utilizada exclusivamente pelo grupo de cuidadores e equipa multiprofissional e permitiu dar resposta atempadamente às questões solicitadas, através de chat e mensagens. Foi realizada uma visita domiciliar, onde foram apresentadas estratégias/ações a cumprir: organização dos espaços, ergonomia e autonomia/acessibilidade. A situação foi continuamente acompanhada. O protocolo com a ESEnfC visava a estimulação sensorial/cognitiva da criança no domicílio, pelos estudantes, porém não foi possível contar com a participação destes, uma vez que se encontravam em término de ensino clínico.

Conclusões: Pode-se concluir que as matérias abordadas foram adequadas à população-alvo e às necessidades referenciadas. De facto, a totalidade dos cuidadores referiu ter sido importante, a nível pessoal/familiar, a sua participação no Projeto. Mencionando ainda, que deveria ser mais duradouro e alargado à restante comunidade. Tratou-se de um projeto inovador no âmbito da educação e promoção para a saúde, cujas ações visaram o *empowerment* dos cuidadores informais, traduzindo-se numa maior capacidade de autoanálise e autoapreciação da situação de saúde do cuidador e família, aumento do nível individual de resiliência, modificação de comportamentos/atitudes inadequados e aquisição de mecanismos de coping eficazes.

Referências bibliográficas: Brito, L. (1998). Projecto action. *Revista Referência*, 0, 69-71.

Brito, L. (2006). Intervenções psicoeducativas para famílias de pessoas com esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 5, 15-24.

Fundação do Gil. (2010). Unidade móvel de apoio ao domicílio. Acedido em Setembro, 2011, em <http://www.fundacaodogil.pt/projectos.aspx>.

Mendes, R. (2005). Programa de assistência domiciliar interdisciplinar do Instituto Fernandes Figueira: Limites e possibilidades na construção de uma prática integral no cuidado à criança dependente de tecnologia. Dissertação de Mestrado). Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, Brasil.

* Hospital Pediátrico de Coimbra, Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Enfermeira

Educação em saúde: programa vivências e estágios na realidade do sistema único de saúde brasileiro

João Paulo Xavier Silva*, Cicero Ricardo Machado de Matos**,
Rayney Lima Martins***, Ana Karla Cruz de Lima****,
Halana Cecília Vieira Pereira*****

Introdução: O Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) busca a garantia do acesso universal da população à saúde. Para isso, necessita de profissionais qualificados. Em 2002, o Ministério da Saúde cria a Assessoria de Relações com o Movimento Estudantil e Associações Científico-Profissionais da Saúde. Surge o Programa Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) que proporciona aos participantes a sensibilização com as conquistas e desafios inerentes ao SUS discutindo sobre atenção à saúde comunitária, educação social.

Objetivos: Este estudo objetivou conhecer a autopercepção dos participantes do Programa Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) e sua influência no âmbito da formação.

Metodologia: Utilizou-se a abordagem qualitativa, os sujeitos de estudo foram vinte e quatro (24) acadêmicos que participaram da primeira edição do VER-SUS na região do Cariri, interior do estado do Ceará. A colheita de dados processou-se por meio da entrevista semiestruturada, realizada no período de agosto a novembro de 2013. Os dados foram analisados pela transcrição da gravação. Os aspectos orientadores da entrevista foram: o conhecimento do SUS no processo de formação; o VER-SUS viabilizador da inserção na política estudantil e/ou movimentos sociais; o VER-SUS e a formação acadêmica.

Resultados: Os resultados revelaram que a participação no VER-SUS contribuiu para o aprimoramento individual. Foi um fator desencadeador da participação em movimentos sociais, particularmente no estudantil. Percebeu-se que fomentou a discussão sobre as potencialidades da comunidade e dos profissionais da saúde. Também vale destacar que foi relatado sobre a dificuldade encontrada em construir parcerias com as instâncias públicas governamentais como prefeituras municipais e secretarias de saúde, notou-se o desinteresse e a desinformação dessas entidades administrativas acerca do programa.

Conclusões: O VER-SUS é importante para a formação, apesar da abrangência limitada e falta de reconhecimento no âmbito político, pode contribuir na construção do perfil dos futuros profissionais possibilitando práticas interdisciplinares e multiprofissionais. Dessa forma, também constitui um espaço de formação de opiniões e construção social, incitando a sociedade ao comprometimento e participação ativa no sistema de saúde brasileiro.

Referências bibliográficas: Brasil, Ministério da Saúde. (2001). *Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e conquistas*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. (2004). *Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão de Educação na Saúde. VER-SUS Brasil: Caderno de Textos*. Brasília: Ministério da Saúde.

Ceccim, R. B. (2005). Educação permanente em saúde: Desafio ambicioso e necessário. *Interface Comunidade e Saude Educ.* 9(16), 161-77.

* Sapienza Università di Roma e faculdade Leão Sampaio (graduacao sanduiche) [jp-master17@hotmail.com]

** Universidade Federal do Maranhão

*** Instituto Anjos da Enfermagem, NIMCAP, Coordenador do Núcleo de Implantação, Monitoramento, Controle, Avaliação, Projetos e Pesquisas

**** Faculdade de Ciências Aplicadas Dr. Leão Sampaio

***** Faculdade de Ciências Aplicadas Dr. Leão Sampaio, Professora

Indicadores de saúde e de disfunção de DUKE de pessoas em programa de substituição opiácea.

Ermelinda de Fátima Dias da Cunha de Macedo*, Carlos Fernandes da Silva**

Introdução: O estudo da toxicod dependência é complexo pela diversidade de variáveis que podemos analisar, sobretudo numa perspectiva de promoção da saúde. A toxicod dependência tem consequências na pessoa preocupantes de ordem física, psicológica e social. Neste sentido, pretendeu-se estudar os indicadores de saúde e disfunção de DUKE – Perfil de saúde em pessoas integradas num programa de substituição opiácea em que a substância é a metadona.

Objetivos: Identificar relações significativas ente dados sociodemográficos e clínicos e os indicadores de saúde (física, mental, social, geral, percebida e autoestima) e disfunção (ansiedade, depressão, dor e incapacidade) de DUKE.

Metodologia: Participaram 47 sujeitos com diagnóstico de toxicod dependência opiácea a frequentar um programa de substituição com metadona, numa instituição no Norte de Portugal. Foram utilizados o Questionário de DUKE- Perfil de Saúde e um Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos. Todos os sujeitos assinaram consentimento informado. Para a análise estatística recorreu-se ao Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS, versão 18.0). Foi considerado estatisticamente significativo um valor de $p < .05$.

Resultados: As medidas de saúde mais baixa foi a saúde social e a saúde percebida e as medidas de disfunção mais altas foram a ansiedade e depressão. A saúde percebida variou na razão direta com a idade dos participantes. Os solteiros, casados e separados/divorciados só se distinguiram entre si relativamente à saúde social. No que diz respeito à saúde social, os casados são os que referiram maior saúde. Os empregados e desempregados, só se distinguiram entre si no que respeita à saúde percebida. Os sujeitos que têm filhos e os que não têm, só se distinguiram entre si na saúde social e na saúde percebida. Os que tinham filhos possuíam um valor mais alto para a saúde social e saúde percebida. A relação entre a variável “tempo no atual programa de tratamento com metadona” variou na relação inversa para a saúde física e geral. Para a depressão e ansiedade esta relação variou na relação direta.

Conclusões: Para além de encontrarmos algumas relações significativas com dados sociodemográficos, a saúde social foi a medida de saúde mais baixa. Conforme aumenta o tempo em que os sujeitos estão integrados no atual programa de metadona, menor é a saúde física e a saúde geral e maior é a ansiedade e a depressão. Este estudo aponta para relações significativas entre a saúde geral, física, ansiedade e depressão e as variáveis sociodemográficas e clínicas, o que aponta para a necessidade de trabalhar de forma integrada utilizando novos caminhos de promoção de saúde e de melhor gestão da situação clínica destas pessoas.

Referências bibliográficas: Barbosa, J. (2011). Enfrentar novos riscos e resgatar a cidadania perdida: Práticas de serviço social no seio das políticas de redução de danos. *Toxicod dependências*, 17(1), 71-84.

Dias, F. (2001). *Sociologia da toxicod dependência*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.

Parkerson, G., Broadhead, W., & Tse, C-KJ. (1990). The duke health profile: A 17 item measure of health and dysfunction. *Medical Care*, 28(11), 1056-1072.

Silva, C. F., Pinto, E., & Pereira A. (2001). *Duke: Perfil de saúde*. Braga, Portugal: Universidade do Minho.

* Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem, Professora Adjunta

** Universidade de Aveiro, Departamento de Educação, Professor Catedrático

Mental Health Literacy and Volunteering: Changing Perspectives in the “How to help?” question

Maria João Ruivo Ventura Martins*, Mariana Portocarrero Maia de Carvalho**, Sandra Marisa Mendes Vieira***, Ana Isabel Carvalhal de Melo****, Maria da Luz Bernardes Rodrigues Vale Dias*****

Introduction: According to the OMS (1998, p. 10), Health Literacy correspond to the “cognitive and social skills which determine the motivation and ability to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health”. The interest in mental health literacy – knowledge and beliefs about mental disorders that aid their recognition, management and prevention (Jorm et al, 1997) – is recent; however studies in this field can derive important individual and societal outcomes.

Objectives: Our study aimed to characterize a small sample of 11 volunteers who took a course of Mental Health Literacy aimed to prepare people for a volunteering experience in a mental health setting, in terms of demographic characteristics, motivation for volunteering, fears and difficulties expected, tools that could be useful in a volunteering experience and Mental Health Literacy.

Methodology: This ongoing study involved a convenience sample of 11 volunteers, aged 20 to 21 years and with a mean of 12 years of school. The assessment protocol included a sociodemographic questionnaire and a brief questionnaire developed by the authors in order to assess motivation and expectations regarding voluntary work, also the Opinions about Mental Illness (Cohen & Struening, 1962) and 5 categories of mental health disorders vignettes developed by the authors. Qualitative analysis methods were used based on Grounded Theory Analysis.

Results: Our results show that this sample’s main motivations for volunteer work are related to “help people”, “making a difference”, “self-realization” and “to gain experience”. The main expectations included “personal growth” and “elicit positive emotions in others” and the fears involved “make mistakes due to poor knowledge”, “freeze due to anxiety” and “become impressed”. The principal difficulties imagined were “lack of knowledge”, “emotional burnout”, “communication and understanding difficulties”. The subjective toolkit considered useful included “willingness to learn and help” and “humor”.

Conclusions: Taking to account that the major limitation in this study is the small sample size we do not intend to generalize our findings but to describe it and share it as we see our findings as future research indications in mental health literacy training and research. Our volunteers pointed out “poor knowledge” and its variants as the major components of the fear of failure, therefore we consider that training in mental health literacy can provide volunteers the confidence and expertise that could be lacking in order to improve and maximize their valuable contributions. Training and research implications are further discussed.

References: Cohen, J. & Struening, E.L. (1962). Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64, 349–360.

Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B. & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: A survey of the public’s ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.

World Health Organization (1998). Health promotion glossary. Geneva: WHO. Retirado de <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

* Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Estudante Doutoramento

** Universidade de Coimbra, NIA - SASUC e FPCE, estágio profissional

*** Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

**** Serviços de Ação Social da Universidade de Coimbra, Núcleo de Integração e Aconselhamento, Psicóloga

***** Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Docente

Núcleo de Acolhida ao Estudante da Universidade do Estado do Rio de Janeiro: prevenção do suicídio e promoção da saúde

Isadora Nunes Barbosa Ramos*, Maria Christina Paixão Maioli**,
Leticia Batista Silva***, Rachel Alonso de Azevedo****

Introdução: O trabalho apresenta o Núcleo de Acolhida ao Estudante (NACE/UERJ). O projeto associa os temas educação e saúde como proposta de intervenção com alunos em risco de suicídio. O NACE foi instituído em 2010 visando diminuir as condições propícias ao suicídio nos diferentes espaços da UERJ. A equipe é formada por psicólogas, médica, enfermeira, pedagoga e assistente social. Hoje, além da prevenção do suicídio, o projeto busca promover a humanização na Universidade, a partir de ações estratégicas.

Objetivos: São objetivos do NACE: prestar orientação e assistência preliminar no campo da saúde, dentro do contexto da prevenção ao suicídio; desenvolver e disseminar ações preventivas no enfrentamento do fenômeno suicídio na UERJ; oferecer um espaço para alunos, professores e funcionários obterem informações e orientações sobre a identificação de sinais e comportamentos de risco de suicídio (OMS, 2000); prestar atendimento psicológico às famílias enlutadas, em decorrência de suicídio.

Metodologia: O acolhimento está estruturado em etapas interligadas: receção, o estudante é acolhido por um profissional da equipe que escuta sua queixa, colhe sua identificação e história; encaminhamento, identificada a demanda, o estudante será encaminhado para profissional da área de saúde especializado; monitoramento, etapa permanente, o NACE permanecerá acompanhando cada caso até que o estudante estabeleça vínculo com o serviço para o qual foi encaminhado e esteja engajado no tratamento. Werlang e Botega (2004) trazem boas contribuições para a avaliação e manejo do indivíduo em crise e que norteiam nosso trabalho.

Resultados: Desde sua criação, o NACE, além do acolhimento aos estudantes, vem desenvolvendo estratégias de divulgação do trabalho, assim como de informações que visam a contribuição na prevenção do suicídio na Universidade.

Atividades realizadas: Acolhimento, acompanhamento e monitoramento de 58 alunos da universidade, com questões de ordem psiquiátrico-psicológica, acadêmica ou social, além de: Reuniões departamentais com unidades acadêmicas para divulgação do núcleo; Criação e impressão de *folders* educativos; Realização de Seminários de Prevenção do Suicídio; Capacitação de servidores no âmbito da prevenção do suicídio; Confeção de norma institucional para atuação em situações de risco suicídio na UERJ. O núcleo tem-se configurado como um setor imprescindível dentro da universidade, principalmente, no que se refere ao atendimento dos alunos de graduação. Além de um espaço de acolhimento, o NACE tem se constituído como espaço de encontro das demandas de diferentes seguimentos da instituição, passando também por questões trazidas por docentes e técnicos da Universidade.

Conclusões: O NACE vem tratando o tema suicídio no sentido de desmistificá-lo através da sensibilização e capacitação da comunidade acadêmica. Outro ponto é que com base na análise da natureza dos atendimentos realizados, aponta-se que ações de promoção de um ambiente institucional solidário e acolhedor são fundamentais para a busca da superação da fragilidade das relações interpessoais. Assim, faz-se necessário a construção e sustentação de medidas que promovam a qualidade dos encontros, das trocas de experiências e do diálogo entre os sujeitos da comunidade UERJ.

Referências bibliográficas: Organização Mundial da Saúde (2000). *Prevenção do suicídio: Manual para médicos clínicos gerais*. Genebra: OMS

Werlang B.S.G., & Botega N. J. (Org) (2004). *Comportamento suicida*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.

* Universidade do Estado do Rio de Janeiro, NACE, Psicóloga

** UERJ, NACE, Coordenadora

*** UERJ, NACE, Assistente Social

**** UERJ, NACE, Pedagoga

Projeto saúde na comunidade: uma estratégia de promoção da saúde

Joao Paulo Xavier Silva*, Halana Cecilia Vieira Pereira**,
Ana Karla Cruz de Lima***, Cicero Ricardo Machado de Matos****,
Rayney Lima Martins*****

Introdução: Educação em Saúde é uma estratégia utilizada para realização da promoção em saúde da população, oportunizando a inserção de temas no contexto da qualidade de vida. As informações que permitem o conhecimento em saúde no meio social são fundamentadoras de práticas de vida saudável. Para alcançar um nível de saúde adequado, as pessoas precisam saber identificar e satisfazer suas necessidades básicas, serem capazes de adotar mudanças de comportamento, práticas e atitudes.

Objetivos: Através desse estudo, objetivou-se conhecer as concepções dos voluntários do Projeto Saúde na Comunidade sobre as maneiras que viabilizam o conhecimento em saúde no meio social a partir das experiências vivenciadas durante os encontros orientadores da educação continuada.

Metodologia: Utilizou-se a abordagem qualitativa, os sujeitos de estudo constituíram-se de seis acadêmicos de enfermagem voluntários do projeto. A colheita de dados processou-se por meio da entrevista focalizada, realizada no período de outubro e novembro de 2013, em um Centro de Desenvolvimento Comunitário no município de Juazeiro do Norte - CE. Os dados foram analisados após a transcrição da gravação por meio de um processo de ausculta do material, seguido pela seleção dos segmentos específicos da temática abordada.

Resultados: Constatou-se que a participação dos acadêmicos de enfermagem em projetos de educação em saúde proporciona inúmeros benefícios que circundam o aprendizado e a formação, influenciando de maneira positiva na divulgação de meios propícios para o estabelecimento da saúde na comunidade. Pode-se observar que os participantes demonstraram satisfação com o trabalho realizado o que permitiu a facilidade durante a atuação dos acadêmicos. Os encontros proporcionaram momentos de troca de informações e experiências, onde se fez a conexão dos conhecimentos entre os estudantes e a comunidade.

Conclusões: O trabalho de educação em saúde nas comunidades representa importante ferramenta para a composição crítica dos indivíduos sobre o meio social e as suas condições de vida, beneficiando a formação profissional dos voluntários do projeto. Verifica-se, nesse contexto, que por meio da organização social, pode-se mostrar a potencialidade da transformação e construção da saúde em comunidade através das ações básicas realizadas, garantindo uma vida com aspectos mais saudáveis para a comunidade e uma qualificação maior na formação dos acadêmicos de enfermagem.

Referências bibliográficas: Candeias, N.M.F. (2006). Conceitos de educação e de promoção em saúde: Mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista de Saúde Pública*, 31(02), 2009-2013.

Costa, H. (2013). A educação que produz saúde. Retirado de http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicações/a_educacao_que_produz_saude.pdf

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde (2007). *Caderno de educação popular e saúde*. Brasília, DF. Retirado de <http://www.sau.de.gov.br>

* Sapienza Università di Roma e Faculdade Leão Sampaio (graduacao sanduiche) [jp-master17@hotmail.com]

** Faculdade de Ciências aplicadas Dr. Leão Sampaio, professora

*** Faculdade de Ciências Aplicadas Dr. Leão Sampaio, Preceptora de estágios

**** Universidade Federal do Maranhão

***** Instituto Anjos da Enfermagem, Coordenador do Núcleo de Implantação, Monitoramento, Controle, Avaliação, Projetos e Pesquisas

Saúde Mental: A enfermagem na atenção primária sob a perspectiva da política de humanização

Maria Neyrian de Fatima Fernandes*, Jessica Sanglard Sousa**

Introdução: A luta contra o modelo asilar e medicamentoso proposta pela reforma psiquiátrica, busca resgatar a cidadania e os direitos dos portadores de transtornos mentais. Nesta perspectiva, a política de humanização vai ao encontro dos objetivos da reforma psiquiátrica que busca o respeito no cuidado e na relação usuário- profissional. Segundo a portaria brasileira 3.088, de 23 de dezembro de 2011, o atendimento ao usuário com transtorno mental deve ser prestados em forma de rede de atenção psicossocial municipal.

Objetivos: O objetivo geral deste trabalho é analisar a assistência prestada pelos enfermeiros aos portadores de transtorno mental na Estratégia Saúde da Família no município de Imperatriz – Maranhão. Além, de caracterizar os profissionais enfermeiros, investigar sua percepção acerca do atendimento humanizado e as dificuldades encontradas para o atendimento ao usuário da saúde mental.

Metodologia: O estudo será realizado por meio de entrevista com 16 enfermeiros atuantes nas equipes Estratégia Saúde da Família no município de Imperatriz-Maranhão/Brasil, com roteiro de perguntas não estruturada. Os dados colhidos serão analisados por meio da metodologia de análise de conteúdo, a partir da transcrição das gravações em MP3 colhidas durante as entrevistas. Os dados serão identificados e agrupados de acordo com os objetivos e da semelhança entre as falas.

Resultados: Espera-se analisar o conhecimento dos enfermeiros sobre a política de humanização e se o atendimento prestado ao usuário com transtorno psíquico está conforme os princípios da humanização. Além de conhecer a relação existente entre enfermeiro, usuário e família, identificando se, o enfermeiro sente-se capacitado para cuidar e atender de forma humanizada e procurar identificar suas principais dificuldades para prestar tal atendimento.

Conclusões: O profissional enfermeiro deverá ter consciência da nova política de humanização preconizada pelo Ministério da Saúde e de como está deve ser inserida em seu atendimento ao usuário. Que esteja capacitado para oferecer atendimento ao portador de transtorno mental com bases nas diretrizes do programa nacional de humanização. O preconceito para com o portador de transtorno mental, enraizado na cultura devido aos anos de exclusão em manicômios pode dificultar o atendimento oferecido pelo enfermeiro.

Referências bibliográficas: Bardin, L. (2009) *Análise de conteúdo*. (Edição revista e atualizada). Lisboa PT: Geográfica Editora.

Luzio, C. A., & L'Abbate, S. (2009). A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: Ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciências & Saúde Coletiva*, 14(1), 105-116.

* Universidade Federal do Maranhão, Enfermagem, Professor Assistente [neyrian@yahoo.com.br]

** Universidade Federal do Maranhão, Enfermagem, Acadêmica

**OUTRAS TEMÁTICAS RELACIONADAS
COM A LITERACIA EM SAÚDE**

**OTHER ISSUES RELATED TO HEALTH
LITERACY**

Treze anos da reforma psiquiátrica em Sobral/Ceará

Maria Gabriela Miranda Fontenele*, Andreza Moita Morais,
Jander Magalhães Torres**

Introdução: A reforma psiquiátrica brasileira iniciou-se na segunda metade da década de 1970, visando romper com o modelo manicomial e redirecionar a assistência à pessoa com transtorno mental. No estado do Ceará, a história da assistência psiquiátrica apresenta alguns episódios muito importantes, no qual se destaca o início da Reforma Psiquiátrica (RP) no município de Sobral, em julho de 2000 (Sá, Barros, & Costa, 2007), a partir de um episódio de repercussão internacional, que foi o fechamento do manicômio local.

Objetivos: Descrever de aspetos relevantes 13 anos após o início da Reforma Psiquiátrica no município de Sobral/CE.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, realizada com aporte bibliográfico e entrevistas no Município de Sobral/CE, durante o mês de dezembro de 2013. A colheita de dados foi realizada utilizando a técnica de entrevista; sendo os sujeitos, três profissionais (um médico, uma assistente social e uma enfermeira) que participaram diretamente nas diferentes fases da RP no município.

Resultados: Em vozes unísonas, todos referem que a principal vantagem da RP foi tratar as pessoas sem retirá-las da sociedade, esta proposta teve como meta o fechamento do manicômio e a posterior criação de uma Rede Integral de Atenção à Saúde Mental, que se tornou referência em todo país. Afirmou-se que era inevitável esta reorientação deste modelo, dado ao grave quadro de negligência na assistência à saúde mental, que abrigava pacientes em depósitos e em condições desumanas. Relatou-se que a reforma ainda continua em processo, e que há grandes desafios na estrutura da rede assistencial criada pós-reforma. Participante direto dos primeiros momentos da RP em Sobral.

Conclusões: Considera-se que a RP em Sobral/CE ocupa um espaço importante nos rumos do processo de reforma psiquiátrica no Brasil. A RP destaca-se, então, enquanto um movimento com a finalidade de intervir no então modelo vigente, colocando o município num lugar de destaque pelas práticas inovadoras a atenção humanizada. Observa-se ainda, que a RP em Sobral não foi um movimento definitivo, mas que, apesar dos grandes avanços na qualidade da assistência, ainda busca consolidar-se como uma rede forte e com maior valorização dos profissionais de saúde.

Referências bibliográficas: Sá, R., Mont'Alverne, M. & Costa, M. (2007). Saúde mental em Sobral - CE: Atenção com humanização e inclusão social. *Revista Sanare*, 6(2), 26-33. Retirado de <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/150/142>

* Instituto Superior de Teologia Aplicada, Acadêmico, Estudante

** Instituto Superior de Teologia Aplicada - Faculdades INTA, Curso de Enfermagem, Professor do Núcleo Docente Estruturante

Inteligência emocional e satisfação com a vida

Lisete dos Santos Mendes Mónico*, Patrícia Santos**

Introdução: Apesar de ser um constructo psicológico recente, a investigação na área da inteligência emocional (IE), cujo objeto de estudo incide nas interações entre inteligência e emoção, tem tido um crescimento exponencial. A literatura procura um entendimento sobre a IE e suas ligações ao comportamento adaptativo inteligente, via promoção do sucesso pessoal. De igual modo, tem-se procurado analisar a IE enquanto repertório de competências psicológicas adquiridas e explorar os seus contributos face aos desafios no campo da Satisfação com a Vida.

Objetivos: A problemática central do nosso trabalho situa-se na análise da relação entre a IE e a Satisfação com a Vida. Definiram-se três hipóteses de investigação: H1) a IE e a satisfação com a vida encontram-se positivamente relacionadas; H2) a IE e a estima pelo próprio encontram-se positivamente relacionadas; H3) é possível prever a satisfação com a vida dos indivíduos a partir da sua inteligência emocional.

Metodologia: Foi utilizada uma amostra composta por 200 participantes, 55 homens e 145 mulheres (18 a 60 anos; M = 25,26; DP = 8,53). Aplicámos um questionário autoadministrado, composto pelas seguintes medidas: Escala de Inteligência Emocional (Rego et al., 2007; 6 dimensões: 1- Compreensão das emoções próprias; 2- Autocontrolo perante as críticas; 3- Autoencorajamento; 4- Autocontrolo emocional; 5- Empatia; 6- Compreensão das emoções dos outros), Escala de satisfação com a vida (Pavot & Diener, 1993; unidimensional), Medida de estima pessoal (elaboração própria), e variáveis sociodemográficas. As medidas apresentaram boas propriedades psicométricas.

Resultados: Verificámos que a relação entre IE e Satisfação com a Vida é positiva e significativa em todas as dimensões da IE, à exceção do Autocontrolo perante as críticas. Desta forma, podemos inferir que quanto mais IE nas suas dimensões Compreensão das emoções próprias, Autoencorajamento, Autocontrolo emocional, Empatia e Compreensão das emoções dos outros, maior a Satisfação com a Vida. Estes resultados corroboram a hipótese H1. Relativamente à hipótese H2, constatamos que as associações da IE com a estima pessoal são significativas em todas as dimensões da IE e mais elevadas comparativamente às associações verificadas entre a IE e a satisfação com a vida, o que confere suporte à H2. Por último, para o teste da hipótese H3, verificámos que os seis fatores da escala IE conjuntamente previram 17,9% da Satisfação com a Vida; contudo, a análise dos coeficientes da regressão múltipla apenas mostraram uma aptidão preditiva significativa da Compreensão das Emoções dos Outros, entre as seis dimensões da IE.

Conclusões: O presente trabalho contribuiu para compreender a IE e suas dimensões constituintes, na relação com a Satisfação com a Vida. Pretendeu figurar um passo para que se entenda melhor a importância da IE nas múltiplas facetas da vida pessoal, familiar, social e profissional. De facto, a IE reforça a noção de que o sucesso e a adaptação na vida diária, nos mais diversos campos, não dependem somente da atividade intelectual (Woyciekoski & Hutz, 2009). Assim, conseguir controlo emocional, elevar a autoestima e manter a autoconfiança aumentam a capacidade para alcançar várias soluções nos problemas do dia-a-dia.

Referências bibliográficas: Goleman, D. (2003), *Inteligência emocional*. Lisboa, Portugal: Temas e Debates.

Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 2, 164-172.

Rego, A., Sousa, F., Cunha, M. P., Correia, A., & Saur-Amaral, I. (2007). Leader self-reported emotional intelligence and perceived employee creativity: An exploratory study. *Creativity and Innovation Management*, 16(3), 250-264.

