

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**SAÚDE MENTAL E CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS
PSICOACTIVAS EM ADULTOS NA COMUNIDADE**

Dissertação

Trabalho efectuado sob a orientação de:
Prof. Doutor Carlos Alberto da Cruz Sequeira

Sofia de Faria Oliveira

Porto, 2011

DEDICATÓRIA

À minha filha, Maria, a quem dedico este trabalho. Desculpa os momentos que passei “agarrada” ao computador...

Ao meu marido, obrigada pelo teu amor, apoio, dedicação, paciência, força, compreensão...

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Carlos Sequeira pela sua disponibilidade...

À Carla pela amizade, disponibilidade, dedicação, empenho e ajuda preciosa...

À Jacinta pelo apoio, camaradagem, boa disposição ...

À Beta, à Catarina ...

A todas as minhas amigas ...

A todos os utentes participantes na investigação.

A todos os meus colegas de trabalho, todos os elementos da equipa da UCSP, pela tolerância que tiveram ao longo destes meses e pelo encorajamento que obtive nos momentos mais complicados.

À Sara e à Sónia...

Ao meu pai, à minha mãe, à minha irmã, ao meu cunhado e aos meus sobrinhos, que estiveram sempre comigo nos momentos mais difíceis.

À minha avó que me transmitiu sempre confiança e pelos seus conselhos...

Ao meu avô...

Aos meus tios, São e Ferreira, às minhas primas, primos e priminhos Di, Jota e Princesa...

Na esperança de não ter deixado ninguém para trás, agradeço calorosamente. Sem todos vós este trabalho não teria sido possível...

Um muito obrigado!

ABREVIATURAS E SIGLAS

% - Percentagem

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

CCISM - Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

CES - Comissão de Ética da Saúde

CID - Classificação Internacional das Doenças

Cont. - Continuação

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direcção-Geral da Saúde

D.R. - Diário da República

DSM-IV - TR - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision*

ECLSM - Equipas Coordenadoras Locais de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

ECRSM - Equipas Coordenadoras Regionais de Saúde Mental

EPCCISM - Equipa de Projecto de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESPAD - *European School Survey on Alcohol and other Drugs*

GABA - Ácido gamma-aminobutírico

HTA - Hipertensão arterial

ICN - *International Council of Nurses* (Concelho Internacional de Enfermeiros)

IDT, IP - Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP

INS - Inquérito Nacional de Saúde

INPP - Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral Portuguesa

ISM - Inventário de Saúde Mental

OEDT - Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - Página

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SLSM - Serviço Local de Saúde Mental

SNC - Sistema Nervoso Central

SNS - Sistema Nacional de Saúde

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE - União Europeia

UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UNODC - *United Nations Office on Drugs and Crime*

WHO - *World Health Organization*

WONCA - *World Family Doctors Caring for People*

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	19
PARTE I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	
1- A SAÚDE MENTAL.....	23
1.1 - Saúde Mental: Conceito e Resultados Epidemiológicos.....	23
1.2 - Alguns Resultados da Investigação sobre Saúde Mental	27
1.3 - A Saúde Mental: A Realidade Portuguesa	31
1.4 - Saúde Mental Integrada nos Cuidados de Saúde Primários	33
2 - A IDADE ADULTA.....	39
2.1 - O Jovem Adulto	40
2.2 - O Adulto	42
2.3 - O Idoso.....	43
3 - AS SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS	47
3.1 - Conceito e Tipologia das Substâncias Psicoactivas	47
3.1.1 - Substâncias Psicoactivas Lícitas	49
3.1.2 - Substâncias Psicoactivas Ilícitas	51
3.2- O Consumo de Substâncias Psicoactivas	53
3.3 - Resultados da Investigação sobre o Consumos de Substâncias Psicoactivas	57
4 - DOENÇA MENTAL E CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS	61
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	
1 - FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO.....	65
1.1 - Objectivos do Estudo	66
1.2 - Tipo de Estudo	66
2 - METODOLOGIA	67
2.1 - População e Amostra.....	67
2.1.1 - Técnica de Amostragem	68
2.2 - Variáveis do Estudo	68
2.3- Instrumentos de Recolha de Dados	69
2.3.1- Questionário sobre Dados Sócio-demográficos	69
2.3.2 - Questionário sobre Consumo de Substâncias Psicoactivas	70
2.3.3 - Inventário de Saúde Mental	70
2.3.4 - Pré-Teste do Questionário.....	71

2.4 - Protocolo de Recolha de Dados	72
2.5 - Análise e Tratamento dos Dados	73
2.6 - Considerações Éticas	74
3 - RESULTADOS.....	75
3.1 - Caracterização da Amostra.....	75
3.1.1 - Características Sócio-demográficas	75
3.1.2 - Estilos de Vida	77
3.1.3 - Problemas de Saúde e Uso de Fármacos	79
3.1.4 - Tipo de Vigilância de Saúde	81
3.1.5 - Hábitos Tabágicos e Consumo de Bebidas Alcoólicas	82
3.1.6 - Consumo de Outras Substâncias Psicoactivas	84
3.2 - Saúde Mental.....	84
3.2.1 -Saúde Mental, Idade e Género	89
3.2.2 - Saúde Mental, Escolaridade	92
3.2.3 - Saúde Mental e Estado Civil	93
3.2.4 - Saúde Mental e a Prática de Exercício Físico	94
3.2.5 - Saúde Mental e Consumo de Tabaco	96
3.2.6 - Saúde Mental e Consumo de Fármacos.....	97
4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	99
CONCLUSÃO.....	107
BIBLIOGRAFIA.....	111
ANEXOS	119
ANEXO I - Autorização para a utilização de questões pertencentes ao II Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas à População Geral Portuguesa (2007).....	121
ANEXO II- Autorização para utilização do Inventário Saúde Mental concebido pelo Professor Doutor Pais Ribeiro	125
ANEXO III - Parecer favorável do CES da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.; Autorização do Director Executivo do ACES Cávado II - Gerês/Cabreira para a realização do estudo.	129
ANEXO IV - Protocolo de avaliação do estudo: “Saúde Mental e Consumo de Substâncias Psicoactivas em Adultos”: (1) Ficha sócio-demográfica; (2) Questionário sobre Consumo de Substâncias Psicoactivas; (3) Inventário de Saúde Mental de Ribeiro.....	135
ANEXO V - Nota explicativa do estudo “Saúde Mental e Consumo de Substâncias Psicoactivas em Adultos”	147
ANEXO VI - Declaração de Consentimento Informado.....	151

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Resultados de investigação entre saúde mental e os diferentes aspectos da vida adulta	29
TABELA 2: Resumo dos efeitos produzidos pelas substâncias psicoactivas ilícitas....	52
TABELA 3: Resumo das estimativas do consumo de substâncias psicoactivas na Europa	55
TABELA 4: Resumo da investigação sobre o consumo de substâncias psicoactivas analisada	58
TABELA 5: Distribuição dos participantes em função do género e grupo etário ...	76
TABELA 6: Idade média e distribuição dos participantes em função do nível de escolaridade e situação profissional.....	76
TABELA 7: Distribuição dos participantes em função do estado civil	77
TABELA 8: Distribuição dos participantes em função do número de refeições e horas de sono diárias	78
TABELA 9: Distribuição dos participantes em função da existência de problemas relacionados com o sono e tipo de problema indicado	78
TABELA 10: Distribuição dos participantes em função dos problemas de saúde ...	79
TABELA 11: Distribuição dos participantes em função do consumo de fármacos do tipo sedativo, tranquilizante ou hipnótico ao longo da vida.....	80
TABELA 12: Distribuição dos participantes em função do consumo de fármacos do tipo sedativo, tranquilizante ou hipnótico nos últimos 12 meses.....	81
TABELA 13: Distribuição dos participantes em função do consumo de tabaco	82
TABELA 14: Distribuição dos participantes em função do consumo de bebidas alcoólicas.....	83
TABELA 15: Distribuição dos participantes em função do consumo de outras substâncias psicoactivas	84
TABELA 16: Resultados descritivos obtidos pela amostra total a nível das subescalas, dimensões e resultado global do ISM	85
TABELA 17: Distribuição dos participantes de acordo com as opções de resposta escolhidas em cada item do ISM	86

TABELA 18: Resultados descritivos obtidos a nível das subescalas, dimensões e resultado global do ISM em função do grupo etário	90
TABELA 19: Resultados One-Way Anova do ISM em função do grupo etário.....	91
TABELA 20: Resultados descritivos e inferenciais obtidos a nível das subescalas, dimensões e resultado global do ISM em função do género	92
TABELA 21: Resultados descritivos e inferenciais obtidos a nível das subescalas, dimensões e resultado global do ISM em função do nível de escolaridade.	93
TABELA 22: Resultados descritivos e inferenciais obtidos a nível das subescalas, dimensões e resultado global do ISM em função do nível de escolaridade.	94
TABELA 23: Resultados descritivos e inferenciais obtidos a nível das subescalas, dimensões e resultado global do ISM em função da prática de exercício físico.....	95
TABELA 24: Resultados descritivos e inferenciais obtidos a nível das subescalas, dimensões e resultado global do ISM em função do consumo de tabaco na actualidade	96
TABELA 25: Resultados descritivos e inferenciais obtidos a nível das subescalas, dimensões e resultado global do ISM em função do consumo de fármacos do tipo sedativo, tranquilizante ou hipnótico	97

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Resumo das sete razões para integrar a saúde mental nos CSP, segundo a WHO & WONCA (2008).	35
FIGURA 2: Distribuição dos participantes em função do consumo de medicamentos (classe farmacológica).....	80
FIGURA 3: Frequência de consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses ..	83

RESUMO

Título: Saúde Mental e Consumo de substâncias Psicoactivas em Adultos na Comunidade

A saúde mental tem constituído um dos focos de interesse ao longo das últimas décadas, existindo actualmente uma preocupação crescente no desenvolvimento de estratégias de intervenção de carácter preventivo. Paralelamente, o consumo de substâncias psicoactivas tem-se assumido como outro foco de interesse relevante, pelo impacto significativo na vida das pessoas e sociedades. A associação entre saúde mental e o consumo de substâncias encontra-se bem documentada na literatura.

O presente estudo insere-se no âmbito da saúde mental e consumo de substâncias psicoactivas e foi desenvolvido com os objectivos de descrever os níveis de saúde mental, caracterizar o consumo de substâncias psicoactivas, analisar a associação entre as características sócio-demográficas e a saúde mental e analisar a associação entre saúde mental e consumo de substâncias psicoactivas, dos adultos na comunidade.

O nível de saúde mental e o consumo de substâncias lícitas e ilícitas foram avaliados através do ISM e do Questionário sobre Consumo de Substâncias Psicoactivas, respectivamente. O protocolo de recolha de dados foi aplicado numa UCSP a todos os utentes que aceitaram participar no estudo.

Participaram no estudo 150 adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 87 anos residentes numa região norte do país, metade dos quais são do género feminino, maioritariamente com escolaridade básica, casados e com actividade profissional.

Os resultados obtidos apontam para a existência de diferenças estatisticamente significativas nos níveis de saúde mental em termos de: género (subescala Ansiedade $p < 0,01$; dimensão *Distress* Psicológico $p < 0,05$; ISM global $p < 0,05$), as mulheres apresentam valores mais baixos; idade (subescala Laços emocionais $p < 0,05$), o grupo 1 (18-34 anos) apresenta níveis de saúde mental mais elevados; estado civil (subescala Laços emocionais $p < 0,001$), o grupo dos

casados são os que apresentam melhor resultados; prática de exercício físico (subescala Ansiedade $p < 0,05$; Depressão $p < 0,05$; ISM global $p < 0,05$), os participantes que o praticam apresentam resultados médios superiores; consumo de tabaco (subescalas Depressão $p < 0,05$, Perda de controlo Emocional/Comportamental - $p < 0,01$, dimensão *Distress* Psicológico $p < 0,05$; ISM global $p < 0,05$), os fumadores apresentam resultados médios inferiores; no consumo de fármacos do tipo sedativo, tranquilizante e hipnótico (subescalas Ansiedade $p < 0,001$, Depressão $p < 0,001$, Perda de controlo Emocional/Comportamental $p < 0,001$, Afecto positivo $p < 0,05$, dimensões *Distress* Psicológico $p < 0,001$ e Bem-estar psicológico $p < 0,05$; ISM global $p < 0,001$), os que afirmaram ter consumido pelo menos uma vez ao longo da vida apresentam resultados médios inferiores.