Woyciekoski, C. & Hutz, C. (2009). Inteligência emocional: Teoria, pesquisa, medida, aplicações e controvérsias. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 22(1), 1-11.

* Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Professor Auxiliar

** Santa Casa da Misericórdia, Psicologia, Psicóloga

Unemployment, coping and happiness: which correlation?

Inês Rei Falcão Penteadó*, Ricardo Jorge de Oliveira Ferreira**,
 Maria Helena dos Santos Quaresma***

Introduction: Happiness is the most coveted of emotions for the human race. How to attain and maintain it is a complex question (Chemali, Chahine, & Naassan, 2008). Becoming unemployed is associated with physical and mental health worsening, increased mortality (Thomas, Benzeval, & Stansfeld, 2005) and suicide (Milner, Page, & LaMontagne, 2013). Although research has considerably advanced our understanding of how health may be related to unemployment (Bartley, 1994), the relation between unemployment and happiness (a positive construct) has obtained less attention.

Objectives: The main objective of our study was to evaluate the influence of unemployment on happiness in a sample of adults living in Lousã, a small village in the center of Portugal. To analyze how coping strategies, sociodemographics and other variables (sex, civil status, age, having or not children, unemployment duration, religion, physical exercise, being part of a recreation associativity, leisure time) mediate that relation were secondary objectives.

Methodology: We conducted an exploratory and transversal study with 42 unemployed (unemployed for at least 3 months) and 45 employed adults, non-randomly selected. Data was collected through a questionnaire, which included the "Subjective Happiness Scale" (Pais-Ribeiro, 2012), and the "Inventory Troubleshooting" (Vaz Serra, 1987). We used the SPSS® and parametric tests to test our hypotheses, considering an $\alpha=0.05$ as level of significance.

Results: No statistically significant difference in happiness was found between employed and unemployed individuals ($t(85)=1.243$; $p=0.217$). We found a positive and moderate correlation between coping and happiness ($r=0.402$; $p=0.000$). We did not find any other correlation with happiness ($p<0.05$), neither through multivariate analysis tests (linear regression or two way ANOVA).

Conclusions: The unemployment does not contribute to lesser happiness, even when considering the individual coping strategies as covariate (which isolated proved to have a moderate correlation with happiness). As a multifactorial and complex phenomenon, the transition to/from unemployment should have the attention of clinicians and researchers, particularly regarding mental health promotion. Future studies should include larger samples and measure other concepts related with happiness, like Subjective Well-Being or self-efficacy.

References: Bartley, M. (1994). Unemployment and ill health: Understanding the relationship. *J Epidemiol Community Health*, 48(4), 333-337.

Chemali, Z., Chahine, L., & Naassan, G. (2008). On happiness: A minimalist perspective on a complex neural circuitry and its psychosocial constructs. *Journal of Happiness Studies*, 9(4), 489-501. doi: 10.1007/s10902-007-9085-y

Milner, A., Page, A., & LaMontagne, A. D. (2013). Long-term unemployment and suicide: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 8(1), e51333. doi: 10.1371/journal.pone.0051333

Thomas, C., Benzeval, M., & Stansfeld, S. A. (2005). Employment transitions and mental health: An analysis from the british household panel survey. *J Epidemiol Community Health*, 59(3), 243-249. doi: 10.1136/jech.2004.019778

* CHUC-HUC, Medicina F/Oncologia, Enfermeira Nível 1

** Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, Reumatologia - Consulta Externa, Enfermeiro [ferreira.rjo@gmail.com]

*** ESEnFC, Enfermagem de Saúde Mental E Psiquiátrica, Coordenador da UCP de ESMIP



Referência
REVISTA DE ENFERMAGEM | JOURNAL OF NURSING

CONFERÊNCIAS

CONFERENCES

Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva

Luís Saboga-Nunes*

Resumo

O exercício da cidadania encontra hoje nas sociedades democráticas desafios que importa analisar. Dentro destes desafios está a promoção da saúde de cada cidadão, na medida em que a saúde é um dos pilares que escora a vida. E a vida só é sustentável quando ela se institui em sociedade. Para que este pilar se estabeleça, é necessário que ele faça parte dos planos que definem e constroem a sociedade. A literacia tem sido recorrentemente referida como estruturante dessa construção. Hoje com o alargamento da sua abrangência ao campo da saúde, o desafio da construção da literacia para a saúde não só emerge como estruturante para que a saúde aconteça, mas impõe-se para o exercício de uma cidadania positiva. A partir daqui, os executantes do projeto social são garantes da permanência do seu foco, cumprindo a translação do sentir social em devir material, na afirmação da identidade de um povo que se pretende usufruindo do seu máximo potencial de saúde. De modo a promover este movimento são partilhados os recursos do portal www.literacia-saude.info bem como o instrumento europeu de avaliação da literacia para a saúde HLS-EU-PT (health literacy survey).

Palavras-chave: literacia para a saúde; conscientização; cidadania positiva; salutogénese; sentido de coerência.

O conceito de literacia associado ao campo da saúde

O vocábulo literacia não consta em dicionários portugueses de edições que não sejam muito recentes. Mas instalou-se, e facilmente se acomodou à prática da língua escrita e falada, sendo aplicado às diferentes variantes do saber. Assim vulgarizou-se a sua aplicação ao campo da saúde sendo que a Literacia para a Saúde (LS) é um instrumento pertinente reconhecido hoje no âmbito da promoção da saúde (World Health Organization (WHO), 2013). Quando as sociedades atravessam condições adversas (e.g. uma crise económica e financeira) a LS assume um papel relevante no incremento da resiliência individual e social (Chan, 2009). De acordo com a OMS, nestas condições, aumentam os consumos de substâncias nocivas (ex.: álcool, tabaco, drogas) comprometendo a saúde mental, e, degrada-se a qualidade nutricional dos mais desfavorecidos (Chan, 2009). A área dos Estilos de Vida é assim fortemente determinada pelos níveis de LS. Para além disso, a diminuição de recursos disponíveis para fazer face às solicitações que os vários setores da sociedade recebem, obrigam a uma gestão complexa de expectativas, quer da parte do poder central quer das autarquias, devido à sua proximidade do cidadão (Divisão de Estudos e Planeamento do Departamento de Acção Social, 2009). Os serviços de saúde são um desses setores que passando a dispor de menos recursos, devem manter a sua missão de continuar a satisfazer as necessidades dos cidadãos (Observatório dos Sistemas de Saúde Português (OPSS), 2013). Pessoas com baixo nível de LS e com doenças crónicas são menos capazes de cuidar de si, fazendo mais uso dos serviços de saúde (Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs AMA, 1999; Institute of Medicine (IOM), 2004; IOM, 2013). A LS é um campo de investigação, cujos objetivos passam também por explorar as disparidades existentes em saúde. Economistas em saúde estimam que a baixa LS possa custar ao sistema de saúde dos EUA 73 biliões de dólares, por ano (Friedland, 1998; Moritsugu, 2006; Baker et al., 1996) e ao sistema de saúde suíço 1.5 biliões de francos suíços por ano (Spychers, 2006). Poder avaliar a LS para introduzir medidas para a sua promoção revela-se, portanto, crucial no sentido reforçar a resiliência social perante condições adversas.

Significados e significantes dos conceitos de literacia e saúde

Abordar o constructo que agrega literacia e saúde - objeto da presente reflexão – levar-nos-á a uma análise filológica personalizada quando, a partir do agregador, iremos estabelecer perspetivas diferenciadas entre *literacia em saúde* e

* Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Rede Lusófona para a promoção da literacia em Saúde (ProLiSa).

literacia da saúde. *Literacia em saúde* remeter-nos-á para uma externalidade ao sujeito da saúde, um locus externo ao indivíduo, que está para além de si próprio, e em relação ao qual ele pode desenvolver maior ou menor grau de apropriação. Por seu lado, *literacia da saúde* colocar-nos-á perante a internalidade da saúde, como uma componente intrínseca ao indivíduo. Aqui, o locus da discussão centrar-se-á no próprio ator, que se relaciona com o tema como algo que lhe é intrínseco, pertencente a si mesmo.

A adoção de uma ou de outra perspetiva não é necessariamente desprovida de consequências. Na presente proposta, o foco na *literacia em saúde* poderia levar a supor que a saúde, que se constrói fora do indivíduo, pode ou não ser por ele apropriada. Alguém/entidade superior/estado teria a função de determinar os parâmetros que caracterizam a saúde, cabendo ao indivíduo a sua apropriação (e.g. no campo da saúde mental por exemplo, o consumo de bebidas com álcool pode ser determinado pelo estado que regula o seu consumo ou/e teores da sua concentração). Esta posição poderia implicar uma supervisão (mais ou menos determinista) sobre os níveis da aquisição de *literacia em saúde* de cada cidadão. Neste caso, um programa escolar de literacia em saúde poderia promover esta aquisição.

O outro contexto, *literacia da saúde*, poderá remeter-nos para a conscientização do que ajuda a potenciar a saúde do indivíduo, tendo ele não só um conceito (dinâmico) em desenvolvimento do que é a sua saúde, mas também o modo como poderá encontrar recursos para promovê-la. Neste caso, o indivíduo tem (por exemplo) consciência de que beber bebidas com álcool provoca alterações às suas funções vitais. Porém, confrontado com um argumento externo tal como *beber um copo de vinho* à refeição faz bem à saúde (ex.: fortemente promovido pela indústria), mas consciente dos malefícios do álcool, e conhecendo a alternativa de receber os benefícios apontados aos flavonóides (através da simples ingestão de um ou dois galhos de uvas pretas), encontraria na sua *literacia da saúde* um argumento para uma adoção de comportamento emancipador. Teríamos, assim, a emancipação do indivíduo perante determinantes sociais e económicas, fortalecendo a sua capacidade crítica no que respeita à promoção de sua saúde.

Embora as propostas atrás referidas não se excluam mutuamente, antes completam-se, a procura de um elemento agregador destes dois conceitos poderia ser conseguido em *Literacia para a Saúde (LS)*. A *literacia para a saúde* cobriria assim as duas dimensões atrás referidas e poderia ser definida como *a conscientização da pessoa aprendente e atuante no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimento, favoráveis à promoção da saúde* (ver Figura 1). Deste modo teríamos a “literacia da saúde”, i.e. a literacia sobre a (sua) saúde, acerca da (sua) saúde secundada pela “literacia em saúde”, perspetivada como o gradiente de assimilação que apresenta o indivíduo relativamente ao tema da saúde, sendo ou não por si apropriada. Para isto acontecer, no sentido de poder medir literacia para a saúde (ver Figura 1), o Questionário Europeu de Literacia em Saúde (European Health Literacy Survey in Portuguese HLS-EU-PT) (Saboga-Nunes & Sorensen, 2013) propõe a operacionalização do conceito apontando uma estratégia para o seu diagnóstico a partir das dimensões/indicadores a seguir referidos (ver Figura 1).

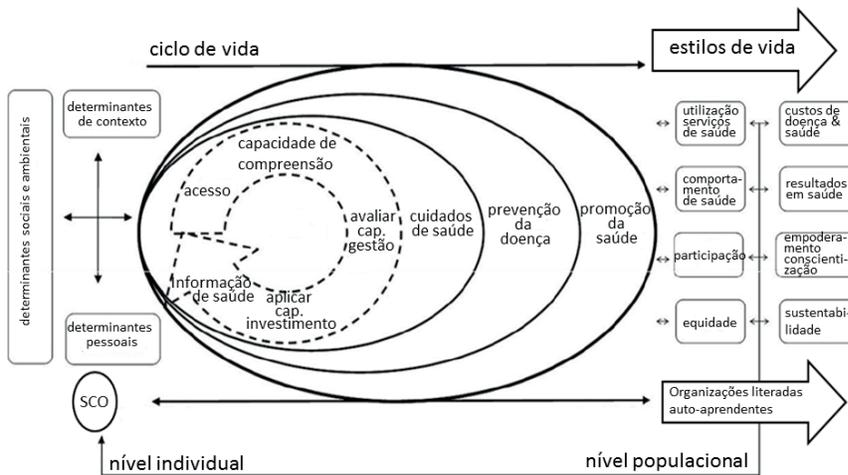


Figura 1. Modelo estruturante para a conceptualização e operacionalização da literacia para a saúde Adaptado de “Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models” de K. Sorensen et al., 2012, BMC Public Health, 12, 80, p. 9.

Colocar a tónica na *literacia em saúde* ou na *literacia da saúde* poderá assim catapultar o indivíduo de ator secundário na promoção da sua saúde para sujeito principal deste processo em que ele ganha poder sobre a sua saúde e persistentemente contribui para a sua melhoria (conceito de Promoção de Saúde, carta de Ottawa).

No entanto, esta afirmação obriga a uma reflexão sobre o que entendemos por *saúde* (Huber et al., 2011). Sem esta análise, e posterior consenso sobre cada uma das suas representações sociais, compromete-se a natureza e a identidade do pilar em referência. Deste modo, um dos riscos que assumimos é o de assistirmos à própria derrocada social. Mas o questionamento que podemos fazer sobre a identidade do conceito *saúde* pode ser, antes, uma oportunidade para relançar a própria sociedade para novos patamares de bem-estar. Para isto a IS desempenha um papel crucial.

Cidadania e conceptualização da saúde

Não é por acaso, que vivenciámos 1974 com a vontade de garantir um novo modelo social para o devir da identidade portuguesa em termos da saúde, como um direito de cada português (Andrade, 2001). Contudo, não discutimos ou consensualizámos o que significava *saúde*, de modo a clarificar a sua essência. Embarcámos, então, numa aventura que tem mais de 30 anos. Confiámos o leme da embarcação a kibernéticos (que, na mitologia grega, conduziam as embarcações com a sua magia pelos mares encapelados até porto seguro) acreditando que sabiam para onde queríamos ser levados. Prestaram o seu serviço dentro de parâmetros que muitas vezes eram desconhecidos por nós, os embarcados e, talvez até, pelos tripulantes endossados. A nossa jovem democracia é marcada pela indulgência com que encarámos, ano após ano, orçamentos da saúde que derraparam. Mas os ventos pareciam favoráveis e a viagem prosseguia. Fomos então apanhados pela tormenta (anunciada, porém pouco acautelada). Com recursos escassos, a saúde e os outros pilares sociais foram escrutinados. Os bons ventos tinham mudado de direção.

Enquanto o furor da tempestade continuar, pensemos nas soluções implícitas no significante *saúde*, o que contribuirá para encarar o futuro da navegação com otimismo. No contexto português o significado de saúde implicou, por exemplo, o desenvolvimento de uma rede de unidades destinadas ao tratamento da doença. Após três décadas de investimento, é fácil perceber que no lugar de um SNS temos antes um SND: em vez de um Serviço Nacional de Saúde montámos um amplo Serviço Nacional de Doença. Atribuímos significado à *saúde* pela sua antítese: esforçamo-nos em garantir o cumprimento do projeto da OMS (WHO, 1946) que afirma que “a saúde não é só a ausência de doença ou de enfermidade...” (p.100). Este esforço para eliminar a doença, mantém-se na primeira linha do investimento da sociedade. No entanto, por mais sofisticado e eficiente que seja o SND, ele não cobre a segunda componente da definição de saúde que a instituição atrás referida define, quando afirma que a saúde é também o *estado de completo bem-estar físico, mental e social*. Seguindo este objetivo, somos confrontados com um devir social não alcançado. Como oferecer - porque é um direito - a 10 milhões de cidadãos o *completo bem-estar físico, mental e social*, se ainda nem conseguimos garantir a *ausência de doença* no meio desta tempestade?

Ao serviço deste objetivo está a abordagem patológica que visa procurar as origens da doença e controlá-la (ou mesmo erradicá-la). A questão que importa colocar será: qual o alcance desta abordagem, em termos da percentagem, na população portuguesa? Isto é, em função do orçamento dedicado à abordagem patológica, quantos são os beneficiados? Constatamos que estamos a falar de uma percentagem residual da população. Ninguém sabe ao certo, mas, num dado momento, não teremos mais do que 3% a 5% da população (Antonovsky, 1987) abrangida pelo contributo do SND.

Que fazer com o resto da população para garantir que ela potencie a sua saúde e não venha a engordar a lista dos que procuram os cuidados oferecidos pelo SND? Seria esta uma maneira de contrariar os défices excessivos da saúde, ajudando a baixar a despesa pública.

Tomemos um exemplo para clarificar o argumento no campo da saúde mental. Em situações de crise, estilos de vida saudáveis são comprometidos (ver Figura 1) aumentam os consumos, por exemplo, de tabaco (álcool e drogas). Fumar (Saboga-Nunes, 2008) é uma fonte patológica (The Royal College of Physicians of London, 1977) de inúmeras doenças que mobilizam recursos do SND (Gouveia et al., 2007). Travar a entrada de crianças e adolescentes na contabilidade dos fumadores pode ter um efeito significativo na futura despesa (World Bank, 1999) do SND, diminuindo-a (Donaldson, 2007). Sabemos que o aumento da prevalência de jovens fumadores e de jovens adultos fumadores (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2007) não parou nos últimos 20 anos (Machado, Nicolau, & Dias, 2009). Que investimentos foram ou estão a ser feitos do lado da saúde, da saúde mental que promova um futuro com menos fumadores (Ministério da Saúde (MS), 2012)? A pergunta, num momento de emergência nacional em que os credores externos analisam o uso de cada euro emprestado para garantir que pilares como a saúde não colapsem, não só é oportuna, como pode também constituir um argumento de sustentabilidade social de esperança no futuro (WHO, 1996).

Salutogênese e a busca das origens da saúde

Aliás, este questionamento é apelo da própria OMS (WHO, 1997): a necessidade de um novo paradigma, que vá em busca das origens da saúde para garantir que cada cidadã/o catapulte a sua vida na concretização do bem-estar e da autorrealização, ao invés de permanecermos agarrados às origens da doença (da abordagem patogênica).

Designado por *paradigma salutogênico* (Antonovsky, 1984a), o modelo proposto operacionaliza-se na construção do *sentido de coerência* (SCO) (Antonovsky, 1984b; Saboga-Nunes, 1999) (ver Figura 1) de cada cidadã/o. O SCO é uma orientação global que define a capacidade com a qual um indivíduo, com um persistente e dinâmico sentimento de confiança, encara como estruturados, previsíveis e explicáveis os estímulos emanados do meio interno ou/externo da sua existência - esta primeira força determinante é designada por *capacidade de compreensão* (Antonovsky, 1984b; Saboga-Nunes, 1999) (ver Figura 1).

Na navegação, que hoje fazemos, não podemos continuar a tratar o cidadão (se o queremos ativo no *modus faciendi* da cidadania positiva) numa assimetria de poder (entre especialistas e doentes). Integrar o cidadão nos processos de decisão, de adesão à terapêutica, de prevenção dos riscos, e de promoção da sua saúde, é incontornável (ver Figura 1). Assim desde a utilização dos serviços, comportamentos em saúde, participação e promoção da equidade podem ser conseguidos de modo mais racional e otimizador de ganhos em saúde (ver Figura 1). A percepção dos custos da doença e da saúde, promoverão com o reforço da IS para a sustentabilidade do sistema social (ver Figura 1). E é aqui que entra então o papel estruturante da IS que se revelará importante para o desenvolvimento de organizações literadas e auto-aprendentes que se organizam no sentido de promover o bem-estar dos seus utilizadores (ver Figura 1). O papel dos especialistas deve, então, incluir a dimensão do empoderamento (Rappaport, 1985) do cidadão sem a qual o desenvolvimento da capacidade de compreensão não acontecerá. Compreender a relevância de que não há pessoas doentes ou pessoas saudáveis (na abordagem salutogênica), mas que fazemos investimentos na saúde potenciando-a no dia-a-dia, contribui para reforçar a adoção (por exemplo) de estilos de vida saudáveis (Saboga-Nunes, 2006). Deste modo, cada um pode progredir em cada fase do seu ciclo de vida (ver Figura 1) rumo ao polo de máxima vitalidade usufruindo da saúde que obtém (Nakamura et al., 2001).

Uma segunda força determinante do paradigma salutogênico é o reforço da *capacidade de gestão* (ver Figura 1). Esta capacidade exprime-se pelo sentimento de que o indivíduo dispõe de recursos para satisfazer as exigências dos estímulos da vida. O cidadão pode reforçar os seus recursos (ex.: o seu SCO, a sua autoestima) para fazer face aos estímulos: ex.: a autoestima será um recurso poderoso quando construída no seu valor intrínseco e não no espelho da aceitação do grupo de pressão que força (por exemplo) o caminho para o primeiro cigarro de um adolescente (Glanz, Maskarinec, & Carlin, 2005), contribuindo para que ela/e o recuse (Chassin, Presson, Sherman, & Edwards, 1990).

Finalmente, a terceira componente desta mudança de paradigma foca o desenvolvimento da *capacidade de investimento* (ver Figura 1). Esta capacidade vista como o cerne do empenho de qualquer um de nós em considerar as exigências dos estímulos da vida como desafios a superar, levará à catalisação do investimento do indivíduo nesta reserva de força positiva para a mudança. O que precisamos no meio desta tormenta é que cada um invista na sua saúde e potencie o seu bem-estar através de uma gestão positiva e esclarecida (informada) da vida, processo que será fortemente apoiado pelo desenvolvimento da IS.

Assim, perante um cigarro - ou qualquer outro exemplo que quisermos considerar no âmbito da prevenção da doença ou promoção da saúde - existem três capacidades que garantem a potenciação da saúde de um indivíduo: com a *capacidade de investimento*, investe-se e empenha-se em escolher o que fará bem à sua saúde. Com a *capacidade de gestão* ele catalisa recursos para prosseguir na sua afirmação da busca da saúde. Contudo, para que este investimento e esta gestão possam acontecer ao nível das decisões e das atitudes que determinam a busca das origens da saúde, a *capacidade de compreensão* será o patamar de partida (Igna, Julkunen, & Ahlström, 2008).

Conclusão

Quando cada cidadão compreender como pode ir em busca das origens da sua saúde (passando a ter uma abordagem salutogênica da vida (Wainwright et al., 2007), e, não só uma abordagem patogénica), constatar-se-á que a saúde é bem mais barata do que a profilaxia da doença, e custa menos sofrimento. Para isto o contributo da IS é hoje considerado incontornável perante os determinantes de contexto, pessoais, ambientais e sociais (ver Figura 1). Eis como se alinham temas precisos a um SNS eficaz e eficiente, como seja, por exemplo, o reforço da IS, em que a gestão e o investimento de cada um na sua saúde se fazem de modo informado e consciente.

Deste modo, com um novo paradigma aplicado à arte de navegar pela vida, os cibernéticos de hoje aceitam que não são magos omniscientes na descoberta do caminho para a saída da tormenta. Antes, articulam-se com os tripulantes e com todos os passageiros. Assim, a nau apanhará o rumo certo nem que, para isso, cada um tenha de pegar no seu remo e pô-lo à água, em vez de continuar a queixar-se de que os *ventos são desfavoráveis*. Porque só quando o foco deixar de ser um relatório minoritário (da doença) e passar a potenciar o bem mais valioso de que dispomos (da saúde), i.e., só quando o nosso discurso incluir a dimensão salutogénica, e a sua prática no viver diário, passando a acentuar as origens da saúde (Kickbusch, 2006), é que a viagem retomarà a um rumo promissor.

Colocar a conscientização (ver Figura 1) na base deste processo, como Paulo Freire (Freire, 1980; Wällerstein & Bernstein, 1988; Freire, 1996) gostava de propor, levará cada um de nós a ser um ator decisor na garantia da sustentabilidade. Este é o *modus faciendi* da cidadania positiva. Esta é uma viagem que não pode ser feita de modo vicário. Mas também não pode ser feita de modo autoritário. Torna-se necessário o envolvimento e o empenho de cada um na construção da sociedade e dos seus pilares. Para que resulte, para que aconteça, teremos individualmente de pôr o nosso remo à água e ir em busca das origens da SAÚDE. É para este devir coletivo que a LS contribuirá decisivamente.

Referências Bibliográficas

- Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs AMA (1999). Health literacy: report of the council on scientific affairs. *Journal of American Medical Association*, 281(6), 552-557.
- Andrade, J. (2001). *Os direitos fundamentais na Constituição Portuguesa de 1976. (2ª. Ed.)*. Coimbra: Almedina.
- Antonovsky, A. (1984a). A call for a new question - salutogenesis - and a proposed answer: the sense of coherence. *Journal of Preventive Psychiatry*, 2, 1-13.
- Antonovsky, A. (1984b). The sense of coherence as a determinant of health. In J. D. Matarazzo, (ed.lit.), *Behavioral health: a handbook of health enhancement and disease prevention*. (pp. 114-129). New York: John Wiley & Sons.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Baker, D., Parker, R., Williams, M., Pitkin, K., Parikh, N., Coates, W., & Imara, M. (1996). The health care experience of patients with low literacy. *Archives of Family Medicine*, 5(6), 329-334.
- Chassin, L., Presson, C., Sherman, S., & Edwards, D. (1990). The natural history of smoking: Predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. *Health Psychology*, 9 (1990) 701-716.
- Donaldson, L. (2007). *Cost of smoking: Chief Medical Officer's Statement on the costs of smoking in the UK*. London: Smokefree England. Retirado de http://www.dh.gov.uk/dr_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_076152.pdf
- Freire, P. (1980). *Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Moraes.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- Friedland, R., (1998). New estimates of the high cost of inadequate health literacy. In: Proceedings of Pfizer Conference "Promoting Health Literacy: A Call to Action" October 7-8, 1998. Washington: Pfizer, Inc.: 6-10.
- Glanz, K., Maskarinec, G., & Carlin, L. (2005). Ethnicity, sense of coherence, and tobacco use among adolescents. *Annals of Behavioral Medicine*, 29(3), 192-199.
- Gouveia, M., Borges, M., Pinheiro, L. S., Costa, J., Paulo, S., & Carneiro, A. (2007). *Carga e custo da doença atribuível ao tabagismo em Portugal: uma reflexão nacional*. In Fórum Portugal sem fumo 2007. Lisboa: Hospital do Futuro. Retirado de <http://www.portugalsemfumo.org>.
- Huber, M., Knottnerus, A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ..., Smid, H. (2011). How should we define health?. *BMJ*, 343, 4163. doi:10.1136/bmj.d4163
- Ignat, C., Julkunen, J., & Ahlström, R. (2008). Sense of coherence relates with smoking. *Journal of Health Psychology*, 13(8), 996-1001.
- Institute of Medicine (IOM) (2004). *Health literacy: a prescription to end confusion*. Washington DC: The National Academies.
- Institute of Medicine (IOM) (2013). *Health literacy: Improving health, health systems, and health policy around the world: Workshop summary*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Kickbusch, I. (2006). The health society: the need for a theory. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(561).

- Machado, A., Nicolau, R., & Matias Dias, C. (2009). Consumo de tabaco na população portuguesa retratado pelo Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006). *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 15(6), 1005-1027.
- Moritsugu, K. (2006). Charge and goals. In Robison, S., *Proceedings from the Surgeon General's workshop on improving health literacy* (6-7). Bethesda, Maryland: National Institutes of Health.
- Nakamura, H., Ogawa, Y., Nagase, H., Nakajima, M., Kodama, N., Ogino, K., & Ooshita, Y. (2001). Natural killer cell activity and its related psychological factor, sense of coherence in male smokers. *Journal of Occupational Health*, 43, 191-198.
- Observatório dos Sistemas de Saúde Português (2013). *Dois faces da saúde: relatório de Primavera 2013*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Retirado de <http://www.observaport.org/tp2013>
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2007). *Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Ministério da Saúde (MS), Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2012). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, Orientações Programáticas*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Rappaport, J. (1985). The power of empowerment language. *The Social Policy*, 16(2), 15-21
- Saboga-Nunes, L., & Sorensen K. (2013). The European Health Literacy Survey (HLS-EU) and its Portuguese Cultural Adaptation and Validation (HLS-PT). *Atención Primaria*, 45(46), 1-9.
- Saboga-Nunes, L. (1999). *Sense of Coherence: operationalization of a concept that determines mental health and quality of life / O sentido de coerência: operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida*. (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública I). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. UNI, 1999. Recuperado de <http://www.angelfire.com/ok/soc/mestradotese.html>
- Saboga-Nunes, L. (2006). Salutogenic paradigm and web assisted tobacco intervention : the case of www.parar.net. In World Congress on Internet in Medicine. 11, Toronto, 13-20 October 2006 – *Improving public health through the Internet : abstracts book* (1-3). Toronto: Society for the Internet in Medicine.
- Saboga-Nunes, L. (2008). Tabagismo e dinâmicas de mudança. In P. Ferreira (ed.lit.) *Sistema de saúde português: riscos e incertezas - relatório de Primavera 2008* (pp. 181-191). Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- Saboga-Nunes, L. (1998). Compreender o cidadão e fortalecê-lo na gestão do stress: introduzindo o conceito do sentido interno de coerência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 16(4), 25-31.
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80). doi:10.1186/1471-2458-12-80
- Spychers (2006). *Ökonomische Aspekte der Gesundheitskompetenzen*. Bern: Büro für Arbeits undSozialpolitische Studien (BASS).
- The Royal College of Physicians of London (1977). *Smoking or health*. London: The Royal College of Physicians of London. Pitman Medical.
- Wainwright, N., Surtees, P., Welch, A., Nuben, R., Khaw, K., & Bingham, S. (2007). Healthy lifestyle choices: could sense of coherence aid health promotion? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(10), 871-876.
- Wallerstein, N., & Bernstein, E. (1988). Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Education Quarterly*, 15(4), 379-394.
- World Health Organization. (1946). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization* (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100). Geneva, Switzerland : Author.
- WHO (1996). *European health care reforms: citizens' choice and patients' rights*. Copenhagen: World Health Organization.
- WHO (1997). *Health for all for the twenty-first century: the health policy for Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Bank (1999). *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington, D. C.: The International Bank for Reconstruction and Development. Retirado de <http://www.worldbank.org/tobacco/book/html/cover2a.html>.
- Chan, M. (2009). *Financial crisis and global health*. Retirado de http://www.who.int/dg/speeches/2009/financial_crisis_20090119/en/
- World Health Organization (2013). *Health Literacy: the solid facts*. Copenhagen: World Health Organization.

Abrir espaço à saúde mental de jovens

Luísa Campos*

Porquê abrir espaço à saúde mental? A saúde mental é um pilar determinante numa sociedade que se pretenda estável, produtiva e coesa, tornando-se fundamental “abrir espaço” para esta dimensão da saúde, desafio que implica um conjunto de tarefas diversas e multidisciplinares. Na nossa perspetiva, um dos primeiros passos centra-se na promoção de conhecimentos e no desafio das crenças associadas à temática da saúde mental.

Sabe-se que, por um lado, a população em geral possui níveis baixos de literacia em saúde mental (Jorm et al., 1997); e, por outro lado, que as questões de saúde mental estão fortemente associadas ao estigma (Pinfold, Stuart, Thornicroft, & Arbolela- Flórez, 2005; Pinfold, Toulmin, Thornicroft, Huxley, Farmer, & Graham 2003; Schulze, Richter-Werling, Matschinger, & Angermeyer, 2003; Stuart, 2006).

A literacia em saúde mental consiste nos “conhecimentos e crenças sobre perturbações mentais que auxiliam no seu reconhecimento, gestão e prevenção” (Jorm et al., 1997, p. 182). Os resultados da literatura apontam para o facto de intervenções centradas na promoção da literacia em saúde mental possuírem importantes vantagens ao nível da prevenção, do reconhecimento e da intervenção precoce, bem como da redução do estigma associado à perturbação mental (Pinfold et al., 2005; Pinfold et al., 2003; Schulze et al., 2003; Stuart, 2006).

Os jovens, constituindo-se como a nossa futura geração de pais, professores, polícias, políticos, gestores, informáticos, médicos, entre outros profissionais, são um grupo prioritário de intervenção neste domínio. A literatura aponta que a maior dos problemas de saúde mental surge na juventude (European Commission, 2008; World Health Organization (WHO), 2002), no entanto, também é nesta fase de desenvolvimento, que as atitudes poderão ser ainda alteradas (Wahl, 2002). Outras razões poderão ser referidas para justificar a pertinência e urgência de se intervir junto desta população-alvo, nomeadamente a atual conjuntura socioeconómica que impõe aos jovens, nomeadamente aos do sul da Europa, importantes riscos para o seu desenvolvimento saudável, podendo acentuar a sua vulnerabilidade ao nível da saúde mental (European Parliament, 2012).

No contexto internacional, há cerca de duas décadas que são desenvolvidas importantes iniciativas centradas na promoção da literacia em saúde mental e diminuição do estigma associado às perturbações mentais (Massey, Armstrong, Boroughs, Henson, & McCash, 2005; Mindset, 2002; Stuart, 2006; Tacker & Dobie, 2008; Wyn, Cahill, Holdsworth, Rowling, & Carson, 2000).

Em Portugal, embora a saúde mental seja considerada uma das áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis no Programa Nacional de Saúde Escolar (Ministério da Saúde, 2006) e, recentemente, tenha sido definida como uma área de intervenção prioritária segundo a Orientação da Direção-Geral de Saúde (DGS, 2013), é possível ainda constatar-se a escassez de intervenções de promoção de saúde mental sistematizadas nesta faixa etária.

Foi neste contexto que surgiu o projeto Abrir Espaço à Saúde Mental**, com o objetivo de aumentar a literacia em saúde mental de jovens entre os 12 e os 14 anos, com vista a aumentar a sua capacidade em reconhecer sinais e sintomas de problemas de saúde mental, encorajar a procura de ajuda precoce, a adoção de comportamentos promotores de saúde mental e contribuir para a redução do estigma.

Um projeto, várias etapas, diversos desafios

O projeto Abrir espaço à saúde mental é constituído por três grandes etapas: Estudo piloto, Intervenção e Follow-up (Figura 1).

* Centro de estudos em Desenvolvimento Humano, FEP, UCP, encontrar+se.

** Projeto desenvolvido pela Faculdade de Educação e Psicologia, Centro Regional do Porto, da Universidade Católica Portuguesa (FEP-UCP), com financiamento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (PTDC/PSI-PCL/112526/2009), em parceria com a ENCONTRAR+SE.

Na sua construção foram consideradas algumas linhas orientadoras que a literatura aponta como fundamentais para o desenvolvimento de intervenções centradas na promoção de saúde mental: (1) a sistematização da informação numa base teórica consistente; (2) a elaboração prévia de uma pesquisa relativa ao público-alvo com recurso a *focus groups*, no sentido de assegurar a adequabilidade das mensagens que se pretendem transmitir; (3) o desenvolvimento de estratégias de intervenção que cativassem a atenção e promovam a participação do público-alvo; (4) a realização de uma avaliação prévia à intervenção, de forma a perceber se as mensagens transmitidas alcançam os objetivos propostos procedendo-se, posteriormente, a eventuais reformulações (Noar, 2006); e (5) a avaliação da intervenção para aferir o seu impacto, bem como a possível mudança de atitudes e comportamentos (Patel, Flisher, Hetrick & McGorry, 2007).

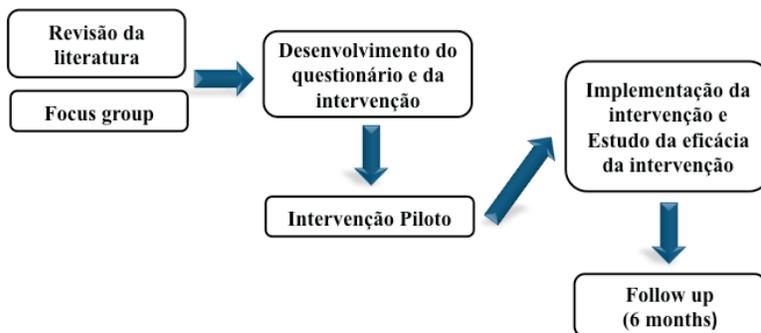


Figura 1. Desenvolvimento do projeto Abrir espaço à saúde mental

O estudo piloto incluiu duas etapas: a realização de *focus groups* com vista ao desenvolvimento do *Questionário de literacia em saúde mental* (LSMq) e da *intervenção de promoção de saúde mental*; e a implementação de uma intervenção piloto. A intervenção piloto permitiu por um lado, a avaliação preliminar dos conteúdos, do formato e do *discurso* e, consequentemente, a realização das melhorias necessárias; e, por outro lado, o estudo das características psicométricas do questionário desenvolvido (Campos, Dias, & Palha, no prelo).

A *intervenção* desenvolvida é constituída por duas sessões, com duração de 90 minutos cada, realizadas com um intervalo de uma semana (ver Figura 2). As sessões baseiam-se numa metodologia interativa, com recurso a dinâmicas de grupo, vídeos e música, sendo promovido o debate e o esclarecimento de dúvidas. Tal como anteriormente referido, constituiu uma preocupação da equipa, durante o desenvolvimento da intervenção (estudo piloto), atender às questões relacionadas com a idade do público-alvo (e.g. linguagem, dinâmicas de grupo, acontecimentos de vida adequados à faixa etária) e à importância de recorrer a materiais apelativos para jovens (e.g. música, vídeos). Esta preocupação decorreu da necessidade de envolver os jovens numa temática pouco atrativa e frequentemente associada com crenças estigmatizantes.

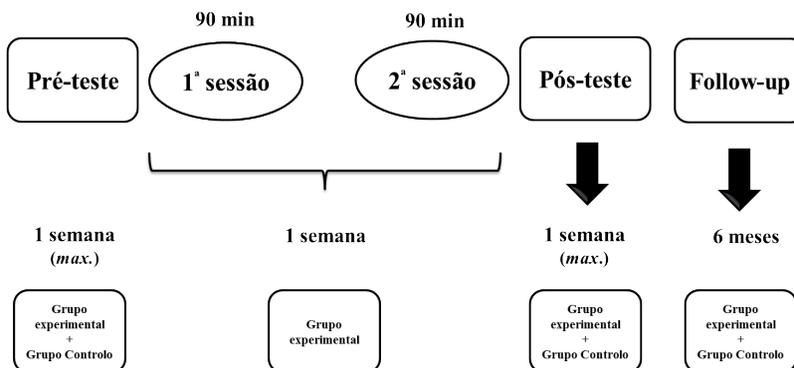


Figura 2. Design do projeto Abrir espaço à saúde mental

Para avaliação do impacto da intervenção, os participantes foram divididos em dois tipos de grupos – experimental e controlo – e o LSMq foi aplicado no início, no final da intervenção e seis meses depois (follow-up) (ver Fig. 2).

Alguns resultados preliminares

Para além da avaliação da eficácia da intervenção, ao longo do projeto foi explorada, em algumas subamostras, a influência de determinadas variáveis sociodemográficas nos níveis de literacia em saúde mental.

Numa amostra de 100 estudantes, foram estudadas as diferenças entre a dimensão *Conhecimentos sobre problemas de saúde mental* (dimensão do LSMq) em estudantes de escolas privadas (N=50) e de escolas públicas (N=50). Neste estudo, verificaram-se níveis superiores de conhecimentos nos estudantes pertencentes a escolas privadas ($M=3,96$; $DP=0,32$) quando comparados com os das escolas públicas ($M=3,81$; $DP=0,37$; $t(88)=-1,99$; $p=0,049$) (Campos et al., 2013).

Numa outra subamostra, constituída por 63 jovens, foram exploradas as diferenças de género e as dimensões *Procura de ajuda e Competências de primeira-ajuda* (dimensões do LSMq), antes e após a implementação da intervenção de promoção da LSM. Na pré-intervenção existiam diferenças significativas entre os participantes do sexo masculino ($M=4,16$; $DP=0,44$) e feminino ($M=4,39$; $DP=0,42$; $t(56)=-2,03$; $p=0,04$). Após a intervenção, não se observam diferenças significativas quanto ao género ($M=4,24$; $DP=0,40$ – sexo masculino; $M=4,41$; $DP=0,49$ – sexo feminino; $t(52)=-1,53$; $p=0,13$) (Campos, Duarte, Dias, Palha, & Veiga, no prelo).

Finalmente, os resultados preliminares relativos à avaliação da eficácia da intervenção (N=543) revelaram um aumento significativo do *score* global de literacia em saúde mental no grupo experimental da pré ($M=3,96$) para a pós intervenção ($M=4,25$) ($t(238)=-12,365$ $p\leq,001$); não existindo diferenças significativas no grupo de controlo da pré ($M=4,02$) para a pós intervenção ($M=3,98$; $t(262)=2,407$ $p=0,017$) (Campos, 2013).

Conclusão

O desenho da estratégia de intervenção do projeto Abrir espaço à saúde mental partiu da incontornável necessidade de se *entender* a forma como o público-alvo pensa sobre as questões relacionadas com a saúde mental, o que sabe e o que gostaria de saber, sobre a forma como constrói o seu conhecimento, bem como quais os seus interesses e receios face aos problemas de saúde mental. Em seguida, e com base no referido entendimento, tornou-se fundamental o desenvolvimento de uma intervenção teoricamente *sólida, criativa* e com uma *linguagem e estratégias* adaptadas ao público-alvo. Por último, o enquadramento do projeto num modelo científico de avaliação da eficácia, permitiu o desenvolvimento de uma intervenção sistematizada, válida e replicável.

Os resultados preliminares do projeto apontam para a eficácia da intervenção desenvolvida, realçando a importância de se ter em consideração o papel de determinadas variáveis sociodemográficas, nomeadamente, o contexto socioeconómico, a proximidade a problemas de saúde mental e o género dos participantes.

Referências Bibliográficas

- Campos, L. (2013). *Mental health literacy in portuguese young people*. Comunicação apresentada no âmbito do Oporto Meeting on the Promotion of Mental Health in the Young People: Current Challenges and Future Avenues, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.
- Campos, L., Dias, P., & Palha, F. (no prelo). *Finding Space to Mental Health - Promoting mental health in adolescents: Pilot study*.
- Campos, L., Duarte, A., Dias, P., Palha, F., & Veiga, E. (no prelo). *Abrir espaço à saúde mental – diferenças de género: resultados preliminares*.
- Campos, L., Losada, A., Pinho, S., Duarte, A., Palha, F., Dias, P., & Veiga. (2013). Mental Health Literacy in students from public & private schools: Preliminary results from Finding Space to Mental Health. In: Parallel sessions - Posters, 1st World Congress of Children and Youth Health Behaviors/ 4th National Congress on Health Education, *Atención Primaria*, 45, 164.
- Direção-Geral de Saúde (DGS) (2013). *Orientação da Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Escolar – Ano letivo 2013/2014*. Retirado de <http://www.dgs.pt/>
- European Commission (2008). European pact for mental health and well-being. Retirado de <http://ec.europa.eu/>

- European Parliament (2012). Mental health in times of economic crisis. Workshop conducted on European Parliament, Brussels, Belgium. Retirado de <http://www.europarl.europa.eu/>
- Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- Massey, O., Armstrong, K., Boroughs, M., Henson, K., & McCash, L. (2005). Mental health services in schools: a qualitative analysis of challenges to implementation, operation, and sustainability. *Psychology in the Schools*, 42(4), 361-372. doi:10.1002/pits.20063
- Mindset. (2002). Health in Mind. Retirado de <http://www.jardines.com/community/mindset/education-and-prevention.html>
- Ministério da Saúde (2006). *Plano Nacional de Saúde escolar*. Retirado de <http://www.min-saude.pt/>
- Noar, S. (2006). A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns: where do we go from here? *Journal Health Community*, 11, 21-42. doi:10.1080/10810730500461059
- Patel, V., Flisher, A., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*, 369, 1302-13. doi:10.1016/S0140-6736(07)60368-7
- Pinfold, V., Stuart, H., Thornicroft, G., & Arboleda-Florez, J. (2005). Working with young people: the impact of mental health awareness programmes in schools in the UK and Canada. *World Psychiatry*, 4(1), 48-52.
- 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. doi:10.1192/bjp.02.375
- Schulze, B., Richter-Werling, M., Matschinger, H., & Angermeyer, M. (2003). Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 142-50. doi:10.1034/j.1600-0447.2003.02444.x
- Stuart, H. (2006). Reaching Out to a High School Youth: The Effectiveness of a Video-Based Antistigma Program. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(10), 647-653.
- Tacker, K., & Dobie, S. (2008). MasterMind: empower yourself with mental health: a program for adolescents. *Journal of School Health*, 78(1), 54-57. doi:10.1111/j.1746-1561.2007.00266.x
- Wahl, O. (2002). Children's views of mental illness: a review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6, 134-158. doi:10.1080/10973430208408430
- World Health Organization (2002). *The world health report: reducing risks, promoting healthy life*. Retirado de <http://www.who.int/en/>
- Wyn, J., Cahill, H., Holdsworth, R., Rowling, L., & Carson, S. (2000). MindMatters, a whole-school approach promoting mental health and wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 594-601. doi:10.1046/j.1440-1614.2000.00748.x

PAINEL “ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE: DESAFIOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS

+Contigo: promoção da saúde mental nas escolas e prevenção de comportamentos de risco

José Carlos Santos*, Maria Erse**, Rosa Simões***, Jorge Façanha****, Lúcia Marques*****

O suicídio é um problema de saúde pública. Anualmente morrem por suicídio cerca de um milhão de pessoas em todo o mundo. Entre os jovens abaixo dos 25 anos é a terceira causa de morte (World Health Organization, 2013). Estima-se que por cada suicídio consumado ocorram cerca de 30 tentativas. Todavia, se tivermos em conta apenas os jovens entre os 15 e os 24 anos esses números sobem para um intervalo entre 100 e 200 tentativas (Bertolote & Fleischmann, 2009).

Em Portugal o suicídio nos jovens é um fenómeno de baixa intensidade quando comparado com o suicídio em idades mais avançadas, sobretudo acima dos 65 anos. Contudo, os comportamentos autolesivos são relativamente comuns em jovens e, particularmente, em jovens do sexo feminino (Direção Geral de Saúde (DGS), 2013). A prioridade de intervenção nesta faixa etária mantém-se dado que a ocorrência destes comportamentos na adolescência aumenta o risco de problemas na idade adulta (Wasserman et al, 2010).

No Programa Nacional de Saúde Escolar 2007 (PNSE), são definidas as seguintes finalidades (DGS, 2007):

- Promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa;
- Apoiar a inclusão escolar de crianças;
- Apoiar a inclusão escolar de crianças com necessidades de saúde especiais;
- Promover um ambiente escolar seguro e saudável;
- Contribuir para a promoção de estilos de vida saudáveis;
- Contribuir para o desenvolvimento da promoção da saúde em meio escolar.

A *população alvo do PNSE* abrange toda a comunidade educativa (educadores de infância, professores, assistentes técnicos e operacionais, alunos, pais/encarregados de educação e outros profissionais com intervenção em meio escolar) dos jardins-de-infâncias, escolas do ensino básico e secundário e outras instituições com intervenção em meio escolar. Esta população alvo é muito diversificada, podendo as suas características estar relacionadas também com os contextos de vida de cada um dos envolvidos, do local onde a escola se encontra inserida, etc. devendo as intervenções da equipa de saúde escolar serem capazes de dar resposta às necessidades reais e sentidas pela comunidade educativa.

O PNSE tem como *áreas de intervenção* prioritárias:

- A Saúde individual e coletiva;
- A Inclusão escolar;
- O Ambiente escolar;
- Os Estilos de vida.

O conhecimento atual permite afirmar que muitos dos comportamentos de risco e problemas de saúde estão associados aos estilos de vida pelo que, a intervenção na escola direcionada para estas áreas prioritárias, de acordo com os problemas e realidades locais existentes, são seguramente um bom investimento para o futuro e uma aposta ganha para o futuro das nossas crianças e jovens. No âmbito das intervenções a realizar, o PNSE faz referência à promoção da saúde mental como atividade relevante a realizar na escola, enquanto promotora de estilos de vida mais saudáveis. Refere também que

* Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Mestre em Sociopsicologia da Saúde. Doutorado em Saúde Mental. Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

** Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Enfermeira no Serviço de Psiquiatria Forense do Pólo Sobral Cid, CHUC, EPE.

*** Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Mestre em Ciências de Enfermagem. Enfermeira no Serviço de Urgência do Pólo A, CHUC, EPE.

**** Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Mestrando em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Enfermeiro na Unidade de Cuidados Especiais em Psiquiatria do Pólo Sobral Cid, CHUC, EPE.

***** Enfermeira Especialista em Enfermagem na Comunidade. Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem na Comunidade. Exerce funções no Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Centro, IP.

os projetos de promoção da saúde mental devem ter por base o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, aumentando a resiliência, a promoção da autoestima e da autonomia e visam prevenir comportamentos de risco. Prevê que a *promoção da saúde mental na escola*, seja feita através da implementação de projetos que visem: Desenvolver competências pessoais e sociais nos alunos; Criar um clima de escola amigável; Combater o abandono e a exclusão escolar; Identificar as crianças em risco de doença mental ou de distúrbios comportamentais; Promover a equidade entre alunos, sexo, etnia, religião, classe socioeconômica, etc... (DGS, 2007).

Os dados epidemiológicos relativos aos problemas de saúde mental nos jovens apontam para que entre 10 a 20% dos jovens tenham problemas de saúde mental (Kieling et al., 2011), que estão associados a questões de saúde e questões sociais, como por exemplo, reprovações na escola, delinquência e abuso de substâncias que aumentam o risco de pobreza e outras adversidades na idade adulta (Jenkins, Baingana, Ahmad, McDaid, & Atun 2011). Existe uma população escondida de adolescentes em sofrimento incluindo alguns com graves problemas de saúde mental (Madge et al., 2008).

A evidência aponta para que programas de promoção de saúde mental nas escolas, com um modelo de intervenção global contribuem para uma melhor saúde mental e melhores resultados educacionais (Weare & Nind, 2011). A escola assume-se como um palco privilegiado de intervenção dado que a ideação suicida e os comportamentos suicidários são comuns em adolescentes; a maioria dos suicidas, se detetados precocemente são preveníveis; permite maior custo-efetividade (Shaffer & Gould, 2000).

Apesar dos programas que promovem a saúde mental, através da promoção de fatores protetores que podem mediar o comportamento suicida, como as redes familiares e sociais funcionais e os programas que aumentam a literacia, promovendo maior conhecimento e maior celeridade na procura de ajuda, também podem prevenir os comportamentos suicidários. No entanto estes programas devem ser complementados com instruções sobre as especificidades em torno dos comportamentos suicidários (Brás & Santos, 2014)

A ideação suicida e os comportamentos suicidas são comuns em idade escolar e associam-se com frequência a perturbações psicológicas passíveis de serem identificadas nas escolas (Miller, 2011; Shaffer & Gould, 2000). Contudo, somente 10 a 20% dos adolescentes, ou 1 em cada 8, que protagonizam comportamentos autolesivos vai ao hospital como consequência desse ato, sendo as intoxicações medicamentosas as situações mais comuns (Hawton, Rodham, Evans, & Weatherall 2002; Madge et al., 2008; Ystgaard, Reinholdt, Husby, & Mehlum, 2003). Há uma correlação entre comportamentos autolesivos e história de abuso sexual, depressão, ansiedade, alexitimia, hostilidade, consumo de tabaco, dissociação, ideação suicida e comportamentos suicidas (Jacobson & Gould, 2007).

O fundamento dos programas específicos sobre o suicídio consiste em eliminar ou reduzir as condições que colocam os estudantes em risco de suicídio e fortalecer os fatores protetores do comportamento suicida (Berman, Jobes, & Silverman, 2006). Podemos identificar vários tipos de programas de prevenção do suicídio: ações de rastreio, programas psicoeducacionais, desenvolvimento de competências, formação de porteiros sociais, atividades de pós-venção detetar, programas multinível.

Os programas multinível associam duas ou mais estratégias referidas anteriormente. Se devidamente coordenados e planeados permitem criar sinergias entre todas as intervenções potencializando os efeitos desejados, podendo ser mais eficazes (Brás & Santos, 2014).

Projeto +Contigo

O +Contigo é um projeto de investigação longitudinal baseado numa intervenção multinível em rede, apelando ao modelo ecológico de intervenção. Tem como objetivos gerais promover a saúde mental e bem-estar em jovens do 3º ciclo e secundário; prevenir comportamentos da esfera suicidária; combater o estigma em saúde mental; criar uma rede de atendimento de saúde mental e como objetivos específicos promover habilidades sociais; promover o autoconceito; promover a capacidade de resolução de problemas; promover a assertividade na comunicação; melhorar a expressão e gestão de emoções; precocemente situações de distúrbio mental; fortalecer redes de apoio nos serviços de saúde.

A população alvo do projeto são os adolescentes do 3º ciclo e ensino secundário e as pessoas com maior proximidade com os mesmos tendo a equipa de saúde escolar do centro de saúde da área da escola um papel determinante no desenvolvimento do processo.

Os critérios de inclusão são: os profissionais das equipas de saúde escolar do centro de saúde da área da escola frequentarem o módulo formativo com a equipa coordenadora do projeto; responsáveis da escola demonstrarem vontade de participar e apresentarem candidatura conjunta com a equipa de saúde escolar; ser incluído no programa de educação para a saúde da escola e plano de atividades da equipa de Saúde Escolar; encarregados de educação concordarem em participar e autorizem a participação dos estudantes (Santos, Erse, Simões, Façanha, & Marques, 2013).

Os critérios de exclusão são: não haver garantia de conclusão do projeto no decorrer de todo o ano letivo; as turmas alvo de intervenção participarem noutra qualquer projeto similar.

O desenvolvimento do projeto inicia-se com a apresentação de candidatura onde conste um cronograma das atividades a desenvolver, meios disponíveis e responsáveis locais. Posteriormente a equipa coordenadora avaliará a candidatura e, uma vez aceite, será realizada formação aos profissionais de saúde, professores e assistentes operacionais e, posteriormente, sensibilização para os encarregados de educação. Uma vez criada a rede de apoio inicia-se a intervenção em sala de aula com as turmas alvo de intervenção, incluindo um grupo de controlo com características idênticas ao grupo de intervenção (Santos et al., 2013).

Resultados

Da globalidade do projeto apresentaremos resultados das intervenções junto dos estudantes, particularmente no que se refere à sintomatologia depressiva, autoconceito, bem-estar e capacidade de resolução de problemas.

A intervenção e colheita de dados decorreu nos anos lectivos 2011/2012 e 2012/2013.

População e amostra

A população alvo deste estudo são adolescentes que frequentavam uma escola do 3º ciclo da região centro. Apesar da intervenção visar profissionais de saúde dos Centros de Saúde, docentes e assistentes operacionais das escolas e encarregados de educação, o presente estudo apresenta resultados da intervenção junto dos estudantes. Foram analisados e aceites os projetos de adesão de 14 Agrupamentos de Escolas (Anadia, Coimbra, Estarreja, Figueira da Foz, Leiria, Mealhada, Oliveira do Bairro, Ovar, Santa Comba Dão, Satão, Soure, Tocha,) pertencentes a quatro Agrupamentos de Centros de Saúde (Baixo Mondego, Baixo Vouga e Dão Lafões).

A amostra foi constituída por 2354 estudantes, tendo sido validados apenas 2105 questionários devido a preenchimento incompleto ou extravio dos mesmos. Da amostra faziam parte estudantes de ambos os sexos com ligeira predominância do género masculino (52,9%).