Ao nível do consumo de substâncias lícitas e ilícitas, 14% dos participantes apresentam hábitos actuais de consumo de tabaco, 78,7% de álcool e 2,7% de cannabis.

Os resultados obtidos sugerem uma análise, monitorização e intervenção em termos de Saúde Mental, de forma a auxiliar as pessoas a lidar com os seus problemas e a minimizar as consequências.

PALAVRAS-CHAVES: Saúde Mental, Adultos, Substâncias Psicoactivas, Cuidados de Saúde Primários

ABSTRACT

Title: Mental Health and Use of Psychoactive substances in Adults in the Community

Mental health has been a focus of interest over the past decades, there are now a growing concern in developing strategies for preventive intervention. In parallel, the consumption of psychoactive substances has been assumed to be another focus of major interest for significant impact on people's lives and societies. The association between mental health and substance abuse is well documented in the literature.

This study, pertaining to issues of mental health and psychoactive substance consumption, was developed with the objectives of identifying main mental health levels, characterizing psychoactive substance consumption, analyzing the association between the social-demographic characteristics and mental health, and analyzing the association between mental health and psychoactive substance consumption within the community.

Mental health levels were measured by the ISM and the consumption of licit and illicit drug was measured using the questionnaire "Questionário sobre Consumo de Substâncias Psicoactivas", as the protocol for data collection was applied within a UCSP to all patients that willingly accepted to participate in the study.

The study population was comprised of 150 adults, ranging from the ages of 18 to 87, residing in the northern region of Portugal, half of which are female, married, employed with primary/basic academic level backgrounds.

The results demonstrate that statistically significant differences exist within genders regarding mental health (subscale Anxiety - $p < 0,01$; dimension Psychological *Distress* - $p < 0,05$; global ISM - $p < 0,05$), where women exhibited lower values; age (subscale Emotional Ties - $p < 0,05$), where Group 1 (18-34 years of age) present higher mental health levels; marital status (subscale Emotional Ties - $p < 0,001$), where the married group reveals better results;

practice of physical exercise (subscale Anxiety - $p < 0,05$; Depression - $p < 0,05$; Global ISM - $p < 0,05$), where physically active participants exhibit higher average results; tobacco consumption (subscale Depression - $p < 0,05$, Lost of Emotional/Behavioral Control - $p < 0,05$), where smokers revealed lower average results; and sedative, tranquilizing and hypnotic drug consumption (subscale Anxiety - $p < 0,001$, Depression - $p < 0,001$, Lost of Emotional/Behavioral Control - $p < 0,001$, Positive Affection - $p < 0,05$, dimension Psychological Distress - $p < 0,001$ and Psychological well-being - $p < 0,05$; Global ISM - $p < 0,001$), where participants which have claimed to have consumed at least once in their lifetime, revealed lower average results.

Regarding licit and illicit substance consumption, 14% reported regular tobacco consumption habits, 78,7% alcohol consumption and 2,7% cannabis consumption.

The results suggest an analysis, monitoring and intervention in terms of Mental Health, in order to help people deal with their problems and minimize the consequences.

Keywords: Mental Health, Adults, Psychoactive Substances, Primary Health Care

NOTA INTRODUTÓRIA

A OMS (2001) no seu Relatório Mundial da Saúde refere que todos os países devem lançar campanhas de educação em saúde para sensibilizar as pessoas sobre a saúde mental, com o intuito de reduzir o estigma e a discriminação. Aproximadamente uma em cada quatro pessoas (25% da população) sofre em algum momento da sua vida de pelo menos um transtorno mental. A doença mental constitui cinco das dez principais causas de incapacidade a nível mundial, ou seja, perto de um terço da totalidade de incapacidades no mundo. Das dez recomendações que cada país deve adoptar, de acordo com os seus recursos e as suas necessidades, a monitorização da saúde mental na comunidade é uma delas. Esta monitorização é fundamental pois, permite verificar a eficácia de programas de prevenção/tratamento de saúde mental, auxilia na determinação de tendências e na detecção de mudanças da mesma (Ministério da Saúde, 2002).

O Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) refere: a saúde mental é uma das prioridades da Saúde Pública, na medida em que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental são a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade das nossas sociedades. Em Portugal, os grupos mais vulneráveis (mulheres, pobres e idosos) apresentam, aparentemente, um risco mais elevado de desenvolver um problema de saúde mental do que no resto da Europa (Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016).

A vida adulta é entendida, na maioria das vezes, como uma fase de estabilidade na qual a pessoa atingiu a maturidade, no entanto, a literatura mostra que esta fase é marcada por várias transições e transformações. Estas transformações/transições ocorrem tanto a nível biológico, psicológico e social, o que obriga o adulto a adaptações constantes. Dependendo da fase da vida adulta em que se encontra o indivíduo e dos recursos intra e interpessoais que possui, este irá responder a essas transformações/transições de diferente forma. De modo a facilitar o nosso estudo e a recolha de dados, distribuímos os adultos da nossa amostra em três grupos: (1) jovens adultos dos 18 aos 34 anos de idade; (2) adultos dos 35 aos 64 anos de idade; (3) idosos com 65 ou mais anos de idade. Isto porque, a evidência científica verificou diferenças a nível desenvolvimental e

adaptativas do adulto nas diferentes fases da sua adultez (*Schaie & Willis, 2001; Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2010*).

O primeiro grupo, o jovem adulto, pode ser caracterizado como o período da descoberta de si mesmo onde surgem novas experiências que conseqüentemente despontam para novos padrões de pensamento (*Papalia & Olds, 2000*). A fase adulta, também denominada fase intermédia ou da meia-idade, caracteriza-se por várias mudanças fisiológicas (aparência, funcionamento sensorial, psicomotor, menopausa, diminuição dos níveis de testosterona nos homens, entre outras), onde as diferenças individuais são crescentes. Nesta fase a pessoa também reavalia as suas pretensões para o futuro (*Coll et al., 2004; Papalia & Olds, 2000*). A terceira fase ou última fase da vida é considerada como a idade da reforma. As diferenças individuais tornam-se deveras evidentes e a morte torna-se uma preocupação constante (*Schaie y Willis, 2003; Sequeira, 2007*).

Razões epidemiológicas, políticas, económicas e sociais levaram a uma redobrada atenção sobre o consumo de substâncias psicoactivas devido às dimensões que o seu consumo adquiriu e ao impacto que tem nas sociedades modernas a nível mundial (*Ferreira-Borges & Filho, 2004*). Os problemas ligados ao consumo de álcool, tabaco e outras drogas (denominadas de substâncias psicoactivas) têm em termos de saúde pública, responsabilidade no aumento da mortalidade e morbidade em todo o mundo. O consumo de substâncias provoca diferentes conseqüências para a pessoa que a consome, para as pessoas que a rodeiam ou que estão expostas ao mesmo ambiente, para as instituições e para a sociedade. O uso destas substâncias leva ao aparecimento ou desenvolvimento de doenças físicas e mentais (*Filho & Ferreira-Borges, 2008*).

A Enfermagem tem um papel preponderante no que diz respeito ao acompanhamento da pessoa ao longo do seu ciclo vital, orientando-a para a melhoria da sua qualidade de vida, promovendo a sua saúde mental, prevenindo a doença mental e/ou auxiliando no processo de tratamento e de reabilitação.

O desconhecimento de indicadores de saúde mental e de consumo de substâncias psicoactivas de adultos inscritos numa UCSP (do Distrito de Braga) levou à inquietação por parte da investigadora, salientando a pertinência de desenvolver um trabalho empírico que reunisse evidências científicas a este respeito.

O propósito deste trabalho nasce como projecto de investigação, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Os objectivos delineados para este trabalho

foram: (1) Descrever os níveis de saúde mental dos adultos na comunidade; (2) Caracterizar o consumo de substâncias psicoactivas dos adultos na comunidade; (3) Analisar a associação entre as características sócio-demográficas e a saúde mental dos adultos na comunidade; (4) Analisar a associação entre saúde mental e consumo de substâncias psicoactivas dos adultos na comunidade.

De modo a alcançar os objectivos propostos, elaboramos um protocolo de recolha de dados constituído por um questionário sobre dados sócio-demográficos, sobre consumo de substâncias psicoactivas e o Inventário de Saúde Mental, que foi aplicado a todos os participantes no estudo.

Este trabalho, estruturalmente, apresenta-se organizado em cinco pontos fundamentais: (1) Enquadramento conceptual; (2) Metodologia; (3) Resultados; (4) Discussão e (5) Conclusão.

O enquadramento conceptual centrou-se na revisão da literatura nos domínios em estudo - saúde mental e consumo de substâncias psicoactivas. Paralelamente, e uma vez que os participantes do estudo são adultos, procedemos também a uma breve abordagem das características desenvolvimentais específicas desta fase do ciclo de vida, procurando diferenciar esta análise em função das fases que constituem a vida adulta - jovem adulto, adulto e idoso. No âmbito do consumo de substâncias psicoactivas, definem-se conceitos, tipologias e tendência de consumos no mundo, na Europa e em Portugal. Referimos ainda, alguns resultados da prevalência do consumo destas substâncias a nível mundial, europeu e em Portugal. Concluímos este capítulo com uma síntese da revisão da literatura sobre o consumo de substâncias psicoactivas em população adulta. Apresentamos ainda alguns resultados de estudos sobre a associação entre doença mental e o consumo de substâncias psicoactivas.

O estudo empírico desta dissertação foi desenvolvido junto de adultos de uma comunidade da região Norte do país, no qual são descritos: os fundamentos do estudo, tipo e objectivos pretendidos; metodologia utilizada, constituição da amostra e técnica de amostragem utilizada; variáveis do estudo; os instrumentos que constituem o protocolo de recolha de dados; selecção e abordagem dos participantes no estudo e recurso estatístico utilizado. De seguida são mencionados os principais resultados e a sua discussão. No sentido de sistematizar o trabalho desenvolvido, finalizamos a dissertação com uma conclusão onde se procura salientar alguns dos aspectos mais relevantes do nosso estudo, bem como, reflectir sobre a pertinência do mesmo no âmbito do exercício profissional da Enfermagem em Portugal.

O presente trabalho segue as orientações da ESEP para a redacção de trabalhos científicos e dissertações. As normas utilizadas para as citações e bibliografia estão de acordo com a norma ISO690.

PARTE I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1- A SAÚDE MENTAL

Nesta primeira parte serão abordados alguns conceitos no domínio da saúde mental, das fases da idade adulta e do consumo de substâncias psicoactivas, que irão servir de base ao nosso estudo e que resultaram de uma revisão da literatura.

A OMS reconhece a importância da Saúde Mental, desde a sua origem, como se pode constatar na sua definição de saúde: a saúde é *“um estado de completo bem-estar físico, mental e social”* e não apenas ausência de doença ou enfermidade. A maioria das doenças mentais e físicas são resultante de um conjunto de factores biológicos, psicológicos e sociais. Elas podem afectar pessoas de qualquer idade, em qualquer parte do mundo e causam sofrimento tanto à própria pessoa, como às suas famílias e comunidade onde está inserida (Ministério da Saúde, 2002, p.30).

A Comissão das Comunidades Europeias (2005) referiu que a saúde mental da pessoa possibilita a sua realização intelectual e emocional, a sua integração na escola, no trabalho, na sociedade. Ela contribui para a prosperidade, solidariedade e justiça social das nossas sociedades. O reverso, a doença mental, contribui com custos elevados, perdas, sobrecargas para outras pessoas, e aos sistemas sociais. A condição mental de cada pessoa é determinada por múltiplos factores: biológicos (ex. genética e género); individuais (antecedentes pessoais); familiares e sociais (enquadramento social); económicos e ambientais (estatuto social e condição de vida).