Instrumento de colheita de dados

O questionário para avaliação do impacto da intervenção foi composto por uma caracterização sociodemográfica sintética: sexo, idade e ano de escolaridade e por alguns instrumentos de medida validados para a realidade nacional:

Índice de bem-estar (World Health Organization, 2002), autoconceito (Piers-Harris Children's Self-Concept Scale 2, de Piers & Hertzberg, 2002; Veiga 2006), *coping* (Esparbés, Sordes-Ader, & Tap, 1993; Tap, Costa, & Alves, 2005) e depressão (B D I – II, Beck & Steer, 1987; Martins, 2000).

De referir que o questionário tem vindo a ser aperfeiçoado desde o início da implementação do projeto, o ano letivo 2009-2010, tendo sido objeto de várias reformulações e seleção de instrumentos, tendo em conta a sua fiabilidade e facilidade de compreensão por parte dos estudantes. Pese embora as modificações registadas mantem-se um questionário relativamente longo que requer cerca de 30 minutos de preenchimento por parte dos alunos.

Pela análise da Tabela 1, a maioria da amostra foi constituída por jovens do sexo masculino, com idade entre os 13 anos, no início do projeto e 14 no final. Maioritariamente as turmas em projeto foram constituídas pelo 8º ano, sendo semelhante o número de turmas do 7º e 9º ano. De referir que algumas turmas do 10º ano foram incluídas por solicitação das escolas.

Tabela 1 - Participantes no Projeto de acordo com o género, idade e ano de escolaridade

	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Total (n)	2105	1992	1975
Género			
Masculino	52,9	52,4	52,0
Média da Idade	13,71	13,72	14,08
Ano escolaridade			
7º	25,7	25,3	25
8º	41,2	43,1	43,6
9º	27,8	25,7	25,5
Outros	5,4	5,9	5,9

De acordo com a Tabela 2, a constituição dos grupos de intervenção e controle foi semelhante no que diz respeito ao gênero, idade e anos de escolaridade.

Tabela 2 - Distribuição dos estudantes tendo em conta o tipo de intervenção realizada

	Grupo Intervenção			Grupo Controle		
	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Total (n)	1591	1623	1520	513	369	455

Sintomatologia depressiva

A análise das Tabelas 3 e 4 permite-nos verificar que, no final da fase 3 o grupo de controle apresentava níveis superiores de sintomatologia depressiva que o grupo alvo de intervenção. Se verificarmos os níveis de depressão essa diferença é notada sobretudo no que diz respeito à depressão severa, com maior incidência no grupo de controle e ao número de casos sem depressão ou depressão leve, com maior incidência no grupo alvo de intervenção. No final a percentagem de casos com depressão moderada ou severa no grupo de intervenção era inferior ao grupo de controle.

Tabela 3 - Níveis médios de sintomatologia depressiva dos participantes no Projeto

	Grupo Intervenção			Grupo Controle		
	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 1	Fase 2	Fase 3
	10,62	9,60	9,61*	11,01	9,58	10,70*

*Com diferença estatisticamente significativa para o grupo de controle ($p < 0,05$)

Tabela 4 - Classificação dos níveis da depressão dos participantes no Projeto

	Grupo Intervenção			Grupo Controle		
	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Sintomatologia Depressiva						
Sem depressão	71,2	74,3	73,5	69,8	73,3	72,5
Leve	13,1	11,2	7,5	14,5	14,0	6,6
Moderada	10,3	8,9	10,3	9,2	7,8	9,4
Severa	5,4	5,6	8,6	6,5	4,9	11,5

Índice de bem-estar

Como verificamos através da Tabela 5, o índice de bem-estar demonstra um aumento ao longo das três fases, no grupo alvo de intervenção, acabando por ser superior ao grupo de controle. Grupo esse que demonstra uma diminuição entre a fase 2 e 3.

Tabela 5 - Índice de bem-estar dos participantes no Projeto

	Grupo Intervenção			Grupo Controle		
	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Índice de bem-estar	17,06	17,43	17,87*	16,96	17,38	17,31

*Com diferença estatisticamente significativa para o grupo de controle ($p < 0,05$)

Como verificamos o índice de bem-estar demonstra um aumento ao longo das três fases, no grupo alvo de intervenção, acabando por ser superior ao grupo de controle. Grupo esse que demonstra uma diminuição entre a fase 2 e 3.

Autoconceito

Pela análise da tabela 6, verificamos que o autoconceito denota um decréscimo ao longo do tempo no grupo de controlo e uma oscilação no grupo alvo de intervenção, com um aumento importante da fase 1 para a fase 2 e um decréscimo na fase 3. No grupo alvo de intervenção a dimensão que mais diminui tem a ver com o aspeto comportamental e a satisfação enquanto as restantes dimensões apresentam ligeiros aumentos entre o início e a última avaliação da implementação do projeto. Todavia, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Tendo em conta os resultados obtidos e, sobretudo a oscilação verificada entre a fase 2 e 3 no ano letivo 2013-2014 foi introduzido um novo momento de intervenção de reforço visando o fortalecimento desta variável.

Tabela 6 - Autoconceito dos participantes no Projeto e suas dimensões

	Grupo Intervenção			Grupo Controlo		
	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Autoconceito	41,48	42,66	40,75	42,34	42,22	41,14
Aspeto comportamental	10,27	10,62	9,34	10,18	10,48	9,39
Ansiedade	4,33	4,39	4,43	4,47	4,55	4,34
Estatuto intelectual	8,45	8,55	8,49	8,61	8,67	8,30
Popularidade	6,85	7,21	7,02	7,03	7,03	7,11
Aparência física	5,08	5,16	5,28	5,28	5,29	5,32
Satisfação- felicidade	6,43	6,44	6,20	6,55	6,51	6,24

Coping

Pela leitura da Tabela 7, verificamos que o *coping* aumenta ligeiramente entre a primeira e terceira fase no grupo alvo de intervenção ao contrário do ocorrido no grupo de controlo. Na fase 3 o grupo de intervenção tem scores mais elevados que o grupo de controlo, embora com resultados pouco diferentes. Ambos os grupos aumentam na fase 2 e diminuem na fase 3.

Tabela 7 - *Coping* dos participantes no Projeto

	Grupo Intervenção			Grupo Controlo		
	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 1	Fase 2	Fase 3
<i>Coping</i> global	155,04	155,25	155,12	153,91	154,24	152,92
Controlo	46,33	46,40	45,34	46,00	46,15	44,85
Suporte social	22,24	22,08	21,85	21,79	22,01	21,29
Distração social	34,09	34,00	33,60	33,92	34,01	33,05
Retraimento	31,34	31,35	32,52	31,16	31,21	32,28
Recusa	21,16	21,21	22,14	21,07	21,20	21,70

Caracterização tendo em conta o género no grupo de intervenção

Na análise da Tabela 8, relativa ao género os jovens do sexo masculino apresentam melhores scores no autoconceito e bem-estar e menos sintomatologia depressiva. O *coping* não apresenta diferenças significativas entre sexos.

No decorrer do projeto houve diminuição da sintomatologia depressiva e aumento do índice de bem-estar para ambos os géneros e aumento do *coping* nos rapazes. Todavia, as diferenças entre géneros registadas no início do projeto não se alteraram com o desenvolvimento do mesmo.

Estes resultados têm sido constantes ao longo do projeto, tendo os jovens do género masculino demonstrado maior autoconceito, bem-estar e menor sintomatologia depressiva. Dados que podem ajudar a explicar a maior prevalência de comportamentos da esfera suicidária entre jovens do género feminino.

Tabela 8 - Níveis médios de sintomatologia depressiva dos estudantes alvo de intervenção, de acordo com o sexo

	Sexo feminino			Sexo masculino		
	Fase 1 n=708	Fase 2 n=737	Fase 3 n=675	Fase 1 n=833	Fase 2 n=803	Fase 3 n=771
Média da sintomatologia depressiva	12,17	11,26	11,48	9,31*	8,26*	8,09*
Média do autoconceito	40,46	41,46	39,68	42,38*	43,52*	41,68*
Média do índice de bem-estar	16,79	16,91	17,23*	17,28*	17,82*	18,46*
Média do <i>coping</i>	154,95	154,61	153,84	155,16	155,75	156,40

*Com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$)

Caracterização tendo em conta o ano de escolaridade no grupo de intervenção

Na Tabela 9 verificamos que os alunos do 7º ano evoluíram favoravelmente na sintomatologia depressiva e índice de bem-estar, apresentando uma subida no autoconceito entre a fase 1 e 2, diminuindo para a fase 3. Quanto ao *coping* não foram registadas melhorias com o projeto.

Os alunos do 8º ano registaram melhorias na sintomatologia depressiva, índice de bem-estar e *coping*, tendo uma melhoria no autoconceito entre a fase 1 e 2, diminuindo para a fase 3.

Os alunos do 9º ano melhoraram em todos os indicadores entre a 1ª e a 2ª fase, mantendo a melhoria nos scores para o bem-estar e para o *coping* mas diminuindo para a sintomatologia depressiva e autoconceito da 2ª para a 3ª fase.

Realizando a comparação entre os anos, o 7º ano apresenta melhores indicadores para a sintomatologia depressiva e autoconceito na fase 1 e posteriormente o 9º ano piora os indicadores com diferenças significativas para o 7º e 8º no índice de bem-estar e sintomatologia depressiva.

O aparente agravamento das situações identificadas nos alunos do 9º ano poderá ter a ver com a aplicação do questionário na fase 3, próximo do final do ano letivo e a preocupação inerente às avaliações finais e às opções de mudança de escola, presente na larga maioria da amostra.

Tabela 9 - Caracterização do grupo de intervenção tendo em conta as variáveis avaliadas nas três fases

	7º ano – n= 403			8º ano – n= 749			9º ano – n=391		
	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Média da sintoma depressiva	9,88*	9,18*	8,01**	10,11*	8,92*	8,78**	11,53*	10,51*	13,07**
Média do autoconceito	43,32**	43,85*	41,69	41,32**	43,12*	40,87	40,48**	41,11*	39,90
Média do índice de bem-estar	17,39**	17,51**	17,96**	17,29**	17,92**	18,29**	16,58**	16,69**	17,20**
Média do <i>coping</i>	158,44**	157,67*	154,04	154,97**	155,05**	155,91	152,35**	152,92**	155,16

*Com diferenças significativas entre anos de escolaridade ($p < 0,05$)

** Com diferenças significativas entre anos de escolaridade ($p < 0,001$)

Após a realização de *test post-hoc* de Tuckey foram encontradas diferenças entre anos nas diferentes fases:

Fase 1- diferenças na sintomatologia depressiva entre os estudantes do 7º e do 9º; Diferença no autoconceito entre o 7º e os restantes anos;

Fase 2- diferenças no *coping* entre o 7º e o 9º ano; diferenças no bem-estar entre o 9º e restantes anos; diferenças no autoconceito entre o 9º e restantes anos;

Fase 3- diferenças na sintomatologia depressiva entre o 9º e os restantes anos; diferenças no bem-estar entre o 9º e restantes anos.

Pela análise da tabela podemos verificar que os alunos do 7º ano evoluíram favoravelmente na sintomatologia depressiva e índice de bem-estar, apresentando uma subida no autoconceito entre a fase 1 e 2, diminuindo para a fase 3. Quanto ao *coping* não foram registadas melhorias com o projeto.

Os alunos do 8º ano registaram melhorias na sintomatologia depressiva, índice de bem-estar e *coping*, tendo uma melhoria no autoconceito entre a fase 1 e 2, diminuindo para a fase 3.

Os alunos do 9º ano melhoraram em todos os indicadores entre a 1ª e a 2ª fase, mantendo a melhoria nos *scores* para o bem-estar e para o *coping* mas diminuindo para a sintomatologia depressiva e autoconceito da 2ª para a 3ª fase.

Realizando a comparação entre os anos, o 7º ano apresenta melhores indicadores para a sintomatologia depressiva e autoconceito na fase 1 e posteriormente o 9º ano piora os indicadores com diferenças significativas para o 7º e 8º no índice de bem-estar e sintomatologia depressiva.

O aparente agravamento das situações identificadas nos alunos do 9º ano poderá ter a ver com a aplicação do questionário na fase 3, próximo do final do ano letivo e a preocupação inerente às avaliações finais e às opções de mudança de escola, presente na larga maioria da amostra.

Conclusões

O +Contigo enquadra-se nos princípios definidos no PNSE. A sua avaliação tem em conta algumas limitações inerentes a programas deste tipo, nomeadamente os diferentes recursos económicos dos estudantes, a variabilidade entre turmas e a questão temporal, sendo necessário mais tempo para a avaliação dos programas (Cooper & Clements, 2011; Dix, Slee, Lawson, & Keeves, 2012; Mishara & Ystgaard, 2006).

A parte quantitativa dos resultados do projeto, tendo em conta o instrumento de colheita de dados sugere-nos que a intervenção produz resultados a curto prazo para todos os indicadores avaliados e a médio prazo (seis meses) para o índice de bem-estar e sintomatologia depressiva, com resultados estatisticamente significativos para o grupo de controlo. Os resultados menos evidentes, relativamente ao grupo de controlo estão relacionados com a capacidade de *coping* e com o autoconceito. A diminuição de resultados entre a fase 2 e a fase 3 levou-nos a aumentar o contacto com os estudantes no terceiro período visando reforçar ideias inerentes ao *coping* e autoconceito. Todavia, reconhecemos estar perante duas variáveis sendo que, elas próprias, vão variando ao longo da vida e, presumivelmente, ao longo do ano letivo podendo o período de avaliações e algum cansaço inerente ao terceiro período ajudar a explicar. De referir que os resultados mais robustos no *coping* e autoestima foram conseguidos em zonas de conflito (Barry et al., 2013), o que, obviamente não era o caso.

Numa análise relativa ao género verificamos que os jovens do género masculino têm melhores indicadores de saúde mental que as jovens do género feminino. Merece particular realce a diferença na sintomatologia depressiva, onde há uma relação de cerca do dobro dos casos de adolescentes do sexo feminino, relativamente ao sexo masculino, sobretudo após a puberdade (Hyde et al., 2008), onde os estudos com *follow-up* têm demonstrado aumento dos riscos para a depressão e comportamentos suicidas na idade adulta (Maughan, Collishaw, & Stingaris, 2013), além de que alguns tipos de problemas terão tendência a aumentar após os 14 anos, nomeadamente a autodepreciação e problemas de índole social (Van Beek, Hessen, Hutteman, Verhulp, & Leuven, 2012), fazendo antever um aumento da sintomatologia depressiva. Por outro lado, muitas vezes a depressão na adolescência anuncia uma doença crónica ou recaídas frequentes e permite prever uma larga gama de dificuldades psicossociais e problemas de saúde (Thapar, Collishaw, Pine, & Thapar 2012). De referir que os comportamentos autolesivos são mais comuns em adolescentes do sexo feminino, podendo os resultados encontrados ser um sintoma de maior vulnerabilidade ou de indícios de dor psicológica que possa resultar em comportamentos da esfera suicidária, onde a depressão é dos sinais de risco mais importantes.

Analisando os resultados relativamente ao ano de escolaridade, os indicadores de saúde mental diminuem desde o 7º ano, havendo diferenças significativas para o índice de bem-estar e sintomatologia depressiva dos estudantes do 9º ano para os restantes anos, na fase 3. A fase da adolescência, o finalizar de um ciclo, com maior exigência ao nível das avaliações, com a necessidade de definição de áreas de estudo, de um novo estabelecimento de ensino, maior adequação das expectativas, ajudem a explicar esta diferença. Por outro lado, o aumento da idade pressupõe um aumento da depressão, sobretudo a partir dos 14 anos de idade e nas raparigas (Twenge & Nolen-Hoeksema, 2002; Van Beek et al, 2012).

O +Contigo e as atividades a ele associadas permitiram alguma melhoria nos indicadores de saúde mental que acreditamos possam ajudar a prevenir comportamentos de risco nos adolescentes, particularmente comportamentos suicidários. Todavia, a prevenção deste tipo de comportamentos pressupõe uma política articulada entre sectores sociais, económicos, de saúde e educação, no sentido da criação de sinergias para a vivência de uma adolescência saudável!

Referências Bibliográficas

- Barry, M., Clarke, A., Jenkins, R., & Patel, V. (2013). A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *BMC Public Health*, *13*, 835.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1987). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Berman, A., Jobes, D., & Silverman, M. (2006). *Adolescent suicide: assessment and intervention*. Washington: American Psychological Association.
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2009). A global perspective on the magnitude of suicide mortality. In D. Wasserman, C. Wasserman (eds.). *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: A global perspective* (91 – 8). New York: Oxford University Press.
- Brás, M., & Santos, J. (2014). Prevenção do suicídio em meio escolar. In C. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio. (eds.) (pp. 485-492) *Suicídio e Comportamentos Auto-lesivos*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Cooper, G. & Clements, P. (2011). A review and application of suicide prevention programs in high school settings. *Issues in Mental Health Nursing*, *32*, 692-702.
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013/2017) – Programa a Nacional para a Saúde Mental*. Retirado de <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>
- Direcção Geral da Saúde (DGS) (2007). *Programa Nacional de Saúde escolar*. Lisboa: Europress.
- Dix, K., Slee, P., Lawson, M., & Keeves, J. (2012). Implementation quality of whole-school mental health promotion and students' academic performance. *Child and Adolescent Mental Health*, *17*(1), 45-51.
- Esparbès, S., Sordes-Adler, F., & Tap, P. (1993). Présentation de l'échelle de coping, in *Les stratégies de coping* (pp. 89-107). *Journées du Labo*, *93*, 89-107.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ*, *325*, 1207-1211.
- Hyde, J. S., Mezulis, A. H., & Abramson, L. Y. (2008). The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review*, *115*, 291–313.
- Jacobson, C., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behaviour among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, *11*, 129-147.
- Jenkins, R., Baingana, F., Ahmad, R., McDaid, D., & Atun, R. (2011). Social, economic, human rights and political challenges to global mental health. *Mental Health Family Medicine*, *8*, 87–96.
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., ..., Srinath, S. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*, *378*, 1515–1525.
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E. J., Corcoran, P., Fekete S., ..., Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49* (6), 667-677.
- Martins, A. (2000) As manifestações clínicas da depressão na adolescência. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Maughan, B., Collishaw, S., & Stingaris, A. (2013). Depression in Childhood and Adolescence. *Journal Canadian Academy Child and Adolescent Psychiatry*, *22*(1), 35-40
- Miller, D. (2011) *Child and Adolescent Suicidal Behavior: School-Based Prevention, Assessment, and Intervention*. London, New York: The Guilford Press.
- Mishara, B., & Ystgaard, M. (2006). Effectiveness of a mental health promotion program to improve coping skills in young children: zippy's Friends. *Early Childhood research Quarterly*, *21*, 110-123.
- Piers, E., & Herzberg, D. (2002). Piers-Harris 2: Piers-Harris Children's Self-concept Scale (2ª Ed.). Wilshire Boulevard, CA: Western Psychological Services.
- Santos, J., Erse, M., Simões, R., Façanha, J., & Marques, L. (2013). + Contigo na promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários em meio escolar. *Revista de Enfermagem Referência*, *III*(10), 203-207.
- Shaffer, D., & Gould, M. (2000). *Suicide prevention in schools*. In: Hawton K, & Van Heeringen K, (Eds), *Suicide and attempted suicide* (pp.645-660). West Sussex, UK: John Wiley & Sons. doi:10.1002/9780470698976.ch37
- Tap, P., Costa, E. & Alves, M. (2005) escala Toulousiana de Coping (ETC) Estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, saúde e doenças*, *6*(1) 47-56.

- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, 379, 1056-1067.
- Twenge, J., & Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, gender, socioeconomic status and birth cohort differences on the children's depression inventory: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 578-588.
- Van Beek, Y., Hessen, D., Hutteman, R., Verhulp, E., & Leuven, M. (2012). Age and gender differences in depression across adolescence: real or 'bias'?. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(9), 973-985.
- Veiga, F. (2006) Uma nova versão da escala de autoconceito Piers-Harris Children's Self-concept Scale (PHCSCS-2). *Psicologia e Educação*, 5(1), 39-48
- Wasserman, D., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Balazs, J., Bobes J, ..., Hoven, C. (2010). Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): A randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 10, 192. doi:10.1186/1471-2458-10-192
- Weare, K., & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say?. *Health Promotion International*, 26(Suppl. 1), i29-i69.
- World Health Organization (2002). *WHO Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS*. Retirado de <http://qct.who.dk>
- World Health Organization (2013). *Suicide prevention*. Retirado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
- Ystgaard, M., Reinholdt, N.P., Husby, J., & Mehlum, L. (2003). Deliberate self-harm in adolescents. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 123, 2241-2245.

PAINEL “É O CONSUMO DE ÁLCOOL NOS ADOLESCENTES PREOCUPANTE? DESAFIOS”

Na Corda Bamba – Uma Proposta Operativa

Alfredo Frade*, Ana Catarina Raposo**, Ana Margarida Murteiro***, Conceição Chitas****, David Paniagua*****, Elsa Machado Fê*****, Neide Urbano, Rute Gomes*****

Resumo

O *Na Corda Bamba* é um programa conjunto da Unidade de Alcoologia de Lisboa e da Unidade de Desabilitação - Centro das Taipas, que pretende oferecer uma resposta especializada direcionada a adolescentes e jovens, para a prevenção de comportamentos aditivos desenvolvendo a sua atividade ao nível da prevenção indicada com enfoque no indivíduo, família, pares e quando possível nas escolas.

O objetivo geral é a prevenção do consumo de substâncias psicoativas através da promoção dos fatores de proteção e da diminuição dos fatores de risco que favorecem o aparecimento e manutenção destes mesmos comportamentos em adolescentes e jovens.

A metodologia de operacionalização para esta resposta especializada caracteriza-se pela implementação de diversas propostas terapêuticas como: aconselhamento e orientação; informação/sensibilização; treino de competências sociais e pessoais; intervenção familiar; avaliação e acompanhamento médico, psicológico e social individual; psicoterapia; terapia de grupo.

Prevê-se que a implementação seja realizada de forma faseada, iniciando-se com o projeto piloto com a duração de dois anos.

Introdução

A adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta. Os limites cronológicos da adolescência definidos pela Organização Mundial da Saúde são dos 10 aos 19 anos (*adolescents*), sendo definido pela Organização das Nações Unidas um limite entre os 15 e os 24 anos para juventude (*youth*). Por conveniência agrupam-se ambos, os quais se denominam adolescentes e jovens (*adolescents* e *youth*) e estabelece-se o intervalo dos 10 aos 24 anos (Eisenstein, 2005). Nesta fase do desenvolvimento humano verificam-se alterações físicas, cognitivas, emocionais, comportamentais e sociais, bem como a ocorrência de uma parte importante da reorganização do sentido de identidade, envolvendo aspetos do desenvolvimento e estabelecimento de relações.

A tendência para adotar comportamentos de risco aumenta desde a infância até à adolescência, alcançando o seu expoente máximo nesta fase da vida (Steinberg, 2004, 2008). São considerados comportamentos de risco aqueles que acarretam uma elevada possibilidade de consequências adversas (como por exemplo, o consumo de substâncias psicoativas, atividade sexual desprotegida, condução perigosa, delinquência). Assim, os adolescentes e jovens são um grupo de risco, verificando-se uma maior probabilidade de ocorrência de problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas (Direção-Geral da Saúde, 2012).

Na gênese destes comportamentos encontram-se dimensões psicológicas características desta fase tais como a impulsividade e a procura de novidade. Do ponto de vista sociológico, estes comportamentos, muitas vezes acumulativos, visam a aceitação dos pares, a autonomização e diferenciação dos pais, o desafio da autoridade e das convenções (Jessor, 1991; Spear, 2000; Steinberg, 2008). O objetivo final é alcançar uma identidade autónoma e afirmativa, características da fase adulta. Se por um lado, os comportamentos de risco podem colocar a vida em risco, surgem também como determinantes biológicos e normativos (ferramentas que permitem a individuação).

* Psiquiatra da Unidade de Alcoologia de Lisboa
 ** Enfermeira da Unidade de Alcoologia de Lisboa
 *** Enfermeira da Unidade de Alcoologia de Lisboa
 **** Assistente Social da UD-Centro das Taipas
 ***** Enfermeiro da Unidade de Alcoologia de Lisboa
 ***** Psicóloga Clínica da Unidade de Alcoologia de Lisboa
 ***** Psicóloga Clínica da UD-Centro das Taipas

Associado a todos estes fatores há uma elevada vulnerabilidade dado que é um período de neuro-desenvolvimento e de maior plasticidade neuronal, sendo a sua disrupção por substâncias psicoativas responsável por mudanças permanentes para a vida adulta (He & Crews, 2007).

Por outro lado, está igualmente comprovado que a prevalência de uso e abuso de substâncias aumenta linearmente do início para o fim da adolescência. Alguns estudos sugerem que se o consumo de uma substância não foi iniciado até aos 21 anos, é pouco provável que se inicie (Chen & Kandel, 1995).

Nos últimos anos foram realizados vários estudos epidemiológicos a nível nacional (Balsa, Vidal, & Urbano, 2013; Feijão, 2011; Guerreiro, Costa, & Dias, 2013; Matos, 2011) que permitem analisar os padrões e as tendências de consumos de substâncias psicoativas e comportamentos de risco em Portugal, na população adolescente e jovem. Estes estudos revelam indicadores preocupantes, assistindo-se a um aumento nos consumos de substâncias psicoativas e alterações nos padrões de consumo entre os jovens e adolescentes, nomeadamente o *binge drinking* (consumo maciço de bebidas alcoólicas num curto espaço de tempo); o surgimento de consumo de novas substâncias psicoativas, de policonsumos; bem como, o aumento de comportamentos de risco. Face a esta realidade tem-se assistido a uma crescente preocupação das direções das instituições de saúde e dos agentes socioeducativos relativamente ao consumo de substâncias psicoativas e aos comportamentos de risco associados, por parte dos adolescentes e jovens. De igual forma tem-se verificado um aumento das solicitações de apoio de uma resposta especializada à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, nomeadamente Unidade de Alcoologia de Lisboa e à Unidade de Desabitação das Taipas, assim como à Área de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Centro Hospitalar de Lisboa Central.

Neste contexto, emerge a necessidade de uma estratégia concertada de intervenção preventiva nesta problemática, na medida em que o risco que o consumo de substâncias psicoativas implica para a saúde dos adolescentes não deve ser descuidado. A prevenção no âmbito do consumo de substâncias psicoativas pode entender-se como um processo ativo na implementação de ações e estratégias de intervenção que visam modificar, retardar ou evitar o uso e/ou abuso de substâncias psicoativas (Ferreira Borges & Filho, 2007), devendo ser valorizada como a principal estratégia de intervenção nesta problemática (Moreira, 2005).

Atualmente a evidência científica mostra que os fatores de proteção e os fatores de risco, são uma forma de olhar o adolescente como um conjunto de características que atuam como filtro nas suas interações com carácter adaptativo. Em termos conceptuais, fator de risco é um atributo ou característica individual, condição situacional e/ou contexto ambiental que aumenta a probabilidade de uso/abuso de drogas, e fator protetor é um atributo ou característica individual, condição situacional e/ou contexto ambiental que inibe, reduz ou atenua a probabilidade de uso/abuso de drogas (Borsari, & Carey, 2000). Neste contexto, a identificação dos fatores de risco e de proteção é um aspeto estruturante no processo de prevenção dos comportamentos aditivos, ajudando a conhecer o fenómeno em causa e a definir estratégias com vista a redução dos fatores de risco e a promoção dos fatores de proteção nos adolescentes.

No âmbito da intervenção de carácter preventivo, revela-se essencial a implementação de estratégias que vão de encontro às necessidades dos adolescentes e jovens, descentralizadas dos serviços de saúde, de proximidade aos seus contextos de vida, e que possibilitem a intervenção nos fatores que os colocam em risco de vir a desenvolver um quadro de dependência de substâncias psicoativas.

O Programa *Na Corda Bamba* resulta assim de um processo dinâmico, que foi sendo construído com a participação da Unidade de Alcoologia de Lisboa e a da Unidade de Desabitação - Centro das Taipas na busca constante das melhores respostas para os nossos jovens e adolescentes e da necessidade de criar um espaço com uma intervenção mais especializada, atrativa e informal, no Serviço Nacional de Saúde

Propusemo-nos a uma procura incessante de respostas para os problemas que diariamente se colocam aos adolescentes e jovens e aos profissionais que os servem.

Proposta Operativa

A evidência científica demonstra que o carácter multicausal e a constelação de múltiplos fatores favorecem o consumo de substâncias psicoativas, assim e pela sua complexidade não existem estratégias simples de prevenção. As intervenções preventivas no consumo de substâncias psicoativas devem ser globais e continuadas no tempo, devendo pautar-se por fomentar mudanças e a sua manutenção.

A prevenção indicada é o nível de operacionalização ao qual o *Na Corda Bamba* vai recorrer, dirigindo-se a indivíduos que já experimentaram substâncias psicoativas e que têm condutas problemáticas associadas ao seu abuso, pelo que a intervenção junto destes indivíduos requer a elaboração de programas de prevenção específicos.

A equipa tem como características principais a interdisciplinaridade, a coesão, a resistência e resiliência. É constituída por profissionais experientes em diferentes especialidades: Psiquiatria, Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Pedopsiquiatria e Serviço Administrativo. Em complementaridade, o estabelecimento de parcerias e protocolos com entidades de saúde que recebam adolescentes e jovens é uma estratégia assumida pela equipa como absolutamente necessária.

O objetivo geral do Programa é prevenir o consumo de substâncias psicoativas através da promoção dos fatores de proteção e da diminuição dos fatores de risco que favorecem o aparecimento e manutenção deste consumo em adolescentes e jovens. Os objetivos específicos definidos foram: diminuir fatores de risco associados ao consumo de substâncias psicoativas, aumentar os fatores de proteção com base em estilos de vida saudáveis, aumentar a perceção do risco do consumo de substâncias psicoativas, reduzir a severidade e intensidade do consumo de substâncias psicoativas, evitando a progressão para situações mais gravosas nomeadamente a dependência de substâncias e a exposição a outros comportamentos de risco. A população alvo são os jovens com idades compreendidas entre os 10 e os 24 anos com problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas, residentes no concelho de Lisboa ou que frequentem escolas da cidade de Lisboa. Para além do grupo alvo definido, é igualmente relevante intervir noutros grupos alvo estratégicos que vão dar consistência e reforçar toda a intervenção, a família, os pares e quando possível a escola. É esta característica que atribui a especificidade de intervenção preventiva retirando-lhe o carácter de consulta de adolescentes.

Os critérios de exclusão definidos foram: menores que não tenham autorização dos pais ou tutores, os adolescentes e jovens que apresentem critérios de dependência de substâncias (encaminhamento para as estruturas especializadas), pedidos exclusivos de realização de análises toxicológicas, pedidos exclusivos de avaliação psicológica/psiquiátrica, pedidos que não se enquadrem nos objetivos do projeto.

A metodologia de operacionalização da resposta desenvolve-se em 5 fases: o pedido, avaliação inicial (triagem/acolhimento, avaliação individual, avaliação do grupo, avaliação do contexto), elaboração de um Plano Personalizado, intervenção e avaliação. O pedido para integrar o programa pode ser efetuado pelo próprio ou por encaminhamento da escola, pares, pais ou tutores e outras estruturas da saúde e da comunidade.

A avaliação inicial realiza-se na triagem através de uma entrevista. É o primeiro contacto direto com o jovem e/ou família. O objetivo é identificar e clarificar o pedido e proceder à apresentação do programa. Se o pedido efetuado se enquadrar no âmbito do programa dá-se continuidade para o acolhimento. Se o pedido não se enquadrar no âmbito do programa efetua-se o encaminhamento para outras estruturas que possam oferecer uma melhor resposta face ao pedido.

O acolhimento pretende recolher os dados mais relevantes nomeadamente, dados sociodemográficos, dinâmica familiar e social, escolaridade, avaliação dos consumos e expectativas face ao pedido e avaliação da situação atual e passada. Potencialmente pode-se identificar alguns indicadores de alterações e/ou problemas no funcionamento global do jovem, e eventualmente, uma primeira identificação/avaliação dos fatores de risco e de proteção. De salientar que no caso de menores é apresentado o consentimento informado que deverá ser assinado pelos pais ou tutores.

A utilização de um instrumento de deteção dos consumos e seu impacto nas diversas áreas de vida revela-se da maior importância. O *Drug Use Screening Inventory* (Tarter, 1990) é recomendado pelo *Nacional Institute on Drugs and Alcohol*. É um questionário de triagem autoadministrado especificamente desenvolvido para aplicação em adolescentes. É composto por 159 itens para avaliar a gravidade dos problemas de álcool e drogas em 10 domínios: (1) uso da substância, (2) padrões de comportamento, (3) saúde (4) perturbações psiquiátricas, (5) competência social, (6) sistema familiar (7) escola, (8) trabalho, (9) relacionamento com os colegas, (10) lazer / recreação. O tempo de aplicação é relativamente rápido sendo aproximadamente de 20-25 minutos. A totalidade dos indicadores obtidos permite avaliar o nível de risco e elaborar um plano personalizado de intervenção com encaminhamento para as valências internas e externas do programa.

A intervenção caracteriza-se pela implementação de propostas terapêuticas de carácter individual e/ou grupal: informação/sensibilização, entrevista motivacional, aconselhamento psicológico, programas de competências pessoais e sociais, psicoterapia individual, terapia cognitivo-comportamental, intervenção familiar, intervenção grupal e a psicoeducação.

A informação/sensibilização pretende sensibilizar os jovens e as suas famílias, para os efeitos farmacológicos, psicológicos e sociais do consumo de substâncias psicoativas. Estes programas são uma abordagem preventiva mais universal, embora possam ser utilizadas num contexto mais restrito e com outros objetivos. No *Na Corda Bamba* os objetivos são a criação de um kit informativo para ser distribuído às famílias e a criação de um kit de informação para ser distribuído aos jovens e adolescentes.

A entrevista motivacional aplicada a jovens com consumo de substâncias psicoativas tem demonstrado resultados promissores, aumentando o número de dias de abstinência de substâncias psicoativas, diminuição da quantidade consumida, bem como, mudança no estágio motivacional de pré-contemplação e crenças cognitivas associadas às substâncias (Andretta & Oliveira, 2005; Borsari & Carey, 2000). A entrevista motivacional proporciona ao jovem um ambiente acolhedor, de confiança, onde

é escutado sem acusações, procura-se através da empatia e da escuta reflexiva, alternativas para a resolução de problemas, e metas realistas e exequíveis. Os adolescentes são incentivados a examinar os prós e contras de seu uso e criar metas para ajudá-los a atingir um estilo de vida mais saudável (Miller & Rollnick, 2001).

O aconselhamento psicológico é fundamentado na abordagem centrada na pessoa de Carls Rogers, nos seus sentimentos, conflitos e percepções, acreditando na potencialidade do indivíduo e conseqüentemente na capacidade de crescer e dar novos significados à sua vida. O aconselhamento psicológico está relacionado com a resolução de problemas, ao processo de tomada de decisões, ao confronto com crises pessoais, à melhoria das relações interpessoais, à promoção do autoconhecimento e à autonomia pessoal. A psicoterapia centrada na pessoa, estabelece condições facilitadoras ao desenvolvimento do cliente, à medida que o indivíduo se desenvolve, modifica a sua estrutura experiencial, mediante transformações que tanto ocorrem no mundo interior (das necessidades do cliente), quanto no mundo exterior, no que concerne aos meios para se satisfazerem tais necessidades (Rogers, 2005).

Os programas de competências pessoais e sociais são considerados como um processo de promoção da saúde na escola, permitindo o aumento das competências dos adolescentes para lidar consigo, com os outros e com as situações stressantes e desafios do ambiente, levando, como resultado, a escolha de um estilo de vida saudável (e capacidade de o manter), melhorando a qualidade de vida (Gaspar, Matos, Ribeiro, & Leal, 2006). O fortalecimento destas competências permitem aos jovens aumentar os fatores de proteção individual para o consumo de substâncias psicoativas.

A psicoterapia é um método de tratamento mediante o qual um profissional treinado, valendo-se de meios psicológicos, especialmente a comunicação verbal e a relação terapêutica, realiza, deliberadamente, uma variedade de intervenções com o intuito de influenciar um cliente ou paciente, auxiliando-o a resolver problemas de natureza emocional, cognitiva e comportamental, já que ele o procurou com essa finalidade (Strupp, 1978). O programa *Na Corda Bamba* recorre a um leque diverso de modelos teóricos onde as psicoterapias são propostas de acordo com as necessidades específicas e quando estão reunidas condições sendo indispensável a presença de uma tolerância suficiente à frustração e uma motivação persistente.

A terapia cognitivo-comportamental é considerada pela Associação de Psicologia Americana como uma abordagem psicoterapêutica recomendada com elevado grau de recomendação no consumo de substâncias psicoativas demonstrando eficácia na redução de consumos (American Psychological Association, 2005). As técnicas cognitivas comportamentais apresentam-se como úteis na identificação de situações de risco em relação ao consumo de substâncias psicoativas, quer internas, quer externas, e a utilização de estratégias adaptativas para lidar com elas, conseguindo assim um aumento significativo na taxa de abstinência e redução dos consumos.

A evidência científica destaca os fatores familiares como decisivos na prevenção do consumo de substâncias psicoativas e refere que realizar intervenções de sensibilização, informação, e de formação de pais e filhos são vitais para diminuir ou eliminar os fatores de risco bem como para aumentar ou reforçar os fatores de proteção (Becona, 2002). Os objetivos da intervenção familiar são melhorar as relações inter familiares; promover fatores individuais parentais e familiares no contexto familiar; fomentar estratégias comunicacionais; contribuir para a diminuição do uso/ abuso de substâncias psicoativas nos adolescentes através da clarificação das atitudes face ao consumo de substâncias psicoativas, da informação sobre os riscos associados; identificar vulnerabilidades e estimular as competências da família aumentando os fatores protetores e promover relações familiares gratificantes, e estratégias de comunicação eficazes.

A terapia familiar pode ser uma resposta possível e desejada por ambos os membros da família e pretende criar uma atmosfera em que o adolescente e a sua família se sintam validados, em que se transmita um sentimento de esperança e que permita à família e ao jovem perspetivar o seu futuro livre das condicionantes que atualmente existem nas suas vidas (Selekman, 2010).

A intervenção grupal compreende ações estruturadas, com um determinado número de sessões e com várias etapas, com o objetivo mais centrado na grande maioria das vezes na resolução de conflitos; na própria dinâmica do grupo, nos problemas de comunicação, no restabelecimento de normas e limites. Refletir sobre os períodos de tempo livre do jovem adolescente e dos seus projetos.

A psicoeducação tem uma finalidade pedagógica, na medida em que fornece informação clara e explícita com base nos conhecimentos científicos atuais, metodologias ativas; uma finalidade psicológica, a fim de permitir o suporte afetivo, e comportamental, uma vez que possibilita o desenvolvimento de competências sociais. A psicoeducação pode ser desenvolvida individualmente ou em grupo, por diferentes profissionais de saúde, desde que capacitados para lidar com as reações associadas ao tema discutido. Isso porque, embora não seja considerada uma modalidade de psicoterapia, aborda aspetos afetivo emocionais com o intuito de promover mudanças, o que exige certas habilidades do profissional (Andrade, 1999). Os enfoques utilizados são múltiplos enfatizando a informação, o apoio mútuo e a resolução de problemas, muitas vezes ligada a uma corrente terapêutica de intervenção cognitivo comportamental.

A avaliação da intervenção será realizada através de indicadores de resultado e de processo. A avaliação de resultados terá por base a aplicação do *Drug Use Screening Inventory*, bem como de instrumentos específicos de cada proposta terapêutica implementada. A avaliação de processo será efetuada através de indicadores como: a adequação dos recursos; a população abrangida e sua adesão; a execução das propostas terapêuticas, o grau de satisfação dos participantes e os encargos financeiros.

O Programa *Na Corda Bamba* é para a equipa, um desafio e novidade que carece de uma supervisão especializada, pelo que todas as fases de implementação do programa serão orientadas por um supervisor especializado nesta área de intervenção.

Referências Bibliográficas

- American Psychological Association (2005). *Work Group on Substance Use Disorders*. Retirado de <http://www.dsm5.org/progressreports/pages/0811reportofthedsm-vsubstance-relateddisordersworkgroup.aspx>
- Andrade, A (1999). A abordagem psicoeducacional no tratamento do transtorno afetivo bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26(6), 1-8.
- Andretta, I., & Oliveira, M. (2005). Entrevista Motivacional, a técnica da entrevista motivacional na adolescência. *Psicologia Clínica*, 17(2), 127-139.
- Balsa, C., Vidal, C., & Urbano, C. (2013). *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa, 2012 – relatório preliminar*. Lisboa: CESNOVA – Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa/ Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Becona, I.(2002). *Bases Científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegacion del gobierno para el Plano nacional sobre Drogas.
- Borsari, B., & Carey, K. (2000). Effects of brief motivational intervention with college student drinkers. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68, 217-228.
- Chen, K., & Kandel, D. (1995). The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. *American Journal of Public Health*, 85(1), 41–47.
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Norma: Diagnóstico de Policonsumos em Adolescentes e Jovens*. Portugal: DGS.
- Eisenstein, E. (2005). Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolescência e Saúde*, 2(2), 6-7.
- Feijão, F. (2011). *Inquérito Nacional Em Meio Escolar, 2011*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Feijão, F., Lavado, E., & Calado, V. (2011). *Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas; European School Survey on Alcohol and other drugs, Portugal*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Ferreira Borges, C., & Filho, H. (2007). *Intervenções breves. Álcool e outras drogas*. Lisboa: Climepsi.
- Gaspar, T., Matos, M., Ribeiro, J., & Leal, I. (2006). Qualidade de vida e bemestar em crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(2), 47-60.
- Guerreiro, C., Costa, J., & Dias, L. (2013). *Estudo Sobre Consumos, Representações e Perceções das Novas Substâncias Psicoativas entre Estudantes Universitários, 2013 – Dados preliminares*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- He, J., & Crews, F. (2007). Neurogenesis decreases during brain maturation from adolescence to adulthood. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 86(2), 327-333.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12(8), 597-605.
- Matos, M. (Coord.). (2011). *Health Behaviour in School-aged Children, dados nacionais 2010*. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais – IHMT – UNL / FMH - Universidade Técnica de Lisboa.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2001). Princípios da entrevista motivacional. In: W. Miller & S. Rollnick (eds), *Entrevista motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos (pp.61-70)*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Moreira, P. (2005). *Para uma prevenção que previna*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Rogers, C. (2005). *Psicoterapia e consulta psicológica*. São Paulo: Martins Fontes.
- Selekman, M. (2010). *Collaborative Therapy with Children*. New York: The Guilford Press.
- Spear, L. (2000). The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 24(4), 417-463.

- Steinberg, L. (2004). Risk taking in adolescence: what changes, and why?. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 51-58.
- Steinberg, L. (2008). A Social Neuroscience Perspective on Adolescent Risk-Taking. *Development Review*, 28(1), 78-106.
- Strupp, H. (1978). Psychotherapy research and practice: An overview. In S. Garfield, & A. Bergin (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp.3-22). New York: Jonh Willey & Sons.
- Tarter, R. (1990). Evaluation and treatment of adolescent substance abuse: a decision tree method. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 16, 1-46.

PAINEL “É O CONSUMO DE ÁLCOOL NOS ADOLESCENTES PREOCUPANTE? DESAFIOS”

Promoção da literacia acerca do abuso de álcool: intervenção em contexto escolar*

Ana Teresa Pedreiro**

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde mental como “Um estado de bem-estar em que o indivíduo percebe a sua própria capacidade, pode lidar com o stress normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva, e é capaz de trazer uma contribuição para a sua comunidade” (World Health Organization, 2001, p.1). Ao longo da vida, os indivíduos poderão experienciar alterações ao nível da saúde mental, denominados de problemas de saúde mental. Os estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que, nas sociedades modernas, os problemas de saúde mental e as perturbações psiquiátricas se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade (Santos, Erse, Simões, Façanha, & Marques, 2012). Em 2001, a OMS afirma que 1 em cada 5 adolescentes poderá desenvolver uma perturbação mental. A adolescência e a juventude são as faixas etárias pico para o surgimento de uma doença mental. Metade das pessoas que irá sofrer de uma perturbação mental experienciará o seu primeiro episódio antes dos 18 anos de idade, sendo o despoletar precoce de uma perturbação um preditor de episódios futuros (Kelly et al., 2011). Quanto mais cedo forem detetados e sinalizados os adolescentes e jovens que estão a demonstrar os primeiros sinais e a vivenciar os primeiros sintomas de uma perturbação mental, melhores serão os resultados em saúde. O reconhecimento precoce das perturbações mentais irá permitir o encaminhamento para o profissional de saúde adequado, aquando do despoletar da perturbação, evitando o agudizar da mesma e a evolução para situações de cronicidade (Loureiro, Mendes et al., 2012), reduzindo custos futuros para o Sistema Nacional de Saúde.

Uma vez que os adolescentes e jovens passam grande parte do seu dia na escola, as ações de promoção da saúde mental e de educação para a saúde mental a eles dirigidas devem ser realizadas em contexto escolar. Estas ações têm demonstrado ser eficazes quando são ancoradas no pilar que é a literacia em saúde mental, conceito central deste trabalho. Nesta faixa etária o reduzido nível de literacia em saúde mental é responsável pela perpetuação do estigma, agravamento dos sintomas, adiamento da procura de ajuda profissional, agravado nos adolescentes e jovens com reduzido nível de interação com o sistema de saúde (Loureiro, Correia, Pedreiro, & Mendes, 2012). Embora a literacia em saúde mental assuma grande importância, não existem muitos estudos em Portugal que a avaliem ou a promovam junto de adolescentes e jovens.

Assim, este trabalho pretende ser um contributo no desenvolvimento de programas de avaliação e promoção da saúde mental em contexto escolar, tendo como objetivos centrais: 1) caracterizar o nível de literacia em saúde mental acerca do abuso de álcool em adolescentes e jovens do ensino secundário que frequentam uma escola da região centro de Portugal Continental; 2) avaliar o efeito de um programa de intervenção educacional dirigido, com suporte em website, ao nível das componentes da literacia em saúde mental na perturbação referida.

Literacia em Saúde Mental

A literacia em saúde mental, dentro do conceito mais amplo de literacia em saúde, merece ser considerada, devido à elevada prevalência das perturbações mentais, estimando a OMS (2001) que 10 a 20% das pessoas sofra de pelo menos uma doença mental, ao longo da sua vida.

O conceito de literacia em saúde mental foi definido em 1997, por Jorm et al., como os conhecimentos e crenças acerca das perturbações mentais que ajudam no seu reconhecimento, gestão e prevenção. Em 2000, Jorm definiu os componentes dentro do conceito de literacia em saúde mental, sendo estes: a capacidade de reconhecer perturbações específicas ou diferentes tipos

* No âmbito do projeto Educação e Sensibilização para a Saúde Mental: Um Programa de Intervenção com base na Escola para Adolescentes e Jovens [PTDC/CPF-CED/112546/2009], inscrito na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC), 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.

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

de sofrimento psicológico; conhecimentos e crenças sobre fatores de risco e causas; conhecimentos e crenças sobre intervenções de autoajuda; conhecimentos e crenças sobre ajuda profissional disponível; atitudes que facilitam o reconhecimento e a procura de ajuda apropriada; e conhecimentos sobre como procurar informação sobre saúde mental.

Desta definição e suas componentes depreende-se que uma inexistente ou reduzida literacia em saúde mental vai implicar um não reconhecimento dos sinais ou sintomas das diferentes perturbações mentais, o desconhecimento sobre fontes de ajuda e consequente adiamento da procura de ajuda. No último componente da definição encontramos a procura de informação sobre saúde mental, tendo este componente especial relevância neste contexto porque as intervenções realizadas são baseadas num website, possibilitando aos jovens não só a aquisição de conhecimento imediato, como também, uma procura de informação a posteriori.

Abuso de Álcool em Adolescentes e Jovens

O álcool é a substância psicoativa mais consumida no mundo (Barroso, Mendes, & Barbosa, 2009), sendo também aquela que acarreta mais consequências para a saúde pública. O peso das doenças e morbilidades atribuídas ao álcool situa-se entre os 8% e os 10%, nos países pertencentes à União Europeia (European Commission, 2007).

Em Portugal, o consumo de álcool é social e culturalmente aceite, sendo um dos países com maior consumo de bebidas alcoólicas do mundo (Rodrigues, Pereira, & Barroso, 2005). Os comportamentos de consumo iniciam-se cada vez mais cedo, ocorrendo o primeiro consumo por volta dos 12 anos, aumentando progressivamente com a idade. O início precoce do consumo de bebidas alcoólicas está associado a diversos comportamentos-problema tais como relações sexuais desprotegidas, violência, acidentes automóveis, absentismo escolar e no emprego, aumento do risco de consumo de outras drogas e o abuso de álcool no futuro (Barroso et al., 2009). Tem-se verificado um aumento do consumo de bebidas alcoólicas entre os alunos do secundário (Feijão, Lavado, & Calado, 2011). O consumo de álcool parece, também, assumir um caráter de ritual na integração do adolescente no grupo de pares.

Existem diversos fatores que contribuem para o início do consumo na adolescência, com destaque para o consumo de álcool pelos pais e familiares, a acessibilidade às bebidas alcoólicas e a influência dos *mass media* e dos pares. A exposição ao álcool durante o período da adolescência poderá ter implicações imediatas e no futuro, interrompendo ou prejudicando a maturação cerebral (Barroso, 2012). O desenvolvimento biológico pode, assim, ficar comprometido, bem como o desenvolvimento psicossocial, devido às situações de risco acima mencionadas.

A promoção da saúde no âmbito do álcool deve ter como cenário, o contexto escolar, porque, para além das razões mencionadas na depressão, é nestas idades, como vimos, que os adolescentes e jovens estão em risco máximo para o início dos consumos. As intervenções de educação para a saúde sobre álcool e seus consumos, em contexto escolar, devem ser facilitadoras da geração de comportamentos saudáveis e de promoção de estilos de vida saudáveis.

Intervenção em Escola

Metodologia

A abordagem que se preconiza neste estudo é quantitativa multinível (Goodwin, 2009). Num primeiro momento, foi realizado um estudo descritivo-exploratório (nível I) com a aplicação de um instrumento de avaliação da literacia em saúde mental a alunos de uma escola secundária da região centro de Portugal Continental. No segundo momento, que corresponde à intervenção, foi utilizado um desenho pré-experimental (nível IV) com avaliação pré e pós-teste. Assim, a questão de investigação e hipótese é apresentada na sequência dos objetivos e da abordagem. A questão de investigação que orientou este trabalho foi: Qual o nível de literacia em saúde mental de adolescentes e jovens na perturbação abuso de álcool, em termos de: a) Capacidade de reconhecer perturbações específicas ou diferentes tipos de sofrimento psicológico; b) Conhecimento sobre ajuda profissional e tratamentos disponíveis; c) Conhecimento sobre a eficácia das estratégias de autoajuda; d) Conhecimento e competências sobre o modo como prestar a primeira ajuda e apoio aos outros; e) Conhecimento sobre como se podem prevenir as perturbações mentais? Para responder à questão de investigação a seguinte hipótese foi formulada: A frequência do programa de intervenção educacional dirigido, com suporte em website, contribui para o aumento da literacia em saúde mental.

A variável dependente deste estudo é a literacia em saúde mental nas componentes já referidas. Corresponde aos conhecimentos e crenças que permitem reconhecimento, gestão e prevenção das perturbações mentais em favor do próprio ou dos seus pares. A variável independente responde à intervenção protagonizada. Esta intervenção é composta por sessões presenciais em sala de aula (três sessões com duração total de 4,5 horas) e simultaneamente acesso continuado a um website.

Como este projeto de intervenção se insere num projeto mais vasto, já existiam autorizações concedidas pela Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC) do Ministério da Educação para a administração do instrumento nas escolas da zona de abrangência da Direção Regional de Educação do Centro. Contudo, numa primeira fase, foi formulado o pedido de autorização ao Agrupamento de Escolas para a realização do estudo, tendo sido este autorizado, conforme explicitado na descrição do Instrumento.

Na segunda fase, foi administrado um questionário de avaliação da literacia em saúde mental a uma amostra de 40 alunos do Agrupamento de Escolas. A direção do Agrupamento não permitiu a identificação dos alunos ou dos questionários pelo que não foi possível o emparelhamento nas fases posteriores. Este questionário foi administrado após a autorização referida, em outubro. Na terceira fase, 30 alunos foram submetidos ao projeto de intervenção descrito neste trabalho. Como apenas 30 alunos assistiram às sessões, decidimos selecionar 30 elementos da amostra anterior para facilitar a comparação entre momentos. A quarta fase foi realizada logo após as três sessões definidas, tendo sido novamente administrado o questionário de avaliação da literacia em saúde mental a 29 alunos pois um aluno não pode estar presente.

Na quinta fase realizou-se o terceiro momento de avaliação que ocorreu um mês após a realização da última sessão do projeto, com os 30 alunos que assistiram às intervenções. A avaliação após um mês da intervenção foi realizada noutros estudos internacionais que revelaram melhores resultados após este período de tempo (Coles & Coleman, 2010; O’Kearney, Kang, Christensen, & Griffiths, 2008; Pinto-Foltz, Logsdon, & Myers, 2011).

Amostra

A amostra utilizada é uma amostra aleatória por *clusters* de adolescentes e jovens portugueses que frequentam as escolas do 3.º ciclo do ensino básico e secundário. Para a intervenção foram selecionados aleatoriamente 30 alunos de uma escola secundária da região centro de Portugal Continental, tendo a Direção do Agrupamento de Escolas autorizado a realização da intervenção e a respetiva colheita de dados.

Como se pode observar na Tabela 1, a amostra é composta maioritariamente por elementos do sexo masculino e as idades variam entre os 16 e os 22 anos de idade, com uma média de idades de 17.77 e um desvio padrão de 1.17. Verificamos também que a escolaridade dos pais é reduzida concentrando-se na 4ª classe e 6º ano, no caso dos pais, e na 4ª classe e 9º ano, no caso das mães. Esta distribuição absoluta e percentual corresponde aos momentos de avaliação T1 e T2.

Tabela 1 - Distribuição absoluta e percentual das características da amostra (N=30)

	N	%
Género		
Masculino	21	70.0
Feminino	9	30.0
Idade		
16.00	3	10.0
17.00	9	30.0
18.00	13	43.3
19.00	4	13.3
22.00	1	3.3
Habilitações literárias do pai		
Ensino básico – 1º Ciclo (antiga 4ª classe)	10	34.5
Ensino básico – 2º Ciclo (Ensino preparatório – antigo 6º ano)	10	34.5
Ensino básico – 3º Ciclo – Curso geral dos liceus (9º ano)	6	20.7
Ensino secundário (Curso complementar dos liceus)	3	10.3
Habilitações literárias da mãe		
Ensino básico – 1º Ciclo (antiga 4ª classe)	10	33.3
Ensino básico – 2º Ciclo (Ensino preparatório – antigo 6º ano)	8	26.7
Ensino básico – 3º Ciclo – Curso geral dos liceus (9º ano)	10	33.3
Ensino secundário (Curso complementar dos liceus)	2	6.7

Instrumento

Neste estudo foi utilizado o QuALiSMental, Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental, versão validada para a população Portuguesa por Loureiro, Pedreiro, e Correia (2012) a partir do *Survey of Mental Health Literacy in Young People* (Jorm et al., 1997). Antes da apresentação das vinhetas, são colocadas questões sociodemográficas. Posteriormente, são apresentadas três vinhetas que descrevem casos fictícios de depressão, esquizofrenia e problemas associados ao consumo de álcool, segundo os critérios de diagnóstico da DSM-IV-TR (American Psychiatric Association (APA), 2002), sendo abordados neste trabalho apenas a terceira, que se apresenta de seguida:

“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.”