1.1 - Saúde Mental: Conceito e Resultados Epidemiológicos

OMS (2001) definiu saúde mental como o estado de bem-estar que permite aos indivíduos realizar as suas aptidões, enfrentar o *stress* normal da vida, trabalhar

de forma produtiva e frutífera e dar um contributo significativo à sociedade onde estão inseridos (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).

Para Sequeira (2006) a saúde mental da pessoa, resulta do desenvolvimento óptimo no contexto em que ela se insere, tendo em conta diversas variáveis (factores de natureza biológica, psicológicos, sociais, culturais e ecológicos). A pessoa tem boa saúde mental quando é capaz de estabelecer relações ajustadas com o outro, participa de forma construtiva com o meio que a rodeia, resolve/gera os seus próprios conflitos internos (mecanismos de *coping*¹ eficazes) e investe em realizações sociais. O significado de saúde mental não é só a ausência de doença, ou de perturbação mental ou de alteração do comportamento, nem tão pouco é a capacidade de se adaptar sistematicamente ao meio onde a pessoa está inserida. A saúde mental implica evidentemente, respostas adaptativas embora inadaptação não indique doença mental².

Segundo a *Canadian Federation of Mental Health Nurses* (2009), pode-se definir Saúde Mental como a capacidade de sentir, pensar e agir de forma a aumentar a capacidade de desfrutar da vida e lidar com os desafios que esta possa apresentar: (1) A pessoa deve ser capaz de compreender-se a si mesma e compreender a sua vida; (2) Relacionar-se com os outros respondendo às solicitações do meio ambiente envolvente; (3) Sentir prazer e satisfação, suportar o *stress* e o desânimo; (4) Avaliar os desafios e problemas; (5) Perseguir objectivos e interesses; (6) Explorar opções; (7) Tomar decisões.

Cada sociedade tem a sua própria definição de doença mental, isso porque, depende do contexto social, cultural, económico e legal onde se está inserido (OMS, 2005). A monitorização da saúde mental a nível comunitário é fundamental pois, só assim se contribuirá para a prevenção, tratamento, reabilitação, reintegração/reinserção atempada da pessoa doente, de forma a reduzir o estigma, a discriminação, que a doença mental ainda acarreta nas sociedades actuais.

A OMS (2001) reconheceu a imperiosa necessidade de todos os países passarem a intervir activamente no campo da saúde mental, através de estratégias sistemáticas, com o fim de reduzir a carga individual, familiar e social

¹ *Coping* - “... é um tipo de adaptação com as características específicas: disposição para gerir o *stress*, que constitui um desafio aos recursos que o indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotectores que o defendam contra ameaças subjacentes que são apercebidas como ameaçadoras de uma auto-estima positiva; acompanhado por um sentimento de controlo, diminuição de *stress*, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico (1999).” (CIPE, 2002).

² Doença mental - É a situação patológica em que a pessoa apresenta distúrbios na sua organização mental (Sequeira, 2006).

que os transtornos mentais causam à pessoa doente, à família, às instituições e às sociedades (Ministério da Saúde, 2002).

Uma em quatro pessoas sofre de perturbação mental³ e comportamental, em algum momento ao longo da sua vida, o que corresponde a 25% da população. Cerca de 450 milhões de pessoas, em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, apresentam perturbações mentais sendo as de maior impacto a depressão, o abuso de substâncias, a esquizofrenia e as demências, que afectam pessoas de todas as faixas etárias e classes sociais. Prevê-se que até ao ano 2020 se verifique um aumento dessas perturbações (perturbação depressiva, perturbação causada pelo uso de substâncias psicoactivas, esquizofrenia, demências, perturbações da infância e adolescência, comorbilidade⁴, etc.). A OMS (2001) referiu que a nível mundial, as perturbações mentais são responsáveis por cerca de 31% dos anos vividos com incapacidade, sendo na Europa de aproximadamente 40% (Ministério da Saúde, 2002).

Apesar das perturbações mentais causarem pouco mais de 1% das mortes, mais de 12%⁵ da carga proveniente das doenças em geral, mundialmente, decorre destas perturbações. Das dez principais causas de incapacidade, cinco são perturbações mentais (D.R., I Série Nº 47 - 2008/03/06, p. 1396).

A inexistência de um inquérito de morbilidade psiquiátrica, de âmbito nacional e regional, leva a que não se conheça a prevalência e incidência da grande maioria das perturbações mentais em Portugal.

Em 2001, o 3º Censo Psiquiátrico⁶, realizado no nosso país, apresentou alguns resultados relativamente às patologias do foro psiquiátrico mais frequentes. Observou-se uma maior percentagem de patologias no género feminino, comparativamente ao género masculino, destacando-se assim nas mulheres: a depressão (21,6%); seguido dos atrasos mentais, neuroses, psicoses afectivas, perturbações de adaptação, síndromes demências, (em 13,9%; 11,0%; 9,9%; 8,8%,

³ Perturbação mental e comportamental é a situação clínica significativa que se caracteriza por alterações no modo de pensar, do humor (emoções), ou dos comportamentos associados de angústia da própria pessoa e/ou da deterioração do seu funcionamento (Ministério da Saúde, 2002).

⁴ Comorbilidade pode ser definida como a ocorrência de duas ou mais perturbações mentais e/ou comportamentais que a pessoa possa apresentar simultaneamente, por ex. ansiedade e perturbação depressiva (Ministério da Saúde, 2002).

⁵ Na Europa este número aumenta para os 24%.

⁶ 3º Censo Psiquiátrico, realizado no mês de Novembro de 2001, teve a participação de 66 instituições de saúde (45 públicas, 18 Institutos religiosos, 3 instituições privadas), num total de 17902 pessoas, das quais 55% mulheres, 44% homens e 1% de género desconhecido. Os dados obtidos incluíram consultas e urgências (pela primeira vez), para além dos internamentos, tendo sido classificadas as patologias de acordo com a CID - 9ª revisão (DGS, 2004).

5,0% respectivamente). Já a esquizofrenia e as alterações associadas ao consumo de álcool e drogas surgiram em menor número no género feminino (13,5%; 3,9%; 0,8% respectivamente) (DGS, 2004, p.52).

Comparando as patologias pelos diferentes grupos etários de participantes no estudo (menores de 15 anos; entre os 15 - 34 anos; 35 - 64 anos e 65 e mais anos de idade), as conclusões foram: no grupo etário 15 - 34 anos de idade, a esquizofrenia foi a patologia mais observada (20,2%), seguindo-se os atrasos mentais (13,8%), as depressões (11,9%), as neuroses (10%), as alterações associadas ao consumo de álcool (8,5%) e drogas (5,6%); no grupo etário 35 - 64 anos de idade, a esquizofrenia foi a patologia em maior número observada (22,8%), seguindo-se as depressões (17,2%), os atrasos mentais (14,7%), as alterações associadas ao consumo de álcool (10,9%) e de drogas (1,2%); no grupo etário 65 ou mais anos, a esquizofrenia foi a patologia mais observada (24,2%), seguindo-se as síndromes demenciais (17,7%), as depressões (13,9%), os atrasos mentais (10,7%) e as alterações associadas ao consumo de álcool (4%) e drogas (0,1%) (DGS, 2004, p.53).

O Relatório Primavera desenvolvido em 2010 pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde, deu-nos a conhecer que, em Março de 2010, foram apresentados os resultados preliminares do primeiro estudo de morbilidade psiquiátrica em Portugal, inserido num consórcio internacional (OMS, Universidade de Harvard), com a participação portuguesa da Universidade Nova de Lisboa. Estes resultados mostraram que (apesar do estudo ainda não estar concluído) Portugal é o país europeu com maior prevalência de doenças mentais na população e que no ano de 2009: quase um em cada cinco portugueses sofreu de uma doença do foro psiquiátrico (23%); quase metade (43%) já teve uma destas perturbações ao longo da vida; cerca de 33,6% dos doentes com perturbações graves não tiveram qualquer tipo de tratamento; dos doentes acompanhados, 38,9% foram assistidos em serviços especializados de saúde mental e 47,1% foram acompanhados em consultas de Medicina geral e Familiar.

Outro estudo efectuado em Portugal, o *Eurobarometer*⁷ sobre saúde mental⁸ (2010) chegou aos seguintes resultados: dos portugueses inquiridos, 15% referiram que tomaram anti-depressivos nos últimos 12 meses (55% tomaram anti-

⁷ *Eurobarometer*, é o resultado da análise da opinião pública da Comissão Europeia, que foi criado em 1973. Através de sondagens e de estudos realizados nos países dos estados membros, a Comissão Europeia segue regularmente a opinião dos seus cidadãos.

⁸ O estudo *Eurobarometer* sobre saúde mental foi realizado entre o dia 27 de Fevereiro e 15 de Março de 2010, em Portugal (1032 entrevistados) e entre 26 de Fevereiro e 17 de Março de 2010, em 27 países pertencentes à UE (26800 entrevistados).

depressivos devido a depressão e 41% devido a ansiedade), enquanto a média europeia foi de 7%; dos inquiridos portugueses, 21% (mais 5 pontos percentuais desde o ano de 2005) procuraram ajuda profissional nos últimos 12 meses devido a problemas psicológicos e emocionais, enquanto a média da UE foi de 15%.

As perturbações mentais podem influenciar a evolução e o desenvolvimento de doenças crónicas associadas (ex. cancro, diabetes, cardiopatias, etc.). Numerosos estudos revelaram que as pessoas com transtorno mental não tratado, têm mais probabilidade de apresentar uma conduta negligente em relação à sua saúde, não cumprindo o tratamento médico prescrito, padecerem de disfunção a nível do sistema imunitário e sofrer uma evolução negativa da sua doença. Foi demonstrado que doentes com depressão têm três vezes mais probabilidade de incumprir a prescrição médica do que os que a não possuem, e ainda, que a depressão é um factor preditivo na incidência de cardiopatias (OMS, 2002, p.3).

1.2 - Alguns Resultados da Investigação sobre Saúde Mental

A investigação no domínio da saúde mental é muito vasta e diversificada. Considerando o âmbito e objectivos do nosso trabalho focalizamos a análise em estudos que examinam a associação entre saúde mental e diferentes aspectos da vida dos adultos/indivíduos. Na Tabela 1 afiguram-se concisamente, os resultados de alguns estudos de investigação e implicitamente a referência de: (1) nome do autor, ano de publicação e país, (2) número de participantes/ amostra, (3) intervenção realizada, (4) abordagem/ metodologia utilizada, (5) principais resultados.

Os resultados da nossa pesquisa (adoptada para a revisão sistemática da literatura) foram obtidos através da aplicação do método PI[C]OD⁹, tendo como guia as nossas questões de investigação. Entre o mês de Novembro de 2010 a Julho de 2011, utilizando os idiomas, espanhol e inglês, onde estabelecemos um limite de datas desde Janeiro de 2005 a Julho de 2011, recorremos à pesquisa em base de dados electrónica, nomeadamente: MEDLINE; *MedicLatina with Full Text*; via EBSCO e B-ON. As palavras-chave seleccionadas foram de acordo com a temática, as seguintes: (1) *Mental health*; (2) *Psychoactive substance consume*; (3) *Adult*.

⁹ Método PI[C]OD: P - participantes; I - intervenção; C - contexto do estudo; O - resultados (*outcomes*); D - desenho ou tipo de estudo (Ramalho, 2005 citado por Petronilho, 2008).

Foram identificados um número diversificado de trabalhos científicos nas diferentes bases de dados, que se debruçavam sobre um vasto leque de variáveis. Alguns estudos foram rejeitados *a priori* pelo seu título e outros após a leitura dos seus resumos. Considerando os objectivos do nosso estudo, seleccionamos sete.

Globalmente, todos os estudos seleccionados foram realizados com indivíduos em idade adulta, são essencialmente de natureza correlacional e analisam a associação entre saúde mental e variáveis como: características sócio-demográficas (ex. género, estado civil); estilos de vida; características psicológicas dos participantes (Tabela 1).

TABELA 1: Resultados de investigação entre saúde mental e os diferentes aspectos da vida adulta

Autor, ano de publicação, país	Participantes/ Amostra	Intervenção	Abordagem/ Metodologia	Principais Resultados
1. <i>De la Cruz-Sánchez et al.</i> , 2011, Espanha	29478 adultos (11645 homens; 17833 mulheres).	Estudo sobre a relação entre saúde mental e a prática do exercício físico e actividades de lazer.	Estudo transversal.	Quer homens quer mulheres dos diferentes grupos etários que realizam actividade física, apresentam melhores indicadores de saúde. Ficou evidenciado que o grau de associação aumenta proporcionalmente, em função do nível de actividade física realizada pelos indivíduos. Os autores concluíram que a prática de actividade física durante o tempo livre está associada à menor prevalência de indicadores negativos de saúde mental.
2. <i>Ardington e Case</i> , 2010, África do Sul	12069 adultos.	Estudo sobre a relação entre saúde mental, estatuto socioeconómico e educação.	Estudo epidemiológico.	Os resultados apontam para a existência de uma relação negativa entre saúde mental e três indicadores do nível socioeconómico (agregado familiar, despesas <i>per capita</i> e bens materiais possuídos) e uma relação positiva entre saúde mental e educação. Assim, indivíduos com baixo nível socioeconómico apresentavam mais indicadores negativos de saúde mental (ex., sintomatologia depressiva), ao passo que indicadores positivos de saúde mental eram mais frequentes em indivíduos mais instruídos. Os autores chamam mesmo a atenção para o facto de haver relação aproximadamente linear entre os níveis de saúde mental e os três indicadores do estatuto socioeconómico.
3. <i>Fledderus et al.</i> , 2010, Holanda.	93 adultos com idade média de 49 anos de idade.	Conhecer a relação entre flexibilidade psicológica e saúde mental e testar o efeito mediador desta na promoção da saúde mental.	Estudo experimental.	Os resultados obtidos sugerem que (1) indivíduos com maior flexibilidade psicológica (aceitação da experiência e comportamento baseado em valores) apresentavam melhores indicadores de saúde mental (bem-estar emocional, bem-estar social e bem-estar psicológico); (2) a flexibilidade psicológica medeia a promoção da saúde mental, isto é, a saúde mental pode ser promovida através da estimulação de competências de aceitação e integração da experiência e de acções/comportamentos baseados em valores pessoais.

Autor, ano de publicação, país	Participantes/ Amostra	Intervenção	Abordagem/ Metodologia	Principais Resultados
4. Fernandes et al., 2009, Portugal	168 adultos entre os 60 e 95 anos de idade (102 mulheres; 66 homens).	Investigar os níveis de actividade física de adultos e a sua influência nos domínios da satisfação com a vida, a auto-estima e do crescimento pessoal.	Estudo de natureza transversal, do tipo causal - comparativo.	Os autores concluíram que cerca de 41.1% da amostra global não pratica actividade física, sendo superior no género feminino e idosos mais velhos. Comprovaram que a adopção de estilos de vida activa por parte da população idosa, no que concerne à esfera positiva da saúde mental, é um patamar a atingir para obter os níveis mais elevados de auto-estima, satisfação com a vida e crescimento pessoal.
5. Simon e Barret, 2007, Estados Unidos da América.	1803 jovens com idades entre os 18 e os 24 anos de idade.	Avaliar diferenças de género na associação entre relações amorosas (não maritais) e saúde mental.	Estudo epidemiológico.	Os resultados sugerem diferenças de género nesta associação em função de características específicas da relação amorosa. Assim, no caso das mulheres, aspectos da relação como, menor duração da relação e separação recente, contribuem mais para piores indicadores de saúde mental. Enquanto nos homens, características como suporte por parte da companheira e tensão na relação, contribuem mais significativamente para indicadores de pior saúde mental.
6. Westerhof e Keyes, 2010, Holanda.	1340 indivíduos com idades entre 18 e os 87 anos de idade.	Procurar estudar os padrões de saúde mental.	Estudo transversal do tipo quantitativo.	Globalmente, os resultados apontam para diferenças significativas ao nível da saúde mental entre idosos e jovens. Assim, os idosos, com excepção dos da 4ª idade, apresentavam menos indicadores de psicopatologia e mais indicadores de saúde mental do que os jovens. Especificamente, os idosos experienciavam mais bem-estar emocional e psicológico do que os jovens e níveis de bem-estar social similares.
7. Fleury et al., 2011, Canadá.	2443 indivíduos	Estudo sobre a construção de uma tipologia de adultos com doença mental em função das características sócio-demográficas.	Estudo epidemiológico	Foram encontradas diferenças em termos de género ao nível da saúde mental. O género feminino estava mais associado a perturbações depressivas e de ansiedade e o masculino ao abuso e dependência de substâncias.

TABELA 1 (cont.)

Os profissionais de saúde têm um papel importante na redução do impacto das perturbações mentais e na contribuição para a promoção da saúde mental da população, bem como na promoção e protecção dos direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental.

1.3 - A Saúde Mental: A Realidade Portuguesa

Após uma análise da prevalência de problemas de saúde mental, verificou-se que Portugal se assemelha a alguns países da Europa. Os grupos mais vulneráveis, mulheres, pobres, idosos, parecem apresentar um risco mais elevado no nosso país que no resto dos países da Europa. Nas últimas décadas, Portugal demonstrou uma melhoria a nível dos serviços de saúde mental. Foi um dos primeiros países europeus a adoptar uma lei nacional de acordo com os princípios da sectorização e da descentralização de cuidados (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007).

O objectivo fulcral de legislação em saúde mental é proteger, promover, melhorar a vida e o bem-estar social das pessoas. Pessoas com perturbações mentais são ou podem ser especialmente vulneráveis a abuso e violação dos seus direitos. Uma legislação que proteja os seus cidadãos mais vulneráveis espelha uma sociedade/país que respeita e cuida da sua população. A aplicação de leis representa um mecanismo necessário para garantir a atenção e o tratamento adequado, a protecção dos direitos humanos e a promoção da saúde mental da população. Só através destas se podem reforçar as metas e atingir objectivos propostos (OMS, 2005).

No passado, em Portugal, a saúde mental não fez parte das prioridades dos Ministérios da Saúde. O facto de apresentar recursos muito baixos (estruturas, profissionais, finanças, etc.), mal distribuídos e geridos, impediu um maior desenvolvimento e uma melhoria desses serviços de saúde mental. A reduzida participação dos utentes e da família, a escassez de trabalhos de investigação relacionados com a Psiquiatria e saúde mental, a limitada resposta às necessidades de grupos vulneráveis, a quase ausência de programas de promoção/prevenção, são sinais importantes que devem ser referenciados (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007).

Em termos organizacionais, Portugal possui serviços de saúde mental a nível local e regional, interligados com a Rede de Referência Hospitalar (tendo cada hospital as suas áreas de influência). A prestação de cuidados de saúde mental é efectuada em Departamentos de Psiquiatria pertencentes a hospitais gerais. Na área da toxicodependência, o IDT, IP¹⁰, é o órgão específico que assiste pessoas com problemas ligados ao abuso/dependência de drogas e álcool (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007).

No Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007) - Plano de Acção 2007-2016, são perceptíveis falhas, no que diz respeito à acessibilidade, equidade e qualidade dos cuidados, que apresentamos de seguida: (1) apenas uma pequena parte da população com problemas de saúde mental têm acesso aos serviços de saúde públicos especializados em saúde mental; (2) a maioria dos recursos ainda está centrada nos grandes centros (Lisboa, Porto e Coimbra) e existem unidades com óptimas instalações que funcionam parcialmente; (3) o número de Psiquiatras nos hospitais psiquiátricos e nos Departamentos de Saúde Mental de hospitais gerais, ainda é insuficiente; (4) o número de internamentos continua a ser elevado, apesar da evidência científica mostrar que as intervenções realizadas na comunidade são as mais recomendadas; (5) há problemas na acessibilidade aos cuidados especializados (na marcação de consultas), o intervalo de tempo que decorre entre a alta clínica e a marcação de consulta pós alta é muito demorada, o que põe em causa a continuidade dos cuidados; (6) as equipas de saúde mental possuem um número reduzido de técnicos como: enfermeiros, psicólogos, técnicos do serviço social, terapeutas ocupacionais, etc.; (7) a qualidade dos serviços (após uma avaliação realizada pelos profissionais) foi considerada inferior ao razoável, verificando-se tal facto, também nos serviços de ambulatório; (8) os recursos humanos são a área de maior incumprimento de critérios e padrões de qualidade, bem como a organização administrativa.

Recentemente, a Portaria nº 149/2011, de 8 de Abril, estabeleceu a Coordenação Nacional, Regional e Local das Unidades de Equipas Prestadoras de CCISM e as condições de organização e funcionamento das unidades e equipas prestadoras de CCISM para a população adulta, infância e adolescência. A criação dos CCISM permite que a RNCCI abranja pessoas com problemas de saúde mental, de forma a criar estruturas reabilitativas psicossociais que respondam aos diversos

¹⁰ IDT - Instituto da Droga e da Toxicodependência, tem como missão, promover e redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas e a diminuição da toxicodependência (IDT, 2011).

graus de incapacidades e dependência provocadas pela doença mental grave (D.R., I Série - Nº 70 - 8 de Abril de 2011, p.2085-2096).

A coordenação local das unidades e equipas de CCISM é assegurado por ECLSM. A ECLSM é multidisciplinar e integra no mínimo, um médico, um enfermeiro e um técnico do serviço social do SLSM e ainda um técnico do serviço social da Segurança Social, I.P.. À ECLSM compete: (1) identificar necessidades e propor à ECRSM; (2) assegurar a articulação com as unidades e equipas prestadoras a nível local; (3) decidir sobre a admissão do utente e mobilidade nas unidades e equipas; (4) manter actualizado o sistema de informação; (5) assegurar a admissão do utente noutra unidade ou equipa ou a preparação do regresso deste, para a sua casa; etc. (D.R., I Série - Nº 70 - 8 de Abril de 2011, p.2087).

A portaria aprovada vem ao encontro dos acordos firmados por Portugal e a UE, bem como as recomendações da OMS e do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem (D.R., I Série - Nº 70 - 8 de Abril de 2011).

1.4 - Saúde Mental Integrada nos Cuidados de Saúde Primários

Os CSP são para qualquer país do mundo, a base do sistema de saúde, sendo considerados a sua “espinha dorsal” (Peres, 2004). Eles são o primeiro nível de contacto com o SNS para as pessoas, as suas famílias e a comunidade onde vivem. Os cuidados prestados são realizados o mais próximo possível dos seus locais de residência e dos locais onde trabalham (ICN, 2008).

Os Centros de Saúde são tradicionalmente associados aos CSP sendo aqueles que identificam e iniciam o tratamento precoce dos sintomas (Moreira et al., 2005; Teixeira, 2008). Para os mesmos autores, os Centros de Saúde (dos países que apresentam o seu Sistema de Saúde mais ou menos bem organizados), tornam-se o recurso mais fácil à maioria das pessoas, na procura de ajuda para os seus problemas. O facto de poder dirigir-se ao seu médico de família torna-se menos estigmatizante do que recorrer a um psiquiatra e torna-se mais facilitador pois existe uma relação mais próxima que pode já estar estabelecida há anos.

Diversos argumentos foram expostos por Moreira et al. (2005) no sentido de demonstrar o envolvimento activo dos profissionais de saúde que integram as equipas dos CSP, entre outros, os médicos de família, na prevenção das doenças mentais: (1) os profissionais de saúde que integram os serviços dos CSP são

aqueles que melhor conhecem o utente/ família e estão mais despertos para determinados factores de risco. São os agentes privilegiados na prevenção e identificação precoce de determinadas patologias bem como, na prevenção da psicopatologia; (2) há evidências de prognósticos mais favoráveis em utentes onde o diagnóstico da perturbação/doença são identificados e tratados mais precocemente; (3) o conhecimento da história familiar, possibilita antecipar-se aos momentos de crise, intervindo logo que ocorra um acontecimento de vida stressante (que poderia desencadear a crise); (4) as perturbações mentais têm repercussões em diferentes domínios da vida da pessoa (absentismo no trabalho, suicídio, dificuldades interpessoais, etc.) e nas pessoas que vivem com elas. Muitas doenças familiares estão associadas a padrões de relacionamentos; (5) a doença física crónica surge, a maioria das vezes, associada a perturbações mentais; (6) usualmente a existência de perturbações/doença mental torna a pessoa mais vulnerável a doenças físicas; (7) existe ainda muita relutância, na maioria das pessoas, no facto de ser consultado por um Psiquiatra; (8) a ineficácia dos tratamentos nas perturbações mentais deve-se ao abandono da medicação. Torna-se necessário trabalhar a motivação da pessoa, esclarecendo as suas dúvidas.