Para cada vinheta o questionário é constituído por 9 secções que incluem os seguintes domínios: a) Reconhecimento das perturbações; b) Ações de Procura de Ajuda e Barreiras percebidas; c) Crenças e intenções sobre prestar a primeira ajuda; d) Crenças sobre intervenções; e) Crenças sobre Prevenção; f) Atitudes Estigmatizantes e Distância Social; g) Exposição (familiaridade) com as perturbações mentais; h) Impacto das campanhas e da exposição nos meios de comunicação. No final é apresentada a versão breve do ICDM – Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais (Loureiro, 2008). O QuALiSMental foi submetido à DGIDC do Ministério da Educação a solicitar autorização e à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da ESEnFC. Em ambos os casos o parecer foi positivo (Loureiro, Pedreiro, & Correia, 2012). Dadas as características da amostra, composta na sua maioria por menores, o QuALiSMental foi acompanhado de um consentimento informado a ser assinado pelo Encarregado de Educação ou pelo aluno, quando maior de 18 anos.

Intervenção – Sessões

Foram realizadas três sessões com uma duração total de 4,5 horas. Estas sessões foram realizadas em contexto de sala de aula, sempre com a presença de um professor da escola. As sessões são apoiadas no website Feliz Mente, em <http://felizmente.esenfc.pt>, criado no âmbito do projeto Educação e Sensibilização para a Saúde Mental: Um Programa de Intervenção com base na Escola para Adolescentes e Jovens [PTDC/CPE-CED/112546/2009]. Neste artigo, analisamos apenas a primeira e última sessão.

Primeira Sessão

No início da primeira sessão, que decorreu em outubro de 2012, e como forma de suscitar o interesse dos alunos, aproximá-los e estabelecer uma relação com eles, foram utilizadas algumas estratégias e jogos. Esta sessão teve a duração de 90 minutos.

Nesta sessão, foram explicitados conteúdos relacionados com saúde mental, perturbações mentais, estigma, estratégias de autoajuda e primeira ajuda em saúde mental. O objetivo geral definido para esta sessão foi que os alunos soubessem o que é saúde mental, identificando as diferenças entre sinais e sintomas em perturbações mentais, conhecendo os profissionais de saúde a que devem recorrer numa situação de perturbação mental e sabendo como prestar a primeira ajuda a um amigo que sofra de uma perturbação mental.

A primeira sessão teve início com a apresentação da mesma e a sua contextualização. De seguida, foi mostrado o website Feliz Mente e realizado o questionário sobre o tema da saúde mental (disponível em <http://www.esenfc.pt/qst2/felizmente/index.php?type=mental-disorders>). Posteriormente, realizou-se o jogo do *Doente Mental* em que foi solicitado aos alunos que se comportassem como eles pensam que se comporta uma pessoa que sofra de uma perturbação mental. Os alunos são livres de andar pela sala e agir conforme quiserem. Verificamos que estes fazem diversos gestos, alteram a forma de andar, de falar, emitindo sons. Este jogo permite que quem ganhe sejam os alunos que ainda não estavam a interagir com a atividade porque são aqueles que não alteram a sua forma de estar e de comportamento, fazendo-os assim perceber que as perturbações mentais não alteram o exterior dos indivíduos, podendo acontecer a qualquer um. O jogo permitiu, assim, cativar todos os alunos da sala de aula.

Esta abordagem inicial e a realização do jogo permitiram perceber quais as dificuldades que estes alunos apresentam relativamente aos conceitos de saúde e doença mental. Tiveram, também, a possibilidade de colocar questões sobre o questionário realizado, bem como, de clarificar outro tipo de dúvidas, antes da apresentação das características de uma pessoa com saúde mental.

Para esta fase inicial, foi necessário um computador com acesso à Internet e um projetor bem como um quadro e canetas de feltro. Esta parte da sessão teve a duração de 35 minutos. Como resultado, conseguimos avaliar quais os conhecimentos que este grupo de alunos tinha sobre as perturbações mentais e contestar algumas ideias pré-concebidas.

Em seguida, foram apresentadas diferentes perturbações mentais, através da apresentação de um *Power Point*, que condensa informação sobre a Depressão, o Abuso de Álcool, a Esquizofrenia, o Stress e a Ansiedade e as Perturbações Alimentares (Anorexia e Bulimia). Após a descrição de cada uma das perturbações, são apresentados os diferentes sinais e sintomas de cada uma, dando relevância aos sinais que podem observar em alguém próximo. São também apresentados os profissionais de saúde a que devem aceder caso precisem de ajuda na área da saúde mental. Para terminar o método expositivo, são apresentadas e descritas as estratégias para ajudar um amigo que esteja a experienciar uma destas perturbações mentais. Estas estratégias designam-se por ANIPI e consagram os procedimentos que os alunos podem pôr em prática para ajudar um amigo que sofra de uma perturbação mental. O acrónimo ANIPI designa as seguintes estratégias: 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; e Incentivar o recurso a outros apoios.

Estas estratégias não substituem o diagnóstico de um profissional de saúde, têm como objetivo capacitar os alunos para reconhecerem os sinais num colega ou amigo e o seu encaminhamento para um profissional de saúde adequado.

Foram distribuídos diferentes papéis que continham diferentes sinais e sintomas de um adolescente saudável e de outro com uma perturbação mental. Cada um dos alunos tem que colocar a respetiva característica no lugar adequado, tendo sido incentivado o debate e a troca de ideias neste processo.

Para explicar de que forma se deve aceder aos cuidados de saúde e como contactar os profissionais de saúde, foi construído um esquema no quadro, com a intervenção dos alunos. Neste esquema foram colocados todos os profissionais de saúde que os alunos enumeram na atividade anterior, quando são chamados a expressar as suas ideias sobre saúde mental. O sistema nacional de saúde e a forma como se acede aos diferentes profissionais são explicitados aos alunos. Com recurso ao website são apresentados os centros de saúde da zona de residência e a rede de recursos que contém todas as associações, instituições particulares de segurança social e organizações não-governamentais que se dedicam a ajudar pessoas que sofrem de perturbações mentais ou as suas famílias.

Esta primeira sessão terminou com uma síntese dos conteúdos apresentados e com a colocação de questões gerais e para o grupo. Esta fase final permite, também, que os alunos coloquem questões, esclarecendo dúvidas que possam surgir ao longo da sessão.

Segunda Sessão

A sessão dois decorreu em março de 2013, teve como tema central o Abuso de Álcool e a duração de 90 minutos. O objetivo geral desta sessão foi que os alunos reconhecessem o abuso de álcool como uma perturbação mental. Como objetivos específicos considerámos a caracterização do abuso de álcool, a identificação dos principais sinais e sintomas de uma perturbação relacionada com o abuso de álcool, o conhecimento dos profissionais de saúde a quem recorrer numa situação de abuso de álcool e o conhecimento de estratégias para ajudar um amigo com uma perturbação relacionada com o abuso de álcool.

Para iniciar a sessão, realizou-se o questionário online sobre Abuso de Álcool (disponível em <http://www.esenfc.pt/qst2/felizmente/index.php?type=alcohol>). Esta realização do questionário permite que os alunos percebam as dificuldades que sentem nesta temática e, também, que se inicie o debate sobre esta problemática.

Para desconstruir a ideia de que todos os adolescentes bebem, foram colocadas as questões se eles bebem e se acham que os colegas bebem. A partir destas questões, tentamos que estes alunos percebam que a ideia de que todos os adolescentes e jovens bebem é errada e esta perceção pode fazer com que iniciem o consumo, para se sentirem integrados.

Foi apresentada uma garrafa de álcool etílico aos alunos e foi-lhes colocada a questão se o álcool que aquela garrafa contém é o mesmo que está presente nas garrafas de bebidas alcoólicas. Com a explicação de que o álcool é o mesmo elemento, o que varia é a concentração, inicia-se um debate sobre o teor alcoólico das diferentes bebidas. É explicitado, através do recurso a imagens projetadas, que o teor alcoólico de um copo de fino (200 cl), um copo de vinho (40 cl) e um copo de whisky (3 cl) é igual pois varia a concentração de álcool.

Através da apresentação de um *Power Point*, são explicados os malefícios do consumo abusivo de álcool e caracterizado um consumo moderado de álcool. É feita a distinção entre consumo abusivo de álcool e alcoolismo e explicitada a passagem de um consumo abusivo para uma situação de alcoolismo.

À semelhança do que aconteceu na sessão dois, são distribuídos diferentes papéis com sinais e sintomas de uma pessoa com uma perturbação de consumo abusivo de álcool e uma pessoa que sofre de alcoolismo. Os alunos, em grupos de dois, têm que colocar cada uma em cestos previamente colocados em cima da mesa e devidamente identificados. As características são depois retiradas uma a uma e é explicado porque estão no sítio certo ou errado.

Como aconteceu na sessão anterior, foi construído um esquema, com ajuda dos alunos, para ajudar a explicar o acesso aos cuidados de saúde em Portugal. A identificação dos profissionais de saúde que podem ser úteis numa situação de abuso de álcool é realizada pelos alunos, mediante a aprendizagem realizada nas sessões anteriores. Em seguida, são apresentadas as estratégias ANIPI através do website Feliz Mente, com a apresentação de uma história de um adolescente com comportamentos de consumo abusivo de álcool. Os alunos são chamados a apontar os sinais de alerta na história apresentada, caso o jovem da história fosse seu colega ou amigo.

Para terminar, foi realizada uma síntese de todos os conteúdos apresentados e colocadas questões ao grupo. Foi também dado espaço para que os alunos colocassem questões sobre o abuso de álcool ou outras questões que possam ter surgido durante a última sessão.

Resultados

Os resultados apresentados contêm as frequências absolutas, indicando o número de alunos que assinala cada categoria, em cada momento. As frequências percentuais, entre parêntesis, representam a comparação e a evolução entre os três momentos de avaliação. O teste χ^2 foi realizado para avaliar a evolução de um momento para o outro e verificar se existe significância estatística na mudança entre os momentos. Este teste não foi realizado quando o número de alunos a assinalar uma opção era inferior a 15 no somatório dos três momentos.

A Tabela 2 apresenta os resultados para o reconhecimento do abuso de álcool. À pergunta “O que é que se passa com o Jorge?”, a opção mais assinalada foi alcoolismo nos três momentos, existindo diferenças estatisticamente significativas entre eles.

Para avaliar o conhecimento sobre ajuda profissional e pessoas que podem ajudar numa situação semelhante à da vineta, os alunos tinham que assinalar a sua opinião sobre a utilidade de cada um dos profissionais de saúde e outras pessoas apresentadas, podendo também considerá-los prejudiciais.

Para este artigo apresentamos apenas os resultados no que concerne a utilidade (Tabela 3), sendo isto válido nas questões subsequentes. Podemos verificar que o psicólogo, o médico de família e o psiquiatra são os considerados mais úteis na ajuda formal enquanto o familiar próximo e o amigo também apresentam valores elevados.

Tabela 2 - Distribuição das frequências absolutas e percentuais para as categorias do reconhecimento do Abuso de Álcool (N=30)

	T0	T1	T2	χ^2
Não sei	3 (16.7)	4 (22.2)	11 (61.1)	6.333*
Nada	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	---
Depressão	3 (15.0)	9 (45.0)	8 (40.0)	3.100
Esquizofrenia	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	^a
Psicose	1 (33.3)	0 (0.0)	2 (66.7)	^a
Doença mental	1 (11.1)	5 (55.6)	3 (33.3)	^a
Bulimia	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	^a
Stress	2 (12.5)	7 (43.8)	7 (43.8)	3.125
Esgotamento nervoso	1 (10.0)	5 (50.0)	4 (40.0)	^a
Abuso de substâncias	21 (42.9)	19 (38.8)	9 (18.4)	5.061
Crise da idade	4 (36.4)	3 (27.3)	4 (36.4)	^a
Problemas Psicológicos	3 (23.1)	8 (61.5)	2 (15.4)	^a
Anorexia	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	^a
Problema	5 (27.8)	5 (27.8)	8 (44.4)	1.000
Alcoolismo	23 (47.9)	16 (33.3)	9 (18.8)	6.125*

* $p < 0.05$; ^a) não cumpre critério para teste χ^2

Em relação à utilidade de medicamentos e outros produtos disponíveis, foram apresentadas diversas opções que os alunos tinham que considerar úteis e prejudiciais.

Tabela 3 - Distribuição das frequências absolutas e percentuais para Utilidade de Profissionais de Saúde e Pessoas Próximas: Abuso de Álcool (N=30)

	T0	T1	T2	χ^2
Um médico de família	25 (33.3)	28 (37.3)	22 (29.3)	0.720
Um professor	11 (27.5)	14 (35.0)	15 (35.7)	0.650
Um psicólogo	23 (33.3)	24 (34.8)	22 (31.9)	0.086
Um enfermeiro	17 (33.3)	19 (37.3)	15 (29.4)	0.470
Um assistente social	9 (34.6)	9 (34.6)	8 (30.8)	0.077
Um psiquiatra	15 (27.8)	21 (38.9)	18 (33.3)	1.000
Um serviço telefónico de aconselhamento	6 (25.0)	10 (41.7)	8 (33.3)	1.000
Um familiar próximo	22 (34.9)	23 (36.5)	18 (28.6)	0.666
Um amigo significativo	19 (31.1)	25 (41.0)	17 (27.9)	1.704

* $p < 0.05$; a) não cumpre critério para teste χ^2

Verificamos a predominância da crença da utilidade das vitaminas e dos chás, nos três momentos de avaliação. No abuso e álcool, os tranquilizantes/calmanes são assinalados como úteis (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição das frequências absolutas e percentuais para Utilidade de Medicamentos/Produtos: Abuso de Álcool (N=30)

	T0	T1	T2	χ^2
Vitaminas	8 (22.2)	13 (36.1)	15 (41.7)	2.167
Chás (Exs.: Camomila ou Hipericão)	12 (27.3)	15 (34.1)	17 (38.6)	0.864
Tranquilizantes/Calmanes	7 (26.9)	8 (30.8)	11 (42.3)	1.000
Antidepressivos	0 (0.0)	4 (33.3)	8 (66.7)	a
Anti-psicóticos	5 (35.7)	4 (28.6)	5 (35.7)	a
Comprimidos para dormir	2 (22.2)	2 (22.2)	5 (55.6)	a

* $p < 0.05$; a) não cumpre critério para teste χ^2

No que concerne a utilidade de atividades que podiam ajudar num caso semelhante ao da vinheta eram apresentadas diversas atividades, tendo os alunos que assinalar a sua opinião para a utilidade ou não de cada atividade.

Para a vinheta do Abuso de Álcool (Tabela 5), as opções mais assinaladas são fazer exercício físico e praticar treino de relaxamento enquanto os menos assinalados são o utilizar bebidas alcoólicas e o fumar.

Para avaliar o conhecimento e competências para ajudar a pessoa na vinheta eram apresentadas diversas opções que poderiam utilizar para ajudar o Jorge e, à semelhança das questões anteriores, os alunos tinham que assinalar a utilidade de cada uma.

Tabela 5 - Distribuição das frequências absolutas e percentuais para Utilidade de Estratégias de Autoajuda: Abuso de Álcool (N=30)

	T0	T1	T2	χ^2
Fazer exercício físico	26 (33.8)	28 (36.4)	23 (29.9)	0.494
Praticar treino de relaxamento	21 (33.3)	24 (38.1)	18 (28.6)	0.857
Praticar meditação	13 (27.1)	18 (37.5)	17 (35.4)	0.875
Fazer acupunctura	9 (28.1)	12 (37.5)	11 (34.4)	0.438
Levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol	14 (29.2)	16 (33.3)	18 (37.5)	0.779
Fazer terapia com um profissional especializado	21 (36.8)	20 (35.1)	16 (28.1)	0.737
Consultar um site que contenha informação sobre o problema	17 (34.0)	19 (38.0)	14 (28.0)	0.760
Ler um livro de autoajuda sobre o problema	17 (33.3)	21 (41.2)	13 (25.5)	1.882
Juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas similares	17 (36.2)	18 (38.3)	12 (25.5)	1.319
Procurar ajuda especializada de saúde mental	8 (20.0)	19 (47.5)	13 (32.5)	4.550
Utilizar bebidas alcoólicas para relaxar	2 (20.0)	5 (50.0)	3 (30.0)	a
Fumar para relaxar	1 (11.1)	5 (55.6)	3 (33.3)	a

* $p < 0.05$; a) não cumpre critério para teste χ^2

Para a vinheta do abuso de álcool (Tabela 6), as opções mais assinaladas foram também *ouvir os seus problemas de forma compreensiva* e *sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado* nos três momentos de avaliação, sem diferenças significativas entre eles.

Tabela 6 - Distribuição das frequências absolutas e percentuais para Utilidade de Estratégias de Primeira Ajuda: Abuso de Álcool (N=30)

	T0	T1	T2	χ^2
Ouvir os seus problemas de forma compreensiva	27 (34.6)	28 (35.9)	23 (29.5)	0.538
Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente	14 (26.4)	20 (37.7)	19 (35.8)	1.170
Sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado	24 (33.3)	26 (36.1)	22 (30.6)	0.333
Marcar uma consulta no Médico de Família com o seu conhecimento	20 (32.3)	23 (37.1)	19 (30.6)	0.419
Perguntar se tem tendências suicidas	4 (22.2)	9 (50.0)	5 (27.8)	3.250
Sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas	0 (0.0)	1 (20.0)	4 (80.0)	a
Reunir o grupo de amigos para o animar	21 (38.2)	21 (38.2)	13 (23.6)	2.327
Não valorizar o seu problema, ignorando-o até que se sinta melhor	4 (23.5)	8 (47.1)	5 (29.4)	a
Mantê-lo ocupado para que não pense tanto nos seus problemas	18 (31.6)	23 (40.4)	16 (28.1)	1.368
Incentivá-lo a praticar exercício físico	22 (36.1)	21 (34.3)	18 (29.5)	3.469

* $p < 0.05$; a) não cumpre critério para teste χ^2

Para avaliar o conhecimento sobre a prevenção de perturbações mentais, eram apresentadas diversas opções que os alunos teriam de assinalar conforme considerassem que o risco de desenvolver uma perturbação como a da vinheta diminuía com a realização daquela atividade.

No abuso de álcool (Tabela 7), a opção mais assinalada é a prática de exercício físico, tendo o contacto com a família e os amigos valores também elevados. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os três momentos.

Tabela 7 - Distribuição das frequências absolutas e percentuais para Crenças sobre Prevenção: Abuso de Álcool (N=30)

	T0	T1	T2	χ^2
Praticassem exercício físico	25 (33.3)	29 (38.7)	21 (28.0)	1.280
Evitassem situações geradoras de stresse	21 (33.9)	23 (37.1)	18 (29.0)	0.613
Mantivessem o contacto regular com amigos	25 (35.7)	25 (35.7)	20 (28.6)	0.714
Mantivessem o contacto regular com a família	26 (36.6)	26 (36.6)	19 (26.8)	1.380
Não utilizassem drogas	20 (32.3)	26 (41.9)	16 (25.8)	2.452
Não bebessem bebidas alcoólicas	21 (34.4)	24 (39.3)	16 (26.2)	1.607
Praticassem atividades relaxantes regularmente	17 (28.8)	23 (39.0)	19 (32.2)	0.949
Tivessem uma crença religiosa ou espiritual	7 (25.9)	10 (37.0)	10 (37.0)	0.667

* $p < 0.05$; a) não cumpre critério para teste χ^2

Discussão

Os resultados obtidos serão discutidos procurando dar resposta às questões elaboradas no início desta intervenção. Na vinheta de Abuso de Álcool, verificamos que as intervenções realizadas junto dos alunos não tiveram um efeito muito positivo, tendo diminuído o número de alunos que rotula corretamente o problema da vinheta como Abuso de Substâncias. Contudo, as opções 'abuso de substâncias' e 'alcooolismo' continuam a ser as mais assinaladas pelos alunos, nos três momentos de intervenção. Este reconhecimento é complexo, à semelhança de outro estudo realizado em Portugal por Loureiro, Barroso, et al. (2013), pois existe um número elevado de alunos que rotula a situação como alcooolismo, revelando uma generalização atual do termo alcoólico e alcooolismo, traduzido na rotulação exagerada da situação (Schomerus et al., 2011) o que revela um desconhecimento sobre o que é uma situação de alcooolismo. Contudo, verificamos que diminui o número de alunos que assinala a opção *alcooolismo*, indiciando uma maior compreensão do problema, tendo este resultado significância estatística. Aumentou o número de alunos que assinala a opção *tem um problema*, revelando os efeitos positivos das intervenções, embora sem significância estatística.

Relativamente ao conhecimento sobre ajuda profissional e tratamentos disponíveis, verificamos que, embora o reconhecimento das perturbações mentais por este grupo de alunos seja baixo, estes acreditam na utilidade dos diversos profissionais de saúde apresentados. Verificamos que, à semelhança de outros estudos (Loureiro, Jorm et al., 2013; Loureiro, Barroso et al., 2013), os alunos valorizam a ajuda informal, junto de familiares e amigos, para as duas vinhetas apresentadas. A valorização da ajuda informal é importante pois sabemos que, muitas vezes, é por sugestão de familiares de amigos que os adolescentes e jovens procuram ajuda em casos de perturbação mental (Jorm, 2012; Rickwood, Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2005).

Os alunos consideram útil o psicólogo, o médico de família e um familiar próximo e um amigo significativo, indiciando a compreensão da necessidade de ajuda externa, tanto profissional como informal. Verificamos que existe uma valorização da proximidade da relação, sendo o serviço telefónico de aconselhamento a opção menos assinalada nos três momentos. A valorização do psicólogo e do médico de família pode estar relacionada com a proximidade destes profissionais de saúde pois o Agrupamento de Escolas tem um psicólogo disponível e o médico de família é a fonte de ajuda primária nos cuidados de saúde, embora os jovens sejam o grupo que tem menor contacto com os serviços de saúde (Rickwood et al., 2005).

É de realçar o efeito da intervenção na utilidade atribuída ao psiquiatra. O número de alunos que assinala a utilidade deste profissional de saúde aumenta após a realização da intervenção, embora sem significância estatística.

Em relação à utilidade de produtos/medicamentos para o tratamento da perturbação apresentada, verificamos uma sobrevalorização das vitaminas e chás. Estes produtos são valorizados pelos jovens, embora não exista evidência científica que apoie a sua utilização nestes casos (Loureiro, Barroso et al., 2013), pois não é necessária prescrição médica para os adquirir, ou seja, não é necessário contacto com um profissional de saúde e são produtos de acesso fácil e sobre os quais existe a crença de que podem ajudar a resolver problemas como os apresentados na vinheta (Reavley & Jorm, 2011). Como noutros estudos (Jorm, 2012; Loureiro, Jorm et al., 2013; Loureiro, Barroso et al., 2013), a visão que os jovens têm da psicofarmacologia é negativa, não considerando úteis os medicamentos. Contudo, verificamos que a intervenção tem efeito positivo sobre a visão que os alunos têm sobre os antidepressivos, não tendo este aumento significância estatística.

No que concerne a utilidade das estratégias de autoajuda, verificamos que os alunos valorizam o exercício físico e o treino de relaxamento. Esta valorização das estratégias de autoajuda está de acordo com a valorização de vitaminas e chás, já referida. Na vinheta do abuso de álcool, podemos associar este conhecimento sobre a utilidade de estratégias de autoajuda à promoção da saúde que se faz em contexto escolar sobre alcoolismo (Loureiro, Barroso et al., 2013; Jorm, 2012). Verificamos também que os alunos que assinalam a utilidade das bebidas alcoólicas e de fumar em situações de depressão e abuso de álcool são uma minoria. Este resultado é coincidente com os de outros estudos, em que os jovens consideram que estes comportamentos podem exacerbar os problemas existentes (Loureiro, Barroso et al., 2013; Reavley & Jorm, 2011).

É de assinalar o incremento no número de alunos que considera útil a consulta de um site que contenha informação sobre o assunto. Verificamos que os alunos consideram útil a existência do site com informação sobre saúde mental, demonstrado nas sessões.

No que diz respeito aos conhecimentos e crenças sobre ajuda, verificamos que os alunos desta amostra valorizam o *ouvir os seus problemas de forma compreensiva e sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado*. A opção *marcar uma consulta no médico de família com o seu conhecimento* é também assinalada por um número elevado de alunos.

Os alunos desta amostra mostram uma predisposição para ouvir a pessoa e incentivar o recurso a um profissional de saúde, o que se enquadra nas linhas-guia de programas de primeira ajuda em saúde mental (Kelly et al., 2011). Verificamos também que são poucos os alunos a assinalar como útil a opção 'perguntar se tem tendências suicidas', à semelhança de outros estudos realizados (Jorm, Morgan, & Wright, 2008; Loureiro, Jorm et al., 2013). Este resultado pode ser explicado pelo facto de as pessoas considerarem que o simples perguntar pode despoletar a ideia na cabeça da pessoa (Jorm, 2012). Contudo, a intervenção tem um efeito positivo pois aumentou o número de alunos que considera útil perguntar por pensamentos suicidas. Contudo, este aumento não apresenta significância estatística.

Por fim, relativamente ao conhecimento sobre como se podem prevenir as perturbações mentais, verificamos que numa situação de abuso de álcool, a prática de exercício físico é a atividade mais assinalada como útil, seguida do contacto com a família e os amigos. Os alunos desta amostra não consideram útil ter uma crença religiosa ou espiritual, como fator preventivo de uma perturbação mental. Contudo, a literatura apresenta o fator religioso e espiritual como preventivo de uma perturbação mental (Schomerus et al., 2011). Estes dados são consistentes com outros estudos realizados no nosso país (Loureiro, Jorm et al., 2013; Loureiro, Barroso et al., 2013). Os adolescentes e jovens acreditam que é possível prevenir as perturbações mentais (Schomerus et al., 2008), embora esta seja a área que é referida na literatura como o componente da literacia em saúde mental sobre a qual é necessário mais investigação (Jorm, 2012).

Conclusão

A adolescência e a juventude são períodos ideais para a aquisição de conhecimentos e competências que transitam para a vida adulta. Os programas de incremento da literacia em saúde mental devem ser pensados, à semelhança do que foi apresentado aqui, para esta faixa etária e tendo a escola como cenário, pois é neste local que os adolescentes e jovens passam a maior parte do seu tempo.

Esta amostra apresentava níveis reduzidos de literacia em saúde mental sobre a perturbação analisada. As limitações encontradas nesta amostra sujeita à intervenção sugerem a necessidade da realização de programas direcionados a estes alunos, de forma a transmitir-lhes conhecimentos e competências em saúde mental e a dotá-los de um conhecimento virado para a ação.

As intervenções realizadas tiveram um impacto positivo sobre os conhecimentos dos alunos pelo que consideramos que pode ser um veículo a utilizar na transmissão de conhecimentos sobre saúde mental. Verificamos que os alunos apresentam um aumento de conhecimento sobre as perturbações analisadas, na utilidade de profissionais de saúde, estratégias de autoajuda e prevenção, bem como na utilidade de medicamentos, o que corrobora a hipótese formulada. Contudo, os resultados não apresentam significância estatística pelo que consideramos que uma intervenção com um maior número de horas poderia apresentar resultados estatisticamente mais significativos.