Mais tarde, a OMS (2008) declara que a integração da saúde mental nos CSP conduz a benefícios significativos e as suas principais vantagens são: (1) assegurar que toda a população tenha acesso aos cuidados de saúde que precisa, inclusive cuidados de saúde mental; (2) aumentar a probabilidade de resultados positivos para os problemas quer de saúde mental e/ou físicos.

A mesma fonte acrescenta sete razões centrais para a integração da saúde mental nos CSP: (1) a doença mental é um fardo pesado, a sua presença cria uma carga substancial a nível pessoal e familiar, produzindo significativas dificuldades a nível socioeconómico; (2) os problemas de saúde mental e físicos estão interligados. Uma integração da saúde mental nos CSP ajuda a garantir que as pessoas sejam tratadas de forma holística, atendendo às necessidades de saúde mental de pessoas com deficiência física ou com distúrbios, bem como, às necessidades de saúde física de pessoas com doença mental; (3) em todos os países existem lacunas entre a prevalência de pessoas com doença mental e o número de pessoas que estão a receber tratamento, para além das multiplicidades destes tratamentos; (4) a integração da saúde mental nos CSP é a melhor forma de assegurar o tratamento que as pessoas necessitam, por ter um acesso mais fácil e mais perto das suas casas, por manterem as famílias unidas e não prejudicarem as

actividades de vida diárias. Os CSP também promovem campanhas de sensibilização na comunidade no âmbito da doença/saúde mental e acompanham os doentes ao longo do seu tratamento informando, supervisionando, gerindo, etc.; (5) a saúde mental integrada nos CSP promove o respeito dos direitos humanos, minimizam o estigma e a discriminação; (6) cuidados mais acessíveis, custos mais baixos; (7) a maioria das pessoas, com doença/perturbação mental, tratadas em CSP apresentam bons resultados.

Na Figura 1, apresentamos esquematicamente as sete razões para integrar a saúde mental nos CSP, segundo a WHO & WONCA (2008, p.22).

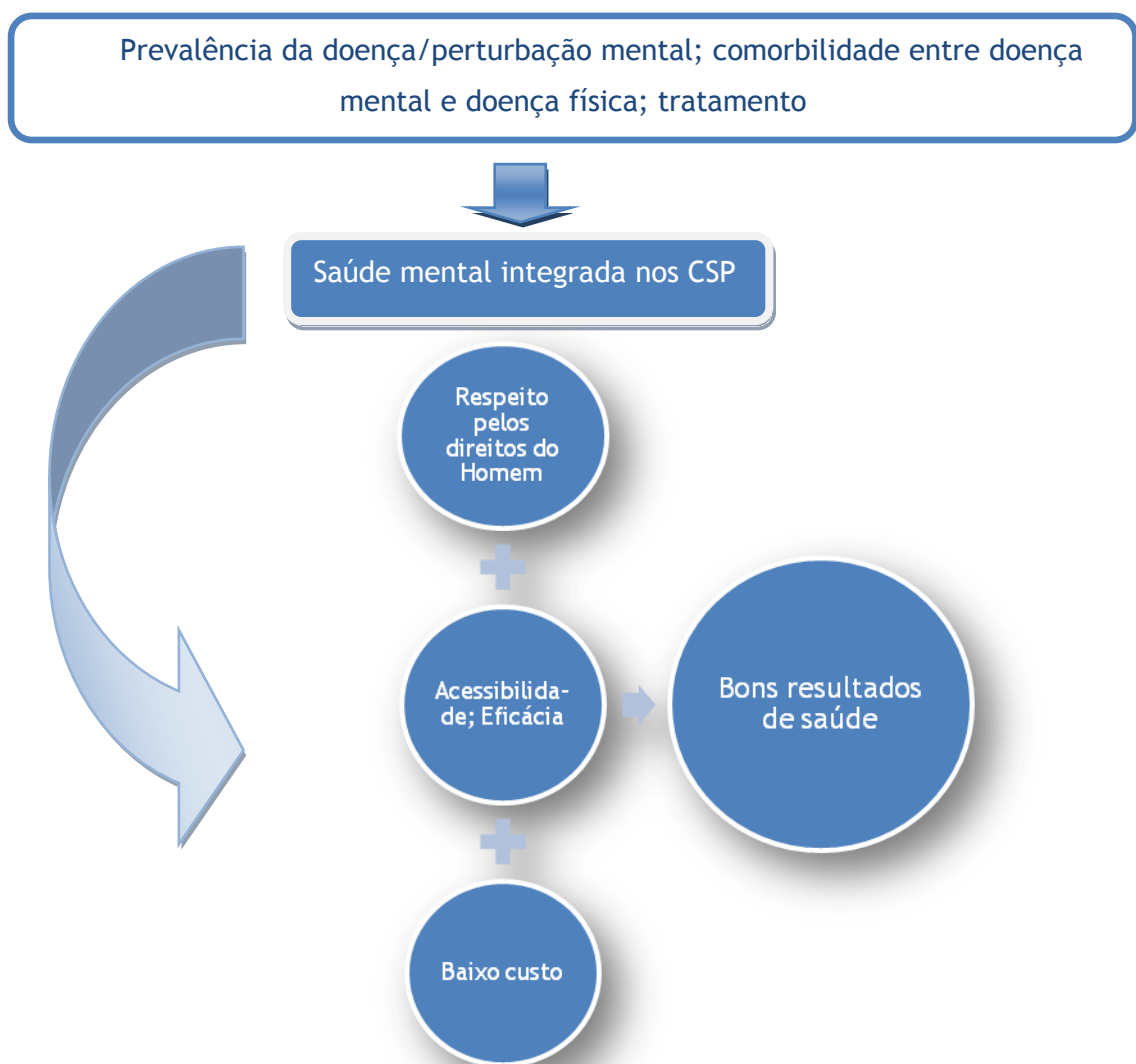


FIGURA 1: Resumo das sete razões para integrar a saúde mental nos CSP, segundo a WHO & WONCA (2008).

Fonte: Adaptado de WHO & WONCA, 2008, p.22.

De acordo com Sequeira (2006) o trabalho desenvolvido nos CSP ao nível da prevenção primária e da promoção da saúde mental é importante, para que no futuro possamos obter uma sociedade com menor ocorrência de doença mental. Na mesma linha, o autor refere que é necessário munir os CSP com profissionais de saúde (com formação na área da saúde mental) capazes de conceberem projectos, de forma a alcançar todos os grupos de pessoas em risco de desenvolverem uma perturbação mental ao longo das suas vivências. O papel dos enfermeiros deve ser centrado na prevenção da doença mental, no tratamento das alterações do aparelho psíquico, reintegrando a pessoa/família/comunidade, de forma a melhorar a sua qualidade de vida.

Os enfermeiros têm um papel singular no seio das equipas de saúde. São os profissionais de saúde com maior capacidade de fazerem a ligação entre a pessoa doente e os outros elementos da equipa de saúde. Isto deve-se à relação privilegiada entre o enfermeiro e o doente. Neste sentido, os enfermeiros dos CSP têm um papel relevante no que concerne ao acompanhamento da pessoa doente, instruindo e aconselhando-a (e/ou o seu prestador de cuidados), quanto às medidas mais adequadas para a sua situação de doença. O acompanhamento periódico, através da visita domiciliária, permite observar, avaliar, vigiar, gerir, informar, aconselhar, supervisionar, encaminhar (sempre que necessário), executar tratamentos ao doente, assegurando a continuidade dos cuidados prestados.

A Enfermagem abarca o cuidado autónomo e em colaboração com as pessoas nas diferentes etapas das suas vidas, com as famílias, os grupos e as comunidades, doentes ou não e em todos os ambientes. A profissão de Enfermagem inclui a promoção da saúde, prevenção da doença e o cuidado a pessoas doentes, incapacitadas ou em estado terminal. São também papéis fundamentais da Enfermagem: a advocacia; promoção de ambiente seguro; a educação; a participação na gestão dos doentes, nos sistemas de saúde e nas políticas de saúde (ICN, 2008).

A Saúde Mental e Psiquiatria é uma área de especialização da Enfermagem que baseia os seus conhecimentos na evidência científica e nas experiências da prática onde a promoção/prevenção/tratamento da saúde mental são o pilar do seu trabalho. A promoção e prevenção ou o decréscimo da doença mental são a grande meta do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (*Canadian Federation of Mental Health Nurses*, 2009).

O enfermeiro assume um papel importante na prevenção, tratamento, reintegração das pessoas, sendo um dos elementos da equipa de saúde que mais próximo se encontra da pessoa e a acompanha ao longo do seu ciclo vital. É importante que o enfermeiro: avalie; reconheça; trabalhe em parceria; mobilize informação; compreenda e responda às reacções humanas; oriente/encaminhe; apoie a pessoa/família/comunidade; identifique as doenças crónicas, de forma a melhorar a sua qualidade de vida (*Canadian Federation of Mental Health Nurses*, 2009).

No decorrer da sua existência o Homem passa por transformações de ordem física, psicológica, social, que se vão desenvolvendo/acontecendo positiva ou negativamente. Cada pessoa responde a estas transformações/mudanças de forma diferente dependendo da fase da vida em que se encontra.

A conceptualização das influências que ocorrem no desenvolvimento da pessoa ao longo da vida é necessária e deve ser considerada, pois nas diferentes fases do desenvolvimento deparamo-nos com “*períodos críticos*”. Estes períodos mostram maior susceptibilidade da pessoa a um dado evento bem como, o potencial impacto que lhe possa causar e as suas influências a nível social que lhe possam trazer (Ferreira-Borges & Filho, 2004, p.31).

As transformações que surgem na idade adulta acontecem de forma mais lenta do que nas restantes. “*Os adultos são menos parecidos entre si do que as crianças*” (Coll et al., 2004, p.405). Segundo os mesmos autores, quanto mais tempo a pessoa vive, mais se tornam visíveis as diferenças individuais (estas decorrem da acumulação de experiências vividas pela própria pessoa). A pessoa adulta é progressivamente mais responsável (a nível do seu comportamento, do saber ser, do saber fazer), ao longo do seu percurso, a sua conduta sofre sucessivos desenvolvimentos (a sua conduta tem um predomínio e significado diferente em cada idade).

Os participantes do nosso estudo situam-se na idade adulta, isto é, com idade igual ou superior a 18 anos. No próximo capítulo iremos debruçar-nos sobre esta etapa da vida humana, de forma a compreendermos melhor o processo de envelhecimento natural do Homem assim como algumas das transformações que possam advir e naturalmente as consequências deste/destas envelhecimento/transformações.

2 - A IDADE ADULTA

A vida adulta abrange cerca de dois terços da duração média de vida de uma pessoa, o que significa que ocupa a maior parte da sua existência. O desenvolvimento humano não é um processo simples ou único, resulta de vários processos que estão entrelaçados entre si, produzidos por vários níveis: biológico, psicológico e social.

Ao longo do processo de desenvolvimento, o ser humano é confrontado com um conjunto de tarefas desenvolvimentais e papéis de vida que exigem uma adaptação e transformação constante. Neste processo de adaptação, nem sempre o indivíduo dispõe dos recursos intra e interpessoais necessários e suficientes, para responder às exigências colocadas. Neste contexto, poderá iniciar trajectórias inadaptativas que resultam em doença/perturbação mental e/ou recorrer a estratégias inadequadas para lidar com tais desafios, como por ex. ao consumo de substâncias psicoactivas.

Neste capítulo serão enumeradas algumas características do Homem no passar da sua etapa na vida adulta, diferenciando três fases da idade adulta: a fase do Jovem adulto, do Adulto e do Idoso.

A Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, no seu relatório (2007) refere que, no futuro, as previsões apontam para um aumento significativo das perturbações mentais. A faixa etária economicamente activa, tem sofrido nos últimos anos, com o impacto de grandes problemas sociais como o desemprego, a violência, a pobreza, as desigualdades sociais que, naturalmente, levam ao desenvolvimento de quadros relacionados com *stress*.

A transição da pessoa para a idade adulta é marcada por uma série de circunstâncias como: o início do trabalho remunerado; a separação da família e do lar onde nasceu; a constituição de uma nova família; a sua autonomia económica, etc. (Coll et al., 2004; Papalia & Olds, 2000).

O desenvolvimento humano envolve muitos factores: os de ordem física¹¹, intelectual¹² e cognitivos; da personalidade¹³ e sociais; genéticos; ambientais (Ferreira-Borges & Filho, 2004).

Considerando a heterogeneidade e complexidade adulta, teóricos e investigadores têm proposto dividir este período de vida em três sub-períodos: (1) juventude, (2) adultez intermédia e (3) velhice. No nosso trabalho apresentaremos três sub-períodos distintos: Jovem Adulto dos 18 aos 34 anos de idade; Adulto dos 35 aos 64 anos de idade; Idoso dos 65 ou mais anos de idade (Schaie & Willis, 2001; Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2010).

2.1 - O Jovem Adulto

Não é fácil definir o começo da idade adulta. Nalgumas culturas, jovens com idade de aproximadamente dez anos, assumem os privilégios e a responsabilidade de um adulto, enquanto noutras, homens e mulheres ficam em casa dos pais até atingirem a idade de trinta anos e conseguirem uma vida independente. Na idade de dezoito anos (na nossa sociedade, confere o estatuto legal que possibilita votar), muitos jovens terminam o seu ensino secundário e iniciam a sua vida laboral, tornando-se adultos quando começam a ganhar o seu próprio dinheiro. Outros jovens adiam o início laboral e prosseguem os seus estudos na universidade ou realizam formação profissional mais completa (Schaie y Willis 2003).

Contrariamente ao que se pensava no passado, o desenvolvimento humano não cessa após a adolescência. Na idade adulta, embora as mudanças sejam mais graduais e menos dramáticas do que na infância, nem todas as mudanças são positivas (Papalia & Olds, 2000). Um conjunto de circunstâncias marca a transição para a idade adulta: a independência económica, a profissão, a separação da família, o casamento e formação de uma nova família (Coll et al., 2004; Schaie y Willis 2003). A idade em que ocorrem e a forma como surgem estes

¹¹ Desenvolvimento físico - mudanças no corpo, cérebro, capacidades sensoriais e habilidades motoras (Ferreira-Borges & Filho, 2004, p.31).

¹² Desenvolvimento intelectual ou cognitivo - mudanças nas capacidades mentais e na forma como as utiliza: aprendizagem, memória, linguagem, julgamento, pensamento (Ferreira-Borges & Filho, 2004, p.31).

¹³ Desenvolvimento da personalidade - mudanças na personalidade, como é que a pessoa lida consigo própria, com o que a rodeia, expressa as suas emoções e reage aos acontecimentos e situações da vida. Mudanças na relação inter-pessoal, grupal e adaptação social (Ferreira-Borges & Filho, 2004, p.31).

acontecimentos (sequencial ou simultaneamente) tem muita relevância para o desenvolvimento futuro do jovem adulto¹⁴. O momento e o modo como estes acontecimentos emergem variam entre os jovens adultos. O aumento da escolaridade obrigatória levou a que o início da vida laboral se alterasse, levando a que muitos jovens continuassem os seus estudos e protelassem o seu início laboral, a sua autonomia/independência económica e a constituição de uma família. As expectativas sociais, a maturação biológica e os acontecimentos históricos, são basilares na ocorrência destes acontecimentos (*Schaie y Willis* 2003).

As expectativas, as aspirações que cada jovem adulto apresenta, em relação ao nível educativo que pretende alcançar, predizem o momento e a sequência com que os acontecimentos (por ex: trabalho, matrimónio, paternidade/maternidade) irão surgir (*Schaie y Willis* 2003). O atraso da maternidade beneficia as jovens mulheres pois possibilita-lhes receber maior formação e desenvolver habilidades que aumentarão a sua capacidade para cuidar da sua família e, simultaneamente, competir com o mercado de trabalho. Mas o retardar da maternidade, pode ter um efeito dramático na taxa de crescimento da população a nível mundial (*Schaie y Willis* 2003).

Papalia & Olds (2000) referiram que o início da idade adulta, fase do jovem adulto, é o período de “poder fazer”. Grande parte dos jovens adultos experienciam pela primeira vez, o ficar só, gerindo a casa, o trabalho e os estudos. Todos os dias aumentam e põem à prova as suas habilidades físicas e cognitivas, dando resposta às questões que lhe são colocadas no seu dia-a-dia, resolvendo-as ou contornando-as. Tomam decisões que irão determinar a sua saúde, a sua carreira profissional, o tipo de pessoa que ambicionam ser. A pessoa estabelece bases para o seu desenvolvimento posterior e as decisões que possam ser tomadas irão influenciar o resto das suas vidas, tanto a nível da sua saúde, da sua felicidade e do seu sucesso.

Os factores que influenciam (de forma directa ou indirecta) o funcionamento físico do jovem adulto, segundo *Papalia & Olds* (2000), são vários: a dieta praticada, o exercício físico, o consumo de tabaco/ álcool/ outras drogas têm uma

¹⁴ O período inicial do desenvolvimento do adulto, situa-se geralmente, entre os 18 e 34 anos e esta, refere-se ao jovem adulto (*Schaie & Willis*, 2001; *Cavanaugh & Blanchard-Fields*, 2010).

influência directa/ intensa; o género, as condições socioeconómicas/ habitacionais, o nível de escolaridade, têm uma influência indirecta.

O jovem adulto atinge a sua máxima força, energia e resistência por volta dos 20 anos de idade, quando as suas funções corporais estão completamente desenvolvidas, os órgãos dos sentidos (a acuidade visual, o paladar, o olfacto, a sensibilidade) mais acentuados, à excepção da acuidade auditiva que apresenta um declínio gradual a partir da adolescência (*Papalia & Olds, 2000*). Os comportamentos de saúde estão inter-relacionados com o aspecto físico, cognitivo e emocional do desenvolvimento do jovem adulto. “*O que as pessoas sabem sobre a saúde afeta o que elas fazem, e o que fazem afeta como se sentem*” (*Papalia & Olds, 2000 p.371*).

2.2 - O Adulto

A meia-idade, em termos cronológicos, é usualmente definida como período entre os 40 e 65 anos de idade (*Papalia & Olds, 2000*). Esta fase de vida pode também ser classificada como fase adulta e ser limitada entre o período que vai dos 35 aos 64 anos de idade (*Schaie & Willis, 2001; Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2010*), a percepção dos limites da meia-idade varia muito.

Para *Schaie e Willis (2003)*, as pessoas que estão na fase da maturidade (a fase da meia idade), estão numa posição única na família pois, simultaneamente são pais e filhos. Por um lado, ajudam os filhos a tornarem-se adultos responsáveis e competentes e por outro, ajudam os pais (que vão envelhecendo) a adaptar-se às novas condições próprias do envelhecimento (condições físicas, sociais e económicas). Os pais maduros (adultos) formam uma geração “*sandwich*”, por assumirem a responsabilidade do envelhecimento dos pais e o crescimento dos filhos. A paternidade/maternidade é um papel que dura toda a vida.

Modificações nas características da fase adulta ocorreram devido aos avanços biológicos e às mudanças sociais. A idade da reforma foi considerada muitas vezes como a marca do final da idade adulta. Com o aumento da esperança de vida nas sociedades actuais, a idade da reforma também tem aumentado o que leva o adulto a manter-se no mercado de trabalho por mais tempo (*Schaie y Willis 2003*).

Este período é marcado por diferenças individuais crescentes (umas pessoas sentem-se mais capazes na realização de certas tarefas enquanto que outras

sentem-se mais cansadas) e é também um período de avaliação, onde a pessoa reavalia as suas pretensões para o futuro. São várias as mudanças fisiológicas que provêm da idade adulta, as mudanças na aparência, no funcionamento sensorio, psicomotor, sexual e reprodutivo. A maioria dos adultos apresenta boa condição física, cognitiva e emocional, considerando este período o melhor de suas vidas. As mudanças significativas que ocorrem neste período de vida acontecem devido à história individual e não estão tão ligados à idade cronológica e à maturação orgânica como nas idades anteriores (Coll et al., 2004; Papalia & Olds, 2000).

Pode-se caracterizar este período como a fase em que irá surgir a menopausa, na mulher e em que os homens sentem uma queda gradual nos seus níveis de testosterona (podendo levar a uma maior dificuldade na erecção) (Papalia & Olds, 2000).

Um nível socioeconómico baixo, o desemprego, o estigma (na presença de perturbações mentais e comportamentais), o divórcio, o luto, são alguns problemas ao qual o adulto está ou pode estar sujeito e do qual pode resultar um processo de doença (ou agravamento) (Papalia & Olds, 2000).

2.3 - O Idoso

A fase da terceira idade é considerada o último estágio da idade adulta, em que a maioria das pessoas deixa o mercado de trabalho e assume o estatuto de reformados. Na actualidade a terceira idade pode abarcar um terço do ciclo de vida para a grande parte dos adultos (Schaie y Willis 2003).

O envelhecimento da população tem levado a um aumento dos quadros demenciais, segundo Barreto (in Sequeira, p. XVI, 2010) a idade avançada leva a uma maior debilidade e consequentemente, a mais doença física e mental.

A entrada tradicional para a terceira idade é aos 65 anos de idade. A partir dos 65 anos, dependendo da cultura, país, sistema social, da profissão exercida, etc., esta é considerada a idade da reforma (Sequeira, 2007). Também é designada como a última fase da vida.

No decorrer desta fase, as diferenças individuais tornam-se mais evidentes. Apesar da diminuição de algumas habilidades (fruto do processo normal de

envelhecimento biológico¹⁵ do Homem), os idosos que são fisicamente e intelectualmente activos, podem manter a sua aparência e mesmo melhorar a suas competências ao longo desta fase.

A distinção entre envelhecimento normal, patológico e óptimo deve ser considerada nesta fase e nunca descuidada. A frequência de doenças presentes nesta fase de vida, deve-se essencialmente ao avanço da idade, mas o declínio físico e mental podem não estar necessariamente associados de forma directa ao envelhecimento normal. Muitos idosos são capazes de compensar pequenas disfunções que acompanham o processo de envelhecimento (*Schaie y Willis* 2003).

Schaie e Willis (2003) consideram que a fase idosa pode ser dividida em três sub-estádios: (1) os jovens idosos, entre 65 e 75 anos de vida, permanecem activos e comportam-se em muitos aspectos como na fase adulta apesar da maior parte ter deixado o mercado de trabalho; (2) os mais lentos, idosos - idosos, entre os 75 e 85 anos de idade, mostram uma maior incidência de debilidades físicas mas, muitos são capazes de viver uma vida plena; (3) muito idosos, maiores de 85 anos de idade, estão muitas vezes incapacitados física e mentalmente e necessitam de ajuda intensiva (cuidadores informais¹⁶ ou formais¹⁷).

As mudanças corporais inerentes ao envelhecimento biológico advêm do processo normal do envelhecimento propriamente dito - senescência¹⁸ e também do facto da pessoa ter estado exposta às doenças ao longo da sua vida (Sequeira, 2007).

Segundo *Schaie y Willis* (2003), apesar de todas as implicações do envelhecimento, esta etapa de vida pode conduzir a uma grande realização pessoal e proporcionar oportunidades (anteriormente impossíveis de concretizar por questões familiares ou profissionais). Estilos de vida saudáveis que mantenham o corpo e mente sã, propiciados pelos bons hábitos de vida (alimentação equilibrada e diversificada, exercício físico, actividades lúdicas para manter os desafios da mente), são os alicerces para um óptimo envelhecimento. Por outro lado, maus estilos de vida durante a fase adulta levam a debilidades na fase idosa,

¹⁵ O envelhecimento biológico é descrito pelo decréscimo da taxa metabólica devido à diminuição das trocas energéticas do organismo. Há uma redução acentuada da capacidade da célula se regenerar o que leva ao envelhecimento dos tecidos. (*McArdle, Katch e Katch*, 1998 cit. por Sequeira, 2007, p. 44 e p. 20-21, 2010).