Consideramos também importante a abordagem preconizada neste estudo e que permite a consulta da informação ao longo do tempo. A consulta de um website criado e validado por profissionais de saúde permite aos adolescentes e jovens procurarem informação sempre que necessitarem de aceder a esta. Pensamos que seria importante fazer uma nova avaliação a posteriori, que não foi realizada devido às limitações temporais do estudo.

Como limitações a este estudo apontamos o facto de não ter sido possível emparelhar os sujeitos, devido a imperativos do Agrupamento de Escolas de que os alunos não fossem identificados, o que torna mais difícil a análise final dos resultados. Além disso, os alunos sujeitos a intervenções são alunos apenas de cursos profissionais, excluindo alunos de cursos gerais, tornando esta amostra limitada. Verificamos também que as habilitações literárias dos pais são muito reduzidas, podendo este fator ter impacto nos conhecimentos e crenças dos alunos.

Recomenda-se a replicação das intervenções, noutras contextos e com outros alunos, de forma a poder avaliar o impacto que este programa tem em contextos diferenciados. Pensamos que seria também importante formar professores, funcionários da escola e encarregados de educação, pois os adolescentes e jovens partilham de crenças e preconceitos que são veiculadas pelos adultos presentes na sua vida. Os professores, funcionários da escola e encarregados de educação são pessoas importantes na vida dos adolescentes e jovens e podem desempenhar um papel preponderante na passagem de conhecimentos e mesmo na identificação de alunos que estão a desenvolver uma perturbação mental, sendo este o modelo de intervenções utilizado em alguns países (Kelly et al., 2011).

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA) (2002). *DSM-IV-TR – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Barroso, T. (2012). *Parar para pensar: Intervenção em contexto escolar para prevenção do uso e abuso do álcool*. Loures: Lusociência.
- Barroso, T., Mendes, A., & Barbosa, A. (2009). Análise do fenómeno do consumo de álcool em adolescentes: Estudo realizado com adolescentes do 3º ciclo de escolas públicas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(3).
- Coles, M. & Coleman, S. (2010). Barriers to treatment seeking for anxiety disorders: initial data on the role of Mental Health Literacy. *Depression and Anxiety*, 27, 6371. doi:10.1002/da.20620
- European Commission (2007). Attitudes towards alcohol. *Special Euro barometer*, 272.
- Feijão, F., Lavado, E., & Calado, V. (2011). *Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas (ECATD/2011)*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Godwin, C. (2009). *Research In Psychology: Methods and Design*. USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Jorm, A. (2000). Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- Jorm, A. (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., Korten A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-86.
- Jorm, A. F., Morgan, A., & Wright, A. (2008). First aid strategies that are helpful to young people developing a mental disorder: beliefs of health professionals compared to young people and parents. *BioMed Central Psychiatry*, 8(42), 1-10.
- Kelly, C., Mithen, J., Fischer, J., Kitchener, B., Jorm, A., 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(1), 4. doi:10.1186/1752-4458-5-4.
- Loureiro, L., Mendes, A., Barroso, T., Pereira dos Santos, J. C., Oliveira, R. A., & Ferreira, R. O. (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., & Mendes, A. (2012). Reconhecimento da Depressão e crenças sobre a procura de ajuda em jovens Portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 13-17.
- 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. *Investigação em Enfermagem*, 25, 42-48.
- 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., 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.
- O'Kearney, R., Kang, K., Christensen, H., & Griffiths, K. (2008). A controlled trial of a school-based internet program for reducing depressive symptoms in adolescent girls. *Depression & Anxiety*, 26(1), 65-72.

- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001). *Saúde mental, nova concepção, nova esperança: Relatório sobre a Saúde no Mundo*. Genebra: OMS.
- Pinto-Foltz, M., Logsdon, M., & Myers, J. (2011). Feasibility, acceptability, and initial efficacy of a knowledge-contact program to reduce mental illness stigma and improve mental health literacy in adolescents. *Social Science and Medicine*, 2011-2019.
- Reavley, N. & Jorm, A. (2011). Young people's recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(10), 890-898.
- Rickwood, D., Deane, F., Wilson, C., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-journal for the advancement of mental health*, 4(3), 218-251. doi:10.5172/jamh.4.3.218
- Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau Formação e Saúde.
- Santos, J., Erse, M., Simões, R., Façanha, J., & Marques, L. (2012). Contributions to the prevention of depression and risk behaviors in school settings. In Electronic Abstract Book of 14th European Symposium of Suicide and Suicidal Behaviour, In ESSSB 14. Retirado de <http://www.kenes.com/esssb14/abstracts/op.htm>
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M., & Angermeyer, M.C. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: A review of population studies. *Alcohol and Alcoholism*, 46(2), 105-112.
- World Health Organization (WHO) (2001). *Strengthening mental health promotion*. Geneva: World Health Organization.

Promoção da Cidadania através do cuidar em Enfermagem

Lucília Nunes*

Ofereceram-nos um título: *promoção da cidadania através do cuidar em enfermagem*. Dar nome é conferir sentido e, ao mesmo tempo, proporcionar indagação sobre as relações que cercam a formulação de conceitos. Nomear “é o modo humano de apropriar para si” (Arendt, 1999, p. 112) reconhecendo-se que o pensar precisa absolutamente da fala, para poder desempenhar o seu papel - por isso, dar nome é uma tarefa que os seres humanos fazem quando pensam. Este título, que nos deram, enquanto afirma e promete, inclui um processo de aproximar e de expandir. Escolhermos organizar uma trajetória que parte da cidadania para a enfermagem, relaciona ambas, prossegue para a saúde mental e *regressa* à cidadania, em espiral, pois que não exatamente no mesmo lugar. Como expectável, o todo tenderá a ser maior que a soma das partes.

I. Linha de partida: Cidadania

Vivemos em plena *comunidade sem fronteiras* ou *aldeia global*, em que a cidadania se configura como um conjunto de valores e de competências, passíveis de serem aprendidas e desenvolvidas, de modo formal ou informal, ao longo da vida. A *Educação para a Cidadania* colocou o enfoque na participação responsável dos cidadãos na vida pública do país, designadamente, através dos processos de representação política ou do empenhamento das instituições da sociedade civil. Aqui se ligam princípios e valores fundamentais da democracia - muito mais do que *palavra da moda*, a cidadania é um conceito abrangente, de totalidade, que se espalha da civilidade aos estilos de vida, da solidariedade à consciência dos direitos e deveres bem como à cooperação e à participação no debate social e político. Assim afirmado, três ideias se destacam como eixos centrais, a saber:

[1] a ideia básica de interdependência, numa noção de sistema aberto, em que o que afeta uma parte, afeta o todo; poderemos dizer que requer um processo que resulte em contribuir *para* os outros, num registo de empatia e cooperação, e, enfim, o sentimento de pertencer a algo maior do que o Si mesmo;

[2] a ideia de autonomia e de construção de Si, numa relação entre o que pode ser designado como a arte de *aprender e saber viver* (a dimensão ética) e o *viver-na-cidade* (a dimensão política), que integram e incorporam a cidadania; viver numa sociedade pluralista e democrática requer este exercício que não é confundível, antes se diria complementar, com o desenvolvimento de competências cívicas;

[3] a ideia de justiça social, que inclui a liberdade e os direitos individuais, a articulação com a responsabilidade moral, tanto em sentido individual como coletivo e o sentido da distribuição dos bens e recursos, de forma que proteja os mais desfavorecidos.

Será conveniente reconhecer aqui a (nossa) afiliação à conceção *política* de Hannah Arendt (1995) que assenta sobre a pluralidade humana e numa comunidade de seres diferentes que, a partir do caos das (suas) diferenças, se organizam para viver em conjunto. Distinguindo-se de governos ou aparelhos partidários, a política compete organizar o todo de seres absolutamente diferentes considerando a sua igualdade *relativa* e abstraído da sua diversidade *relativa*.

A cidadania tem dimensão essencialmente política mas também social e jurídica, de vivência na família, na escola, nas organizações. E hoje num espaço social que tende a ampliar-se, também pelo uso e difusão das novas tecnologias, em que estamos visual e auditivamente à distância de uns cliques, e pela emigração portuguesa dos últimos anos.

Num contexto plural, há quem defenda o uso de *cidadanias* (Afonso & Ramos, 2007) como expressão. Quer se formule como conjunto de direitos e obrigações, como conjunto de qualidades morais, enquanto manifestação da identidade nacional ou capacidade de juízo político, percebemos que mesmo o “conceito técnico-jurídico de cidadania – vínculo jurídico pelo qual um indivíduo integra o povo do Estado e acede, por essa via, à titularidade de um conjunto de direito

* ESS – IPS.

– está longe de explicar toda a carga simbólica e afetiva que a ideia de cidadania ainda possui.” (Carneiro, 2004, p.21). Considera-se um direito, no sentido de não se ser privado de cidadania, e evidencia-se, habitualmente, uma associação a uma comunidade histórica de cultura e de pátria.

O Plano Nacional de Saúde (2011-2016) colocou a *cidadania* como eixo estratégico, definiu-a como “estatuto de membro de uma comunidade política (local, nacional, supranacional) sobre o qual existe uma relação de responsabilidade, legitimada por cada pessoa assumir direitos e deveres” e apresentou uma ideia-chave: “Promover a Cidadania numa cultura de saúde e bem-estar para a realização dos projetos de vida pessoais, familiares e das comunidades” (Direção Geral de Saúde, 2010, p.28). *A cidadania em saúde* tem, pelo menos, duas dimensões: a pessoal, ligada à experiência de cada um na saúde, e a dimensão pública, de participação no desenvolvimento das políticas e serviços de saúde. E se de tal decorre que, por um lado, cada um é o primeiro responsável por zelar pela sua saúde com o dever de a promover, por outro lado, cada cidadão tem direito a aceder a serviços e cuidados de saúde. Na base necessária para a efetivação desta conceção está a capacitação dos cidadãos para intervir em qualquer das dimensões - pelo que entendemos que a *literacia em saúde* se apresenta como a plataforma mais elementar para a participação; isto é, a produção, partilha e utilização de informação e conhecimento aparece como primeira condição para uma cultura de cidadania. Aliás, neste aspeto, provavelmente com inspiração em *Citizens as Partners* (Organisation for Economic Co-Operation And Development (OECD), 2001, p. 23), consideram-se três graus na relação entre o governo e os cidadãos: informação (relação de um sentido, das instituições para o cidadão), consulta (relação em dois sentidos, na qual o cidadão é convidado a contribuir com as suas opiniões) e participação ativa (baseada na parceria dos cidadãos com governo).

Permitam-nos dois comentários - primeiro, a expressão “cidadania ativa” apresenta-se como pleonasma pois a cidadania, em si, requer a cooperação e a responsabilidade de participação pública, pelo que o uso desta figura de linguagem está a reforçar (desnecessariamente?) um sentido existente (como em subir para cima ou ambos os dois); e se a *cidadania em saúde* emergiu na Declaração de Alma-Ata no sentido de *proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo*, trata-se claramente de uma *cidadania planetária* que Morin (2002) considerou para os sete saberes necessários à educação do futuro. Claro que, quando num país (como no nosso) em que a formulação das políticas tem orientação de *cima para baixo* e há um reconhecido défice ou penúria de *cidadanias*, aumenta a probabilidade de não se passar do texto ao ato, do discurso ao concreto da ação. Para potenciar (e majorar) a capacitação dos cidadãos, existem algumas estratégias de reconhecido sucesso e outras de menor visibilidade, que importa desocultar (Nunes, 2004).

II. Enfermagem

O papel da Enfermagem no território da Saúde tem horizontes tão vastos que percorrem todo o ciclo vital e se consubstanciam numa presença muito própria. Formalmente, no artigo 4, ponto 1, do *Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de Setembro*, define-se como “a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (P.2960).

Em modo de síntese rápida, afirma-se que a enfermagem é uma *profissão intelectual e científica**, *liberal*** representando aqueles que prestam serviços intelectuais e conceptuais, no interesse do cliente e do público, cujo modelo de regulação é de *autoregulação*, desde 21 de Abril de 1998, com a publicação do Estatuto da Ordem.

Uma das afirmações mais repetidas que fizemos na última década, pode bem ter sido que “os enfermeiros declararam o seu compromisso de cuidado às pessoas, ao longo do ciclo vital, na saúde e na doença, de forma a promoverem o bem-estar e a qualidade de vida daqueles a quem prestam cuidados” (Nunes, 2013, p.6) e este é o domínio genérico do agir profissional - o *locus* onde se juntam a ética da promessa e o compromisso de cuidado profissional. Dito de outra forma, a finalidade da profissão de enfermagem é o bem-estar de outros seres humanos, de acordo com os projetos de saúde e vida que eles mesmos demandam – então, esta não é uma finalidade científica ou técnica mas de ordem moral; ou seja, assenta num conceito moral básico (a preocupação com outras pessoas) e os conhecimentos, capacidades e competências requeridas dirigem-se para responder a esta finalidade (Nunes, 2011).

* Classificação Nacional das Profissões. Enfermagem está no capítulo dos «Especialistas das profissões intelectuais e científicas», sub-capítulo «Especialistas das ciências da vida e profissionais da saúde».

** Liberal professions, [...] are, according to this Directive, those practiced on the basis of relevant professional qualifications in a personal, responsible and professionally independent capacity by those providing intellectual and conceptual services in the interest of the client and the public.” in Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the Recognition of Professional Qualifications.

Estaremos de acordo que *prestar cuidados* é uma situação única, que diz respeito a uma pessoa na singularidade da sua trajetória de vida - estamos sempre perante de um Outro e o nosso cuidado afeta o contexto em que a pessoa vive, isto é, a sua qualidade de vida. E se, genericamente, todos temos um compromisso de cuidado pelo mandato social da profissão, afirmamos um pacto profissional no cuidado concreto àquela pessoa ou família, de acordo com as necessidades das pessoas, num caminho de tornar autónomo tanto quanto seja possível. Concordaríamos igualmente que “é provavelmente a contribuição específica da enfermeira, de poder dar esta assistência de maneira a permitir que aquele que a recebe possa agir sem recurso exterior tão rapidamente quanto possível”* (Henderson, 1994, p. 151) e que o trabalho do enfermeiro se desenvolve com a finalidade de autonomizar, de capacitar para o *tomar conta* de Si.

Ademais, o foco de atenção dos cuidados de enfermagem são os próprios “projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue” relevando-se que, ao longo de todo o ciclo vital, se procura “prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida diária” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 10). Por isso desenvolvemos atividades de proteção, promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipas multiprofissionais a todos os níveis de organização dos serviços de saúde, e acompanhamos as transições, a gestão de processos de saúde-doença e o processo de morrer.

Propomos, aqui, duas teses, pensando na abordagem profissional de raiz ética:

Primeira, *o enfermeiro habita próximo do Outro* - os lugares que o profissional *frequenta* são todos aqueles em que a pessoa, de quem cuida, *habita*. E se especializarmos a ideia, teremos a casa, o hospital, o centro de saúde, o lar de idosos, a fábrica, a empresa, o jardim infantil, a escola, o ginásio... uma lista que corresponde aos sítios onde as pessoas *estão*. Pessoas em situação, pois que as linhas básicas da vida humana – a existência, a finitude, a vulnerabilidade – concretizam-se nas biografias de cada um. Contudo, o enfermeiro além de estar, altera (ou é suposto que altere, pela sua missão específica), ao guiar a sua atividade no sentido do cuidado profissional, prestado ao Outro que, de forma temporária ou definitiva, em determinado momento ou contexto, tem necessidade de ajuda - *cuidado* (Collière, 1989) profissional que está intrinsecamente ligado à ideia de sobrevivência e de proteção, à vulnerabilidade própria e contextual da existência humana; cuidado que nos torna responsáveis pelo Outro, no respeito pela individualidade e dignidade de cada pessoa; cuidado também pelo mundo, no sentido do agir, tornar em ação, a responsabilidade pelo mundo;

Segunda, *o enfermeiro, na sua praxis, é agente do desenvolvimento humano* - sendo que o desenvolvimento se caracteriza pelo aumento da capacidade para realizar, progressivamente, funções ou intervenções de complexidade mais elevada e tomar decisões em situação de incerteza. A aquisição de novas habilidades, de entre elas o cuidado consigo mesmo e com os outros, está relacionado com as vivências experienciadas dentro do grupo social.

O conhecimento dos aspetos relacionados com o desenvolvimento humano é essencial aos enfermeiros pois cuidam da pessoa e família nas diferentes etapas da vida. E se a equidade intra e intergeracional é um objetivo de tipo *macro*, a ação dos enfermeiros, no seu quotidiano, promove o alargamento (ou a ampliação) das capacidades individuais (afetando potencialmente as famílias e grupos em que a pessoa se insere). A educação para a saúde, o *empowerment* a capacitação dos cidadãos, a informação que se requer para o consentimento livre e esclarecido, o respeito pela diversidade e um exercício culturalmente competente são como (algumas) peças de um puzzle que, reunidas, podem efetivamente *fazer a diferença* na vida das pessoas e, por extensão, porque as pessoas não vivem isoladas, a famílias e comunidades.

Sabe-se que existe uma relação estreita entre educação e saúde - isto para citar apenas o Relatório do Desenvolvimento Humano, que conclui, por exemplo, que “o nível de instrução da mãe é mais importante para a sobrevivência dos filhos do que o rendimento familiar ou a riqueza” (Nações Unidas, 2013, p. 91).

O facto de os enfermeiros exercerem a profissão de acordo com os valores e os seus deveres, protegendo os direitos de populações vulneráveis e cuidando das pessoas sem discriminação, pode ser pensado como redutor das iniquidades do sistema. Mais, quando os enfermeiros assumem advogar pelos que não estão capazes de zelar pelo exercício dos seus direitos, reduzem as desigualdades e potenciam o pleno respeito pelos direitos humanos.

III. Confluência e relação: enfermagem e cidadanias

Nesta etapa, a relação emerge, parece-nos, de forma clara. Existe um mandato social da profissão e os deveres e responsabilidades dos enfermeiros visam garantir os direitos dos cidadãos. Os cuidados são marcados pelas concepções, as crenças e os valores, tanto dos que têm necessidade de procurar cuidados como dos que os prestam. E porque os cuidados

* Tradução livre de «C'est probablement la contribution spécifique de l'infirmière de pouvoir donner cette assistance de manière à permettre à celui-ci qui la reçoit d'agir sans recours extérieur aussi rapidement que possible...».

têm de fazer sentido para quem os presta e para aqueles a quem são prestados, coloca-se, de forma assaz pertinente, a questão da participação na decisão. Não é por acaso que se preconiza envolver o cliente e família no planeamento de cuidados, nem pode ser algo teórico. Se os cuidados se destinam ao bem presumido de alguém, que está capaz de decidir sobre si, como deixá-lo fora do processo de tomada de decisão? Os enfermeiros consideram que os clientes são parceiros de cuidados, pares que visam um objetivo comum e ao mesmo nível na tomada de decisão.

Entendemos que o papel do enfermeiro pode ser pensado à luz da garantia dos direitos do Outro – ou melhor, numa relação que inclua o destinatário dos cuidados e mais quem ele consentir ou desejar (que lhe seja significativo e não necessariamente por ter relações de parentesco ou consanguinidade). Dito de outra forma, porque a pessoa tem direito ao cuidado, temos o dever de procurar em todo o ato profissional a excelência do exercício; porque tem direito à proteção da intimidade e reserva da vida privada, temos o dever de sigilo; porque tem direito à autodeterminação, temos o dever de informar; e assim sucessivamente.

Um dos princípios orientadores da atividade do enfermeiro, referenciada no artigo 78, ponto 3, alínea b, do *Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril*, é o *respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes* e uma das competências dos enfermeiros de cuidados gerais é atuar *de forma de a dar poder ao indivíduo, família e comunidade para adotarem estilos de vida saudáveis*. Este *dar poder* – tão claro na expressão inglesa *empowerment* e aproximado na nossa palavra *capacitação* – liga-se, por exemplo, a fornecer informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis ótimos de saúde e de reabilitação assim como pela participação efetiva dos clientes no planeamento dos cuidados.

Claro que quando se fala de respeito pelos direitos humanos, importa relevar que a pessoa, a necessitar de cuidados de saúde ou fragilizada pela doença, continua a ser, em primeira instância, pessoa humana e cidadão. E se a doença e a saúde não removem direitos, a proximidade da morte também não – aliás, carece-se de apoio e suporte para poder exercer os seus direitos, dada a especial ou potencial vulnerabilidade.

Muitos profissionais vivenciaram e descrevem situações em que foi patente a penúria ou mesmo a ausência de consciência das pessoas relativamente aos direitos como um todo, e particularmente quanto ao direito a cuidados de saúde. Talvez se possa perceber que aqui se evidencia um comportamento de não-reclamação – passando a concretizar: as pessoas aceitam ser internadas em maca, num corredor, de forma quase pacífica tal como aceitam esperar horas com uma marcação horária escrita num papel; eventualmente, reclamam com quem está perto (enfermeiros, provavelmente) mas quando se refere o poderem escrever, deixarem registo (em *Livro Amarelo* ou de outra forma), frequentemente a hesitação é breve e leva rapidamente à recusa. Porquê?, interrogam-se os enfermeiros, quando tal corresponderia ao exercício do mais elementar direito de reclamar. É como se, por um lado, a população se apresentasse resignada, e, por outro lado, quando chamada a participar e a envolver-se, se refira que confiam nos profissionais e excusam-se (ou demitem-se) da sua decisão, pois *eles estudaram para isso*. Curiosamente, e não entrando agora na questão do *confiar-se*, uma leitura possível seria de que as pessoas não participam porque *não acreditam* que possam mudar as coisas. Parece existir uma forte descrença social, designadamente nos mecanismos de defesa ou proteção dos utentes, e é como se acreditassem que se alguém pode transformar esta realidade, certamente não são eles, já que se percecionam claramente excluídos do poder. Mais: não percebem em si qualquer possibilidade de exercer poder. A esta análise adicione-se mais um elemento: a situação de quem está doente, assustado, fragilizado, muitas vezes incapaz de gerir o que está a acontecer-lhe. Muito mais em contextos de institucionalização – por si só, os edifícios, os corredores, o ambiente, intimidad e, portanto, é quase paradoxal esperar que os mais vulneráveis se defendam. Ou que sejam capazes de assegurar os seus direitos.

O evitamento de reclamar pode ter, na base, um forte sentido de necessidade, de poder vir a precisar de novo e, por ter reclamado, suscitar alguma eventual *má vontade* por parte dos profissionais. Assim, seja por desconhecimento, por resignação, por incapacidade, por medo de represálias, na verdade, os cidadãos reclamam pouco. Juntamos, ainda, o costume reciprocamente instituído por parte dos clientes e dos prestadores de cuidados, de considerar o profissional como *autoridade* na matéria.

Aqui, claramente, os enfermeiros têm um papel a des-ocultar, de valorizar o Outro, de forma sistemática. Fala-se de vulnerabilidade, e para os enfermeiros ela é muito evidente no quotidiano, tanto em contexto hospitalar como comunitário, face às necessidades em cuidados, à doença, a crise de vida, a situações de pobreza e de exclusão social. Por vezes, aqueles a quem nos comprometemos a prestar cuidados, contam com poucos (ou nenhuns) apoios na sua situação particular. E quando o cliente e família não têm condições ou capacidades de reclamar cabe aos enfermeiros agir em seu benefício e em seu favor. Por exemplo, comunicar as situações, as deficiências existentes ou as condições de exercício que coloquem em causa o direito dos utentes a cuidados de qualidade, tanto a nível interno na instituição como à Ordem; pedir parecer da Comissão de Ética para a Saúde ou da Comissão de qualidade. Enfim, agir no seu contexto com os meios ao seu alcance e com o máximo de qualidade que as condições permitirem.

Trata-se, em nosso entender, da dimensão política da prática profissional, de assumir um papel de promotores do Outro, cientes de que a afirmação da cidadania é um processo que tem dificuldades, tanto ao nível das práticas como no plano da subjetividade e das relações interpessoais. É da nossa responsabilidade e diz respeito à capacidade, a obrigação e a compromisso - o enfermeiro é um profissional do cuidado, do diálogo responsável que visa proteger e salvaguardar o respeito pela pessoa humana, nas suas intervenções. E o cuidado, pela sua natureza, é humanizado e humanizador, atento ao percurso existencial e à situação concreta da pessoa, na sua singularidade. A dignidade da enfermagem reside também neste cuidado que prestamos ao Outro, porque ele não o pode fazer, pretendendo agir como ele agiria se pudesse ou soubesse. Por isso, e na sua essência, respeita a pessoa, valoriza a autonomia e demonstra solicitude numa visão holística, num olhar global.

IV. Em torno da saúde mental

A Organização Mundial de Saúde (OMS) formulou a definição de *saúde mental* como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao *stress* normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere”(World Health Organization (WHO), p.1)*. Sabemos que a saúde e a doença mental são determinadas por múltiplos fatores, incluindo aspetos biológicos, individuais, familiares e sociais bem como económicos e ambientais e que, ao mesmo tempo, a saúde mental assume diferentes significados dependendo de contextos que incluem, entre outras, influências socioeconómicas, políticas e culturais (Jahoda, 1958).

Sabemos que existe uma forte relação entre saúde mental e privação social - “pessoas que vivam em áreas de elevado desemprego têm aumentado o risco de desenvolverem problemas de saúde mental, enquanto o estigma, a ignorância e a discriminação aumentam o risco de pobreza” (Knapp, McDaid, Mossialos, & Thornicroft, 2006, p. 3) e de depressão (WHO, 2005a).

Sabemos que os problemas de saúde mental, aliados a situações demenciais que, em parte, resultam do aumento da esperança média de vida e do envelhecimento da população, têm consequências severas na vida das pessoas e dos que os rodeiam, incluindo familiares e outros cuidadores.

A crise financeira que hoje vivemos está a ter impactos muito significativos na saúde mental - por um lado, os especialistas consideram que “será inevitável um aumento da prevalência de algumas doenças mentais e de muitos problemas de saúde mental” (Direção Geral de Saúde, 2012, p. 39) e, por outro lado, será previsível que os constrangimentos financeiros existentes obriguem a definir prioridades, com a consciência de que existem desigualdades gritantes no acesso a cuidados de saúde e que as famílias e as pessoas poderão tender, com o predomínio de preocupações ligadas a restrições dos orçamentos familiares, a desvalorizar aspetos mais imateriais da vida quotidiana e a ter dificuldades adicionais em proteger os mais vulneráveis.

Sem pretendermos traçar um retrato exaustivo, aportemos alguns dados, até para ampliar a nossa consciência que a saúde mental é atualmente um dos maiores desafios que enfrentam todos os países da Região Europeia - e Portugal, naturalmente. Os “problemas de saúde mental afetam pelo menos uma em cada quatro pessoas em algum momento das suas vidas” (WHO, 2005a, p.1) e “as formas mais comuns de doença mental na UE são perturbações de ansiedade e depressão. Em 2020, é esperado que a depressão seja a mais elevada causa de doença no mundo desenvolvido” (European Commission, 2005, p.4). Lembremo-nos que se estima que mais de 17% dos adultos experienciem pelo menos uma forma de doença mental durante um ano da sua vida (European Commission, 2005) e os estudos epidemiológicos “mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade” (DGS, 2010, p.12) e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais.

A carga de perturbações mentais tais como a depressão, dependência do álcool e esquizofrenia foi seriamente subestimada no passado, “devido ao facto de as abordagens tradicionais apenas considerarem os índices de mortalidade, ignorando o número de anos vividos com incapacidade provocada pela doença. Das dez principais causas de incapacidade, cinco são perturbações psiquiátricas.” (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008, p.5).