¹⁶ Cuidadores informais - São aqueles que prestam cuidados informais a seus familiares, vizinhos, amigos ou outros, no domicílio, sem obterem remuneração (Sequeira, 2007).

¹⁷ Cuidadores formais - são cuidados prestados por profissionais devidamente qualificados, remunerados, que trabalham em Hospitais, lares, instituições comunitárias, etc. (Sequeira, 2007).

¹⁸ Senescência refere-se ao conjunto de alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que sucedem em resultado do processo de envelhecimento (Sequeira, 2007).

por ex: o beber excessivamente bebidas alcoólicas, o fumar, a inactividade física, a Depressão, o isolamento social, a prevalência de doenças crónicas (HTA, Diabetes, etc.) (*Schaie y Willis* 2003; *Fernández-Ballesteres*, 2008).

Concluindo, o envelhecimento óptimo consiste num processo de optimização e compensação selectiva (*Schaie y Willis*, 2003).

3 - AS SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS

Ao longo da vida algumas pessoas experimentam substâncias potencialmente geradoras de dependência física/psicológica. Diferenças individuais levam a uma maior ou menor vulnerabilidade. Alguns factores como biológico/ pessoal/ social/ cultural/ ambiental, aumentam ou diminuem a probabilidade da pessoa vir a usar determinada substância seja ela lícita ou ilícita, de forma experimental, regular, contínuo, bem como a sua interrupção.

O conceito de substância psicoactiva tem sido ao longo dos anos muito debatido, quer a nível psicossocial, económico ou político. Estas substâncias constituem um elevado custo socioeconómico e sanitário, desorganizam social, familiar e individualmente aqueles que a utilizam/abusam.

No decorrer deste capítulo expomos o conceito de substância psicoactiva, bem como outros conceitos associados e apresentamos a tipologia de classificação deste tipo de substâncias (lícitas e ilícitas), fazendo uma abordagem das principais substâncias psicoactivas mais consumidas.

3.1 - Conceito e Tipologia das Substâncias Psicoactivas

Uma substância psicoactiva pode ser definida como qualquer substância (não alimento) natural ou produzida num laboratório, que pela sua natureza química, altera a estrutura ou o funcionamento do organismo (*Gomberg e Zucker, 2002*). Segundo Fernandes (1997) a definição de substância psicoactiva, no âmbito de uma abordagem biológica, é como uma substância química que produz perturbação quer a nível intra-individual (alterações no funcionamento do SNC), quer a nível social (perturbações a nível do funcionamento e estrutura social).

Uma substância psicoactiva pode ser classificada como lícita ou ilícita relativamente aos aspectos históricos, económicos, culturais, morais que a sociedade definiu para lidar com cada uma destas em particular, de molde a

manter o uso e as interações sociais implicadas sob controlo social (Filho & Ferreira-Borges, 2008).

Patrício (2002), refere que as substâncias psicoactivas são o que são: mais activas/menos activas, mais perigosas/menos perigosas, mais úteis/menos úteis para a sociedade, benéficas/maléficas para a saúde do Homem. Isto depende do uso que estas tenham, podendo ser consideradas boas ou más. Ainda refere: “ (...) *droga é sobretudo a atitude das pessoas quando fazem um mau uso dessas substâncias*” (Patrício, 2002, p. 42).

Um das características das substâncias psicoactivas, para Patrício (2002) são a sua tolerância e a sua dependência. O uso regular da maioria destas substâncias aumenta a sua tolerância, o que vai levar ao aumento do número do seu consumo e/ou conseqüentemente, ao aumento das quantidades de modo a obter os mesmos efeitos. A dependência surge quando o consumidor dependente da substância psicoactiva, após uma abstinência aguda, se sente mal (apresenta sintomas de privação) e depois de a consumir, se sente bem ou melhora os sintomas. Para o mesmo autor, a dependência pode ser de dois tipos: (1) Dependência Psicológica - a pessoa dependente sofre psicologicamente quando lhe falta a substância psicoactiva, é a mais difícil de tratar; (2) Dependência Física - A abstinência da substância provoca sintomas aparatosos, é considerada a mais fácil de tratar.

O uso de substâncias psicoactivas (álcool, opiáceos, cannabis, cocaína, alucinógenos, estimulantes, tabaco, solventes voláteis, sedativos e hipnóticos) pode estar associado a perturbações mentais e comportamentais e surge por intoxicação, uso nocivo, dependência ou perturbações psicóticas. O diagnóstico do uso nocivo é geralmente efectuado quando se observa dano na saúde física e mental do consumidor (OMS, 2001).

A característica principal da dependência de substâncias é um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicadores de que a pessoa continua a utilizar a substância, apesar de esta lhe acarretar problemas significativos (DSM-IV-TR, 2002). As substâncias que interferem com o psiquismo exercem no Homem uma atracção pela experimentação da mesma, na procura de vivências de êxtase sensorial, de experiências que permitam sair de si próprio, para se tornarem diferentes de si mesmos, de reduzir ou salientar algumas características que pretendam adaptar/melhorar/superar e a cura de males físicos e da alma (Ferreira-Borges & Filho, 2004).

3.1.1 - Substâncias Psicoactivas Lícitas

Quando uma substância apresenta maior probabilidade de aceitação por parte da sociedade, torna-se lícita se o seu consumo for percebido como benéfico socialmente e economicamente e as suas consequências adversas serem reduzidas ou insignificantes (Filho & Ferreira-Borges, 2008).

Como substâncias lícitas temos o álcool, o tabaco, a cafeína e o abuso de fármacos prescritos (ex. hipnóticos, tranquilizantes e sedativos). Neste ponto pretendemos apresentar uma síntese das características, mecanismos de acção e respectivos efeitos de algumas substâncias psicoactivas lícitas mais consumidas.

O consumo problemático de tabaco atingiu níveis preocupantes no âmbito da saúde pública, devido aos efeitos nefastos que produz na saúde de quem o consome e ao nível do comportamento aditivo em si. Anualmente, cinco milhões de pessoas morrem devido a doenças relacionadas com o consumo de tabaco. Cerca de metade das mortes ocorrem entre os 35 e os 69 anos de idade (Pestana, 2006). Na Europa, anualmente, 14% do total das mortes estão associados a problemas que advêm do consumo de tabaco (Nunes e Jólluskin, 2010).

A associação entre o tabaco e a existência de outras doenças psiquiátricas tem vindo a ser investigada. Sabe-se que a nicotina está associada ao aparecimento de perturbações do humor e da ansiedade devido ao seu consumo (Ferreira-Borges e Filho, 2004). Apesar dos perigos que o tabaco acarreta para a saúde, o seu consumo continua elevado. A nicotina é o principal constituinte do tabaco e responsável pelo instalar da dependência (Pestana, 2006; Ferreira-Borges & Filho, 2004). Esta é a responsável pelo uso compulsivo de cigarros e outros produtos derivados do tabaco, causa dependência e é classificada no campo das perturbações mentais (provoca perturbações de ansiedade e do humor).

O álcool tem acompanhado a história da humanidade desde os mais longínquos tempos (Nunes e Jólluskin, 2010). Algumas bebidas alcoólicas foram produzidas há já milhares de anos e foram/são utilizadas como: estimulante, medicamento, em celebrações religiosas. No presente como no passado, o álcool é um produto de consumo importante. São diversas as razões que levam as pessoas a consumir álcool. Muitas referem: (1) só bebem para o provar; (2) para abrir o apetite; (3) para acompanhar a refeição; (4) como digestivo; (5) quando se está só, acompanhado ou triste; (6) para aliviar a dor; (7) para festejar; (8) para aquecer

do frio; (9) por estar calor e “matar a sede”; (10) para “calar” a fome; etc. (Patrício, 2002).

O álcool é o depressor cerebral mais utilizado e o causador de alguma morbidade e mortalidade na generalidade das culturas. O seu consumo contribui em grande escala para que ocorram: acidentes domésticos, laborais, rodoviários, abusos/negligência infantil, conflitos familiares, incapacidade prematura e morte. Depois de poucos minutos da sua ingestão (por via oral), o álcool passa para a corrente sanguínea, onde pode manter-se durante horas, fazendo a sua acção sobre diferentes órgãos. Inicialmente provoca euforia e desinibição, seguidamente surge um estado de sonolência, visão turva, descoordenação muscular, diminuição da capacidade de reacção, atenção, compreensão, fadiga muscular, entre outras. Ele bloqueia o funcionamento do sistema cerebral que é responsável pelo controlo das inibições, quando estas se encontram reduzidas a pessoa apresenta-se eufórica, alegre e com uma falsa segurança em si próprio o que leva em muitos casos a adoptar comportamentos de risco. Desses comportamentos resultam acidentes, sendo os rodoviários os que atingem o maior índice de morte entre os jovens. O nosso país tem mantido um dos mais elevados consumos *per capita* de bebidas alcoólicas da Europa e do mundo (IDT, IP, 2011).

No domínio das substâncias psicoactivas lícitas podemos ainda destacar os medicamentos, sendo que a literatura destaca como principais fármacos associados ao consumo excessivo, os sedativos, os hipnóticos e os ansiolíticos. Estes fármacos, tanto como o álcool, são depressores cerebrais que podem provocar Perturbações Induzidas por Substâncias e Perturbações pela Utilização de Substâncias semelhantes. Em doses elevadas podem levar à morte, especialmente se misturados com álcool (DSM-IV, 2002).

Os barbitúricos, medicamento do tipo sedativo/hipnótico/ansiolítico (Luminal®, Fenobarbital®, etc.), foram as primeiras substâncias a ser comercializadas (em meados de 1902) para acalmar a ansiedade ou agitação de doentes com transtornos psiquiátricos. Como depressor, o seu mecanismo de acção está ligado à activação do receptor do neurotransmissor GABA. Em pequenas doses provocam sensação de tranquilidade, ajudam no sono, reduzem tenuemente a tensão arterial e frequência cardíaca, produzem perturbação da consciência e ocasionalmente euforia. Quantidades mais elevadas diminuem os reflexos, dilatam pupilas, diminuem e aceleram o ritmo cardíaco, diminuição da respiração o que pode levar ao estado de coma ou à morte. Consumos prolongados levam a transtornos físicos (anemia, hepatite, descoordenação motora,

depressão), facilita a instalação de tolerância e dependência. A interrupção súbita do medicamento leva à síndrome de abstinência (IDT, IP, 2011).

As benzodiazepinas são outro tipo de medicamento do tipo sedativo/hipnótico/ansiolítico (Serenal®, Dormicum®, Valium®, etc.), que facilitam a acção do GABA sobre os seus receptores. Provocam relaxamento muscular, sonolência, podem ainda provocar desinibição (excitação, agressividade). O seu consumo em doses elevadas pode levar a náuseas, confusão, diminuição da coordenação psicomotora. Nas intoxicações agudas o risco de morte é reduzido por se tratar de um medicamento com uma ampla margem de segurança. A sua interrupção brusca pode ser perigosa, mas a sua desabituação não. Ambas as substâncias referidas, combinadas com o álcool, podem levar a *overdose* (IDT, IP, 2011).

3.1.2 - Substâncias Psicoactivas Ilícitas

Quando uma substância apresenta maior probabilidade de ser rejeitada e ser limitado o seu consumo, devido à ameaça que esta pode provocar no desenvolvimento e bem-estar social e económico da pessoa, ou ainda, quando pode levar a consequências nefastas (mesmo quando restrito a pequenos grupos populacionais), diz-se que é uma substância ilícita (Filho & Ferreira-Borges, 2008).

Como substâncias ilícitas temos: os opiáceos (ex. heroína), a cocaína, o ecstasy, os canabinoídes (ex. haxixe), substâncias voláteis (ex. cola), alucinogéneos (ex. cogumelos), anfetaminas.