E se é verdade que, em Portugal, “pelo menos 5 a 8% da população sofre de uma perturbação psiquiátrica de certa gravidade em cada ano”, todos percebemos que “o internamento continua a consumir a maioria dos recursos (83%), quando toda a evidência científica mostra que as intervenções na comunidade, mais próximas das pessoas, são as mais efetivas e as que colhem a preferência dos utentes e das famílias” (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008, p.8).

* WHO. *Strengthening mental health promotion*. Geneva, World Health Organization, 2001 (Fact sheet No. 220). p.1. tradução livre: “a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community” <https://apps.who.int/inf-fs/en/fact220.html>. Cf. GREEN PAPER, UE, 2005, p. 4.

Algumas situações como abuso de substâncias, violência ou problemas de saúde evidenciam maior prevalência e mais dificuldade em adotar estratégias adaptativas quando existem condições de desemprego, salários baixos, educação reduzida, condições de trabalho stressantes, discriminação de género, entre outras (Jané-Llopis & Anderson, 2005). Em Portugal, Bélgica e Irlanda do Norte, ser jovem, desempregado ou deficiente, sem educação, ou estudos primários incompletos, está associado a um agravamento de manifestações de deficiente saúde mental (Pinto Mezza et al., 2012).

É reconhecida, nacional e internacionalmente, a importância de promover a saúde mental, a desinstitucionalização, a reabilitação e a reinserção social. Muitos documentos o afirmam, como a *Mental Health Declaration for Europe* ou *Policies and practices for mental health in Europe*, o *Comprehensive mental health action plan 2013–2020* ou o Plano Nacional de Saúde Mental.

Contudo, se olharmos bem, e não obstante as políticas e a legislação da saúde mental aparecerem a proteger os valores e princípios fundamentais dos direitos humanos, nomeadamente a autonomia e liberdade das pessoas, a maior parte dos textos dirige-se “a pessoas com problemas de saúde mental, que estão vulneráveis e expostos a negligência e abuso” (WHO, 2008, p. 2). As próprias *Recomendações** do Conselho da Europa na área da *saúde* mental não fogem a esta premissa.

Temos aqui dois fenómenos interessantes, que importa separar.

Por um lado, existe relação clara entre a saúde mental e os direitos humanos, sendo facilmente reconhecido que as violações dos direitos humanos têm impacto negativo na saúde mental das pessoas. E sendo certo que as pessoas afetadas de problemas, doenças ou perturbações mentais, têm os mesmos direitos básicos que todas as outras pessoas - o que claramente varia é a sua circunstância, muito mais vulnerabilizadora e que as incapacita para o pleno exercício dos seus direitos. Entendendo que devem existir grupos-alvo para intervenções, sob pena dos grupos mais vulneráveis serem deixados para trás, existe uma necessidade clara de, efetivamente, proteger a *saúde mental*.

Por outro lado, e sem colocar minimamente em causa a proteção dos direitos humanos e o respeito pela dignidade das pessoas com perturbação mental, será muito escasso centrarmos a nossa ação na doença e na patologia. É redutor (das capacidades e do desenvolvimento humano) e é perigoso (porque estamos em torno do fechamento na patologia ou na disfunção), podendo tender a prestar atenção (só) ao disfuncionante ou patológico. Vejamos um simples exemplo - como citámos há pouco, os problemas de saúde mental “afetam uma em cada quatro pessoas” (WHO, 2005^a, p.1); então, o que fazemos em relação às *três pessoas* que não o são? se cerca de 75% das pessoas não são afetadas por problemas, daqui não se deduz que podem ser colocadas de *lado* ou que não temos compromisso humano de potenciar o máximo desenvolvimento de todos.

Abordagens *salutogénicas* mais focadas na adaptação, no otimismo (Kivimaki, Vahtera, Helenius, Singh-Manoux, & Pentti, 2005) e na resiliência (Rutter, 1985) contam-se entre os fatores protetores que podem modificar as respostas ao stress como partes essenciais do conceito de bem-estar (Huppert & Timothy, 2013). Sobre o aspeto do desenvolvimento, seria interessante aprofundar a abordagem das capacidades humanas de Nussbaum ou de Amartya Sen e, sobretudo, interrogarmos o nosso olhar, pensar o *florescimento humano* (Nussbaum, 1997) - se quisermos ser mais concretos, a promoção e a proteção da saúde mental acompanham a vida e devem ser parte central nos programas de saúde nacionais, pensando a saúde mental como inseparável da saúde, naturalmente.

Assim, um eixo, estruturante, de promoção da saúde mental tem de se desenvolver a partir de uma intervenção integrada sistémica, numa abordagem holística à pessoa, considerando todas as pessoas (incluindo as que têm perturbações e doenças mentais). Chamaria, aqui, os achados de uma revisão de literatura, reunindo evidências da ligação entre afeto positivo (felicidade, alegria, contentamento e entusiasmo) e menor morbilidade, aumento de longevidade e redução de sintomas físicos (Chida & Steptoe, 2008) bem como a conclusão que um nível de maior bem-estar se encontra associado a uma redução da mortalidade, quer em pessoas saudáveis, quer em pessoas com problemas físicos de saúde. Não só existem interações complexas entre saúde física e mental, como ambas partilham muitos dos mesmos determinantes sociais, ambientais e económicos (Santos, 2011).

* As Recomendações que referimos são as relativas: 1. às pessoas mentalmente doentes (Recommendation 818 (1977) on the situation of the mentally ill); 2. à proteção legal das pessoas colocadas como doentes involuntários (Recommendation No. R (83)2 concerning the legal protection of persons suffering from mental disorder placed as involuntary patients); 3. sobre as regras das prisões europeias (Recommendation No. R (87)3 on the European Prison Rules); 4. sobre psiquiatria e direitos humanos (Recommendation 1235 (1994) of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe on psychiatry and human rights, 12 abril 1994); 5. sobre aspetos *éticos* e organizacionais dos cuidados de saúde nas prisões (Recommendation No. R (98)7 concerning the ethical and organizational aspects of health care in prison); 6. relativa à proteção dos direitos humanos e da dignidade das pessoas com distúrbio mental (Recommendation Rec(2004)10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder).

Numa perspetiva desenvolvimentista, que reduza os preditores de risco e aumente os fatores protetores na infância, na adolescência, no envelhecimento, assim como nos sítios onde as pessoas passam mais tempo, no trabalho, na escola, nas associações - e nesta etapa, fazemos a ponte para a literacia em saúde mental.

V. De regresso à Cidadania: a face da literacia

Tendo claro para cada um de nós que a saúde mental é um recurso individual que influencia a qualidade de vida e é afetável pelo ambiente, pelo contexto, podemos considerar-se elementar que todas as pessoas precisem de conhecimento na área da saúde mental. Dito de outra forma, a promoção da saúde mental precisa e requer conhecimento público, por isso, abre-se um espaço para a literacia em saúde mental.

A formulação da OMS (2008, p.10) partiu da ideia que as competências cognitivas e sociais determinam a motivação das pessoas e a “sua capacidade para aceder, compreender e usar a informação de forma que promovam e mantenham boa saúde”.

Se a literacia em saúde é considerada como recurso (Nutbeam, 2008), a literacia em saúde mental pode prover conhecimento sobre promoção da saúde e prevenção das perturbações mentais, facilitar o reconhecimento sobre o desenvolvimento de uma perturbação, conhecimento sobre estratégias efetivas de autoajuda e opções de ajuda disponíveis bem como competências para ajudar outras pessoas que estão em situação de crise ou a desenvolver perturbação mental (Jorm & Reavley, 2011).

A literacia não diz respeito *apenas* a saber ou a ter informação - permite compreender, avaliar criticamente, discutir, portanto, passar de um conjunto de dados para uma ação refletida e consciente, seja qual for o campo (por exemplo, igualmente no que respeita à literacia científica). Nos aspetos referentes à saúde, a literacia “representa o conhecimento e as competências que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos a terem acesso, compreenderem e usarem informação de modo a promover e a manter a saúde” (WHO, 2013, p. 6).

Literacia é o que as pessoas utilizam para avaliar a informação, analisar os riscos e fazer escolhas esclarecidas sobre o seu projeto de saúde; em suma, tomar decisões seguras sobre a sua saúde.

Vários estudos demonstraram uma relação forte entre literacia, nível de educação e nível de saúde, de tal forma que alguns investigadores consideram que é a literacia em saúde que liga a educação a resultados na saúde.

Concretizando, a literacia em saúde é um forte preditor do estado de saúde individual (WHO, 2013) e uma parte importante do capital humano e social - melhorando o acesso das pessoas à informação de saúde e influenciando a sua capacidade para usar a informação, “a literacia na saúde é crítica para a capacitação das populações” (Loureiro et al., 2012, p. 159); alguns autores consideram que a literacia em saúde constitui um promotor importante para a participação efetiva nos cuidados de saúde.

Consideremos, porém, que construir literacia em saúde mental é mais do que fornecer informação - ainda que o acesso a informação confiável seja uma pedra angular; até porque a Internet e a «saúde», veículos potencialmente poderosos para a capacitação dos cidadãos, não estão ao alcance de todos nem de todas as idades. Pode radicar-se em iniciativas simples, em formatos que sejam acessíveis e apreciados, como ciclos de cinema, colóquios, documentários, debates, caminhadas, exposições, entre outros exemplos.

Enfrentamos, hoje, em tempos difíceis, um desafio humanamente relevante para que a democratização da saúde possa efetivar-se aos três níveis: do sistema, dos profissionais de saúde e dos cidadãos. “A promoção de melhores níveis de literacia em saúde das pessoas em Portugal assume-se como estratégia incontornável para uma melhor saúde e para uma utilização mais racional dos cuidados de saúde, especialmente em tempo de crise.” (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012, p. 56).

Podemos desenhar uma tese simples: *queremos mais para ter menos*. Pugnar pela literacia em saúde e em saúde mental, disseminar informação, trabalhar em parceria e cooperação, é querer *menos* iliteracia, *menos* assimetria, menos desigualdades, menos discriminação, menos exclusão social. O resultado destes processos oter-se-á com sinal *mais* - mais consciência de Si e do Outro, mais cooperação, mais participação, mais capacidade de reclamar e de agir, mais inclusão, mais respeito pela vulnerabilidade e pela dignidade humanas. É por isso que a promoção da saúde mental e da literacia em saúde mental se constituem, ao mesmo tempo, como horizontes pessoais, eixos de ação profissional, de desenvolvimento social e obrigação política dos Estados.

É vital aumentar as capacidades das pessoas na expressão dos direitos humanos fundamentais - e para tal requer-se *visão, praxis e coragem* (Dudley, Sillove, & Gale, 2012). E no nosso *Self*, no sentido de Si, estamos em conexão com o(s) que nos rodeia. A nossa natureza social e a condição humana requerem a presença dos Outros e esta ideia serve de base aos defensores dos direitos dos grupos, como o caso dos direitos de segurança, de representação e de autonomia ou autogovernarão (Nickel, 2007) que nos habituámos, genericamente, a pensar como direitos civis e políticos.

Envolver as pessoas nas decisões sobre si é análogo a envolver os cidadãos nas políticas públicas - ou melhor, em ambos os planos se fortalece a capacidade de agir e de intervir. Notemos, porém, a pré-condição básica: que a informação seja objetiva, fiável, fácil de compreender; e que a consulta seja considerada e siga regras definidas; que a participação tenha o seu tempo e flexibilidade (OECD, 2001).

Quando os enfermeiros definem, com as pessoas, o objetivo da autogestão do regime terapêutico, por exemplo, isso representa informação que foi partilhada - ainda que o importante não seja apenas a informação mas a validação de que foi compreendida e é mobilizada. Sabemos, profissionalmente, que se uma estratégia não resulta, podemos escolher ou inventar outra. Por isso, um dos elementos-chave, na relação profissional e na cidadania, passa pela avaliação contínua, metódica, sistemática - e pelos reajustes ou mudanças que a seriedade impõe.

E avaliar, tanto em sentido dos processos de melhoria da qualidade e dos indicadores, como fomentando a investigação. Alguns estudos recentes, como é o caso do de Hamer, Finlayson, e Warren, (2013) utilizam os domínios da cidadania - a extensão, o conteúdo, a profundidade e os atos de cidadania - como enquadramento teórico para analisar a experiência dos utentes dos serviços de saúde mental. Poderia ser interessante desenvolver estudos em Portugal sobre esta matéria, especialmente tendo em conta que existem diferenças nas competências profissionais atribuídas aos enfermeiros de cuidados gerais e aos especialistas (e não se dispõe de dados sobre o impacto destes dois perfis de competências na promoção da literacia e da cidadania em saúde na saúde mental).

Síntese conclusiva

A intervenção de enfermagem como cuidado profissional, prestado *ao* e *com* o Outro, respeitando a sua dignidade e vulnerabilidade, é promotora do desenvolvimento humano e da capacitação, quer individual, quer coletiva e pública. Isto porque os enfermeiros cuidam de todas as pessoas, em todas as circunstâncias - e emerge a equidade na resposta às necessidades em cuidados de saúde - e as pessoas estão inseridas em grupos, famílias, comunidades. A ação do enfermeiro tem um efeito direto na pessoa de quem cuida e um efeito potencial nas pessoas da rede afetiva e social que a envolvem. Retomemos a ideia da vulnerabilidade que todos partilhamos - a nossa condição humana implica vulnerabilidade, uma dimensão a que não podemos escapar na vida individual e nas relações interpessoais (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), 2013); a cada pessoa pode faltar, em algum momento da sua vida, a capacidade ou os meios para se proteger - a si, à sua saúde, ao seu bem-estar. De certa forma, estamos, permanentemente, em risco - de desordem, de perturbação, de doença, de dano, de morte, dos efeitos das condições ambientais e dos recursos disponíveis. E em termos singulares, somos desigualmente vulneráveis, ou seja, uns mais que outros ou numas circunstâncias mais que noutras.

As intervenções de enfermagem, centradas na pessoa humana e realizadas com a "preocupação da defesa da liberdade e dignidade", artigo 78º, n.º 1 do *Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril*, visam o máximo desenvolvimento das pessoas e grupos. Por isso, a prestação direta de cuidados, planeada em conjunto, é acompanhada de informação, comunicação, ajuda. Ao posicionar o cidadão em parceria, ao respeitar os seus valores e crenças, ao promover a literacia em saúde, os enfermeiros promovem um clima de respeito e uma cultura de cidadania. Ao colher dados, aprofundar fenómenos, produzir conhecimento, os enfermeiros situam-se num *continuum* de utilizadores e produtores de conhecimento, sendo a investigação reconhecida como uma das lacunas na área da saúde mental (tanto quanto a participação de clientes e famílias). Considerando os desafios éticos e humanos da perturbação mental, relevem-se os focos protetores e promotores, visando o bem-estar e a felicidade, a possibilidade de plena realização do ser humano. Poderá parecer exagero afirmar aqui a *felicidade*, mas invocamos em nosso suporte a resolução da Organização da Nações Unidas (ONU) e o Relatório sobre a Felicidade (Helliwell, Layard, Sachs, 2013; United Nations, 2011).

Limitar o desenvolvimento das pessoas (por exemplo, ao *fazer por* elas, ao substituí-las ou mantendo barreiras no acesso a cuidados de saúde) é desrespeitar a sua dignidade, do modo mais essencial.

Os profissionais de saúde, em geral, e os enfermeiros, em particular, podem agir como potenciadores do desenvolvimento, centrarem o cuidado em majorar as condições de cada um, adotando como ponto de partida a pessoa, as suas circunstâncias, os seus contextos e visando, com ela, a persecussão dos (seus) projetos de saúde.

Prestar cuidados às pessoas, visando a sua capacitação, a sua autonomia, a sua qualidade de vida, tem relação explícita à promoção da cidadania em saúde, especialmente quando os próprios enfermeiros se assumem como membros de pleno direito de uma comunidade alargada e estão envolvidos, ativa e participativamente, nos espaços sociais da saúde e da investigação.

“If we want a happier world,
we need a completely new deal on mental health.”
(Helliwell et al., 2013, p. 50)

Referências Bibliográficas

- Afonso, A. J., & Ramos, E. I.-V. (2007). Estado-nação, educação e cidadanias em transição. *Revista Portuguesa de Educação*, 20(1), 77-98.
- Arendt, H. (1995). *Qu'est-ce que la politique?* Paris: Éditions du Seuil.
- Arendt, H. (1999). *A Vida do Espírito I - Pensar*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Carneiro, R. (coord.), & Pereira da Silva, J. (2004). *Direitos de cidadania e direito à cidadania*. Lisboa: Observatório da Imigração. Retirado de <http://www.oiacidi.gov.pt/docs/pdf/estudo%2001%20Cidadania.pdf>
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70, 741-756.
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida, da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 - Resumo Executivo*. Lisboa: MS.
- Decreto-Lei n.º 104 de 21 de abril de 1998. Diário da República n.º 93/98 I-Série-A. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto-lei n.º 161 de 4 de Setembro de 1996. Diário da República n.º 2005/96 I-Série-A. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Direção Geral da Saúde (2012). *Reatualização do Plano Nacional de Saúde Mental*. Lisboa: Programa Nacional para a Saúde Mental.
- Direção Geral de Saúde (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Retirado de http://pns.dgs.pt/files/2011/02/cs_17-03-2011.pdf
- Dudley, M. (edit), Sillove, D., & Gale, F. (2012). *Mental Health and Human Rights. vision, praxis, and courage*. Oxford: Oxford University Press.
- European Commission (2005). *Green Paper - Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*. Brussels: Health and Consumer Protection, Directorate-General.
- Hamer, H. P., Finlayson, M., & Warren, H. (2013). Insiders or outsiders? Mental health service users' journeys towards full citizenship. *International Journal of Mental Health Nursing*, doi:10.1111/inm.12046
- Helliwell, J., Layard, R., & Sachas, J. (Edit) (2013). World Happiness Report 2013. Retirado de http://unsdsn.org/files/2013/09/WorldHappinessReport2013_online.pdf
- Henderson, V. (1994). *La nature des Soins Infirmiers*. Québec: Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Huppert, FA & Timothy, TC So (2013) Flourishing Across Europe: Application of a New Conceptual Framework for Defining Well-Being. *Soc Indic Res*. 110:837–861
- Jahoda, M. (1958). *Current Concepts of Positive Mental Health*. Florida: University of Florida.
- Jané-Llopis, E. & Anderson, P. (2005). Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe. Nijmegen: Radboud University Nijmegen.
- Jorm, A. F., & Reavley, N. J. (2011). *National Survey of Mental Health Literacy and Stigma*. Canberra: Department of Health and Ageing.
- Kivimaki, M., Vahtera, J., Helenius, H., Singh-Manoux, A., & Pentti, J. (2005). Optimism and Pessimism as Predictors of Change in Health After Death or Onset of Severe Illness in Family. *Health Psychology*, 24(4), 413–421.
- Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., & Thornicroft, G. (2006). Mental health policy and practice across Europe: an overview. In *Mental health policy and practice*. London: McGraw-Hill.
- Loureiro, L., Mendes, A., Barroso, T., Pereira dos Santos, J. C., Oliveira, R. A., & Ferreira, R. O. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de enfermagem Referência*, III(6), 157-166.
- Morin, E. (2002). *Os sete saberes para a educação do futuro*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Nações Unidas (2013). *Relatório do Desenvolvimento Humano - A Ascensão do Sul: Progresso Humano num Mundo Diversificados*. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Retirado de <http://www.un.org/files/HDR2013%20Report%20Portuguese.pdf>
- Nickel, J. W. (2007). *Making sense of human rights*. (2 ed.) Oxford: Blackwell .

- Nunes, I. (2011). *Ética de Enfermagem: fundamentos e horizontes*. Loures: Lusociência.
- Nunes, I. (2013). Desenvolvimento humano e enfermagem - horizontes da [nossa] ação. Conferência nas Comemorações do 101º aniversário da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, 29-Out-2013. Retirado de <http://comun.rcaap.pt/handle/123456789/4914>.
- Nussbaum, M. (1997). *Cultivating Humanity: A Classical Defense of Reforms in Liberal Education*. Cambridge: Harvard University Press.
- Nutbeam, D (2008) The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67, 2072–2078. Retirado de [http://www.sea-mist.se/hal/halsoteknik.nsf/bilagor/Nutbeam2009a_pdf/\\$file/Nutbeam2009a.pdf](http://www.sea-mist.se/hal/halsoteknik.nsf/bilagor/Nutbeam2009a_pdf/$file/Nutbeam2009a.pdf)
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012). *Relatório de Primavera – Crise & Saúde, Um país em Sofrimento*. Coimbra: Mar da Palavra – Edições, L.da.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Guia Orientador de Boas Práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária. Portugal: OE.
- Organisation for Economic Co-Operation And Development (OECD) (2001). *Citizens as Partners. Information, consultation and public participation in policy-making*. Retirado de http://www.ecnl.org/dindocuments/214_OECD_Engaging%20Citizens%20in%20Policy-Making.pdf
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2008). Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários. Uma perspectiva global. Retirado de http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf
- Pinto-Meza, A., Moneta, M. V., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bruffaerts, R., Caldas de Almeida, J. M., . . . , Haro, J. M. (2013). Social inequalities in mental health: results of the EU contribution to the World Mental Health Survey Initiative. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(2), 173-181. doi:10.1007/s00127-012-0536-3
- Rutter, M. (1985). Resilience in the Face of Adversity. Protective Factors and Resistance to Psychiatric Disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Santos, M. L. R. (2011). Saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários. Tese de Doutoramento. UA. <ps://ria.ua.pt/bitstream/10773/6738/1/Tese%20Luisa%20Santos.pdf>
- United Nations (2011) Resolution adopted by the General Assembly 65/309. Happiness: towards a holistic approach to development A/RES/65/309 25 August. Retirado de http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/65/309
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) (2013). *The Principle Of Respect For Human Vulnerability And Personal Integrity*. Report of the International Bioethics Committee of UNESCO. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- World Health Organization (WHO) (2001). *Strengthening mental health promotion*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (2005a). *Mental Health: Facing The Challenges, Building Solutions*. Report from the WHO European Ministerial Conference. Helsinki, Finland: WHO.
- World Health Organization (WHO) (2005b). *Mental Health Action Plan for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions*.
- World Health Organization (WHO) (2008). *Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2013). Health Literacy. Solid Facts. Retirado de <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/urban-health/publications/2013/health-literacy-the-solid-facts>



Editor/Editor:

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem / Health Sciences Research Unit: Nursing
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra / Nursing School of Coimbra

Editor Chefe / Editor in Chief

Manuel Alves Rodrigues, Ph.D., Agregação. Coordenador Científico da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
Scientific Coordinator of the Health Sciences Research Unit: Nursing

Editor Sénior / Senior Editor

Aida Cruz Mendes, Ph.D., Coordenadora Adjunta da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
Deputy Coordinator of the Health Sciences Research Unit: Nursing

Conselho Editorial / Editorial Board

Arménio Cruz, Ph.D. – Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
António Fernando Salgueiro Amaral, MS, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem
Anabela Pereira, Ph.D., Agregação – Professora Auxiliar com agregação, Universidade de Aveiro
Ananda Maria Fernandes, Ph.D. – Professora Coordenadora, Esc. Superior de Enfermagem de Coimbra
Clara Ventura, MS – Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Fernando Ramos, Ph.D. – Professor, Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra
João Luís Alves Apóstolo, Ph.D. – Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
João O. Malva, Ph.D. – Investigador Principal com Agregação da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
José Carlos Santos, Ph.D. – Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Manuel José Lopes, Ph.D. – Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora
Maria dos Anjos Dixe, Ph.D. – Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Instituto Politécnico de Leiria
Paulo Queirós, Ph.D. – Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Teresa Barroso, Ph.D. – Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Vitor Rodrigues, Ph.D. – Professor Coordenador na ESEVR, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Conselho Editorial Internacional/ Internacional Editorial Board

Alacoque Lorenzini Herdemann, RN, Ph.D. – Professora Titular da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil
Alan Pearson, RN, Ph.D. – Professor of Evidence Based Health Care at the University of Adelaide, Australia; Editor of the Journal of Nursing Practice
Christine Webb, RN, Ph.D. – Professor of Health Studies at the University of Plymouth, UK; Editora Técnica da Revista Journal of Advanced Nursing
Dalmo Valério Machado de Lima, Ph.D. – Professor adjunto, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Isabel Amélia Costa Mendes, Ph.D. – Diretora do Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil
F. Javier Barca Durán, Ph.D. – Professor Titular, Facultad de Ingeniería y Terapia Ocupacional, Universidad de Extremadura, Espanha
Manuel Amezcua, RN – Chefe de B. de Docência e de Investigação; Presidente da Fundação Índex, Granada, Espanha
Rodrigo Chácon Ferrera, MS – Professor Titular, Escuela Universitaria, Fac. de Ciencias de la Salud Las Palmas de Gran Canaria, Espanha

Conselho Consultivo / Consultive Board

Comissão Administrativa, Comissão Externa de Aconselhamento e Comissão de Ética da Unidade de Investigação / Administrative Council, Advisory External Council and Ethics Council of the Research Unit

Apoio Estatístico / Statistical Support

Manuel Gameiro, RN, MS
Luís Loureiro, Ph.D.

Apoio Documental / Documental Support

Fernanda Umbelino – Especialista em Ciências Documentais

Revisão Língua Inglesa / English Language Review

Christine Webb, RN, Ph.D.

Revisão Língua Espanhola / Spanish Language Review

Marta Estévez Pequeño, MS – Ensino de Espanhol como língua estrangeira

Secretariado Editorial / Editorial Office

Susana Branca – Lic. em Ciências da Informação

Divulgação e Distribuição/Distribution

Gabinete de Apoio aos Projetos, ESEnFC

Conversão Hyper Text Markup Language (HTML)

Serviço de Documentação da ESEnFC

Contactos

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra / Nursing School of Coimbra

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

Avenida Bissaya Barreto – 3001-091 Coimbra

Telef. 239 487 255 / 239 487 200 (ext. 2077)

E.mail: referencia@esenfc.pt (Revista de Enfermagem Referência)

investiga@esenfc.pt (Unidade de Investigação)

URL: <http://www.esenfc.pt/tr> (Revista de Enfermagem Referência - disponível em texto integral / Journal Referência available in full text)

URL: <http://www.esenfc.pt/ui> (Unidade de Investigação)

Ficha Técnica

Propriedade:

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra / Nursing School of Coimbra
Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
Avenida Bissaya Barreto – 3001-091 Coimbra
Telefs. 239 487 255 / 239 487 200 (ext. 2077)
E.mail: referencia@esenfc.pt (Revista de Enfermagem Referência)
investiga@esenfc.pt (Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem)
URL: <http://www.esenfc.pt/tr/site/> (Revista de Enfermagem Referência)
URL: <http://www.esenfc.pt/ui/site/> (Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem)

ELEMENTOS REFERENTES AO SUPLEMENTO DO N.º 11, III SÉRIE DA REV. ENF. REF.

Responsabilidade da organização

Luís Manuel de Jesus Loureiro, Ph.D. – Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

A comissão organizadora do 1º Congresso Internacional de Literacia em Saúde Mental agradece a todos os que contribuíram com entrega, dedicação e rigor para a elaboração deste documento

ORGANIZAÇÃO DE TEXTO E REVISÃO

Sara Paula da Silva Gomes, RN, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MAQUETIZAÇÃO E PAGINAÇÃO

Eurico Nogueira, MS em Tecnologias de Informação Visual

APOIO TÉCNICO

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

TÍTULO DE REGISTO DE MARCA NACIONAL

INPI-402077

DEPÓSITO LEGAL

119318/98

ISSN

0874.0283



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].