As substâncias psicoactivas ilícitas produzem efeitos ao nível comportamental e físico, conforme se pode constatar na Tabela 2. Genericamente do ponto de vista comportamental, destaca-se comportamentos de euforia, hiperactividade e agressividade. Já a nível físico, a hipertensão é um dos efeitos mais comum tal como alterações do batimento cardíaco.

TABELA 2: Resumo dos efeitos produzidos pelas substâncias psicoactivas ilícitas

SUBSTÂNCIA PSICOACTIVA	EFEITOS A NÍVEL COMPORTAMENTAL	EFEITOS A NÍVEL FÍSICO
Heroína (diacetilmorfina, diamorfina)	Euforia depois sedação; Anorexia; Diminuição do impulso sexual; Hipoactividade; Alterações da personalidade.	Miose; Prurido; Náusea; Bradicardia; Obstipação; Depressão respiratória; Perturbações do sono; Hipotermia/Hipertermia.
Cocaína	Euforia; Hipervigilância; Hiperactividade; Agressividade; Agitação; Alucinação; Tendência paranóide.	Midríase; Tremor; Halitose; Secura de boca; Taquicardia; Hipertensão arterial; Perda de peso; Anorexia; Arritmias.
Cannabis (Marijuana, Haxixe, Maconha)	Inicialmente euforia depois sedação; Despreocupação; Desinteresse crescente e generalizado; Alterações perceptivas mnésicas.	Taquicardia; Hipertensão arterial; Aumento do apetite; Sede; Midríase
LSD (Dietilamina do ácido lisérgico)	Após abstinência 8 a 10 horas de <i>flash-back</i> ; Alucinações; Ideação paranóide; Falso senso de força e de realização; Despersonalização e desrealização.	Midríase; Ataxia; Taquicardia; Hipertensão arterial; Hipertermia; Sudorese.
Anfetaminas e Metanfetaminas (ecstasy)	Euforia; Hipervigilância; Hiperactividade; Agressividade; Agitação; Impotência; Alucinação; Tendência paranóide	Midríase; Tremor; Halitose; Secura de boca; Taquicardia; Hipertensão arterial; Perda de peso; Anorexia; Arritmias.

Fonte: Adaptado de Nunes e Jóluskin, 2010

As perturbações provocadas pelo uso de substâncias psicoactivas são subestimadas por muitos profissionais de saúde devido a vários factores: consideram que a dependência não é uma doença mas sim uma fraqueza; os dependentes de substâncias apresentam características físicas diferentes (importância atribuída ao aspecto físico); os doentes, os seus familiares e os profissionais de saúde, negam a existência do problema; alguns profissionais de saúde apresentam dificuldade em efectuar o diagnóstico correcto (Ferreira-Borges & Filho, 2004).

A nível mundial, as pessoas, as famílias e as comunidades, enfrentam escolhas e desafios que estão presentes nas suas vidas. De forma a garantir as melhores

escolhas, o enfermeiro poderá trabalhar com a pessoa, família, comunidade, para tornar estas escolhas as mais saudáveis possíveis. É necessário ajudar as pessoas a desenvolverem as suas capacidades de forma coerente, ecológica e respeitar a natureza. Só desta forma as pessoas reconhecerão os seus limites como ser individual e como um ser pertencente a um grupo (Patrício, 2002).

Os problemas de saúde associados aos estilos de vida, são uma causa crescente de morbilidade e de mortalidade, que aumentem os custos em saúde e diminuam a qualidade de vida das pessoas. O abuso de álcool, drogas, tabaco, o *stress* (provocado por factores ambientais, profissionais, etc.) e todos os problemas de saúde a que conduzem, nomeadamente a doença mental, devem ser uma preocupação global e constante de todos os profissionais de saúde (ICN, 2010). Neste sentido, a intervenção dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, poderá ser importante na avaliação da pessoa como um todo de modo a motivar /aconselhar /acompanhar /encaminhar a mesma na mudança de comportamentos, levando-a à aceitação da sua condição física. Só a motivação e aceitação do problema levarão a tratamentos com resultados mais efectivos.

3.2- O Consumo de Substâncias Psicoactivas

A relação do Homem com as drogas remonta a períodos prévios da civilização, sendo possível encontrar relatos desta relação quer nas civilizações mais antigas quer na actualidade. No entanto a natureza dessa relação foi-se transformando ao longo dos tempos em paralelo com a evolução das civilizações e o domínio progressivo do Homem sobre a ciência e a tecnologia.

O álcool nas civilizações do velho Ocidente, a folha de coca nos Andes, o ópio no extremo Oriente e a cannabis no norte de África. Na maioria das sociedades existiram culturas que valorizaram o uso de drogas, em determinado contexto social e rejeitaram-no noutros. As culturas foram-se adaptando ao uso de drogas, mantendo o seu uso, incentivando o seu consumo, dando-lhe um cariz elitista, afastando os que a rejeitam. Quando as drogas põem em risco a ordem social, bem como o poder imperante, o seu uso é recusado (Ferreira-Borges & Filho, 2004).

Os mesmos autores mencionaram que o consumo de substâncias psicoactivas por razões epidemiológicas, políticas, económicas e sociais, se tornaram palco de

atenção mundial devido à dimensão que alcançou o seu impacto na sociedade actual. Segundo estes, está estimado que 200 milhões de pessoas a nível mundial, consumam um tipo de droga ilícita, 1.1 mil milhões fumem cigarros e aproximadamente dois mil milhões consumam álcool. Em muitos países do mundo a droga ilícita de eleição é a cannabis (Ferreira-Borges & Filho, 2004).

Uma prioridade da saúde pública é a implementação de intervenções preventivas e efectivas, para reduzir o uso de substâncias psicoactivas, nomeadamente as ilícitas (Filho & Ferreira-Borges, 2008).

Aparentemente houve uma evolução do uso das drogas a favor de novas substâncias e novos mercados. A cultura das plantas que servia para fabricar as drogas recuou no Afeganistão (o ópio) e nos países índicos (a coca), tendo estabilizado o consumo de drogas nos países desenvolvidos. Há porém sinais que revelam um aumento desse consumo nos países em desenvolvimento, dos quais o abuso crescente de estimulantes do tipo anfetaminas e de medicamentos sujeitos a receita médica (UNODC, 2010).

Conforme a UNODC (2010) estima-se que no mundo, 155 a 250 milhões de pessoas (3,5 a 5,7% da população com idade compreendida entre os 15 e 65 anos), consumiram substâncias ilícitas pelo menos uma vez no ano de 2008. Os consumidores de cannabis (129 a 190 milhões de pessoas) são o grupo mais numeroso. As anfetaminas são as segundas substâncias ilícitas consumidas com mais frequência seguidas da cocaína e dos opiáceos. No epicentro dos consumos encontram-se os “consumidores problemáticos”, aqueles que usam a droga por via endovenosa e/ou os considerados toxicodependentes, que consequentemente sofrem graves repercussões a nível social bem como a nível da sua própria saúde.

No ano de 2008, em todo o mundo, calcularam-se 16 a 38 milhões de consumidores problemáticos (por cannabis, opiáceos, cocaína, ecstasy), o que corresponde a cerca de 10 a 15% de todas as pessoas que consumiram drogas nesse ano. No mesmo ano, 12 a 30% dos consumidores problemáticos receberam tratamento, contra 11 a 33,5 milhões que não receberam qualquer tratamento (*World Drug Report*, 2010).

Um resumo das estimativas sobre o consumo de substâncias psicoactivas ilícitas na Europa será apresentado seguidamente na Tabela 3. Os dados apresentados são referentes à população geral (dos 15 aos 65 anos de idade) e resultaram da informação adquirida nos inquéritos realizados entre os anos de 2004-2008. Os dados contidos nessa tabela foram retirados do Relatório Anual 2010 (a evolução do fenómeno da droga na Europa), da OEDT e adaptados.

TABELA 3: Resumo das estimativas do consumo de substâncias psicoactivas na Europa

	Prevalência ao longo da vida	Consumo no último ano	Consumo no último mês
Cannabis	± 75,5 Milhões de pessoas (22,5% dos adultos europeus)	23 Milhões de adultos europeus (6,8%), ou 1/3 dos consumidores ao longo da vida	± 12,5 Milhões de europeus (3,7%)
Cocaína	± 14 Milhões de pessoas (4,1% dos adultos europeus)	4 Milhões de adultos europeus (1,3%) ou 1/3 dos consumidores ao longo da vida	± 2 Milhões (0,5%)
Opiáceos	1,2 A 1,5 Milhões de consumidores problemáticos europeus	ND	ND
Ecstasy	± 11 Milhões de pessoas (3,3% dos adultos europeus)	± 2, 5 Milhões de pessoas (0,8%), ou ¼ dos consumidores ao longo da vida	ND
Anfetaminas	±12 Milhões de pessoas (3,7% dos adultos europeus)	± 2 Milhões de pessoas (0,6%), ou 1/6 dos consumidores ao longo da vida	ND

Fonte: OEDT, Relatório Anual 2010: A evolução do fenómeno da droga na Europa; ND - Não disponível.

Já em Portugal podemos encontrar informação sobre esta questão a partir de um estudo nacional, realizado em 2007, na população geral residente (pessoas entre os 15 e 65 anos de idade). De acordo com este estudo, cannabis, cocaína e o ecstasy, são as substâncias ilícitas preferidas pelos portugueses. A prevalência do consumo ao longo da vida (pelo menos uma experiência) situa-se na ordem dos 11,7% para a cannabis, 1,9% para a cocaína e 1,3% para o ecstasy. Entre o ano de 2001-2007, apesar da subida de prevalência do consumo ao longo da vida (de 8 para 12%), verificou-se uma estabilidade das prevalências dos consumos de qualquer droga nos últimos 30 dias (2,5% em 2001 e 2007) e uma descida generalizada das taxas de continuidade dos consumos (de 44% para 31%, respectivamente). O nosso país continua a situar-se entre os países da Europa com menor prevalência de consumo de drogas, excepto no consumo de heroína (IDT, IP, 2010).

O Relatório ESPAD¹⁹ (2007) revelou que em Portugal houve uma descida no consumo de tabaco, um agravamento nos padrões de consumo de álcool, um decréscimo ou estabilização nos consumos de drogas ilícitas e uma estabilização nos consumos de outras substâncias. Segundo o INPP (2007)²⁰ houve uma redução de consumidores experimentais ou esporádicos entre a população com menos de 20 anos de idade e um aumento de consumos, entre a população com mais de 20 anos. Foi entre o grupo de 20 a 34 anos de idade que se encontraram maior percentagem de consumidores. Em 2007 (como em 2001, no inquérito anterior), a população jovem adulta (15-34 Anos) apresentou prevalência de consumos superiores à população total (15-64 Anos). A população jovem adulta apresentou taxas de continuidade de consumos superior às taxas da população total para todas as substâncias ilícitas (ecstasy, cocaína, cannabis). O padrão preferencial de consumo da população portuguesa é em primeiro lugar, a cannabis, em segundo, a cocaína e em terceiro, o ecstasy. A análise regional efectuada ao nosso país, evidenciou que para ambas as populações (população total e população jovem adulto), as regiões do Algarve e Lisboa são as que apresentam as mais elevadas prevalências de consumo de qualquer droga ao longo da vida e nos últimos 30 dias (IDT, IP, 2010).

No que concerne às substâncias psicoactivas lícitas, especificamente o tabaco, observou-se em Portugal, no 4º INS (2005/2006) uma diminuição na percentagem da população, com 10 ou mais anos de idade, que “nunca fumou” e que são “fumadores actuais”. Os “ex-fumadores” aumentaram na região Norte, passando de 9,7% para 15,1%. Segundo o mesmo estudo, nesta região, em todos os grupos etários dos 10 aos 65 anos de idade, os fumadores actuais apresentam-se em menor percentagem. Verificou-se ainda diferenças em função do género, sendo que as mulheres mantêm uma diferença significativa em relação ao homem no que diz respeito a nunca terem fumado, a serem ex-fumadores ou serem fumadoras na actualidade (Felicio et al., 2009). Relativamente ao consumo de álcool (bebidas alcoólicas do tipo cerveja, bagaço, aguardente, brandy, whisky, etc.), no mesmo inquérito observou-se, na região norte, em todos os grupos etários dos 10 aos 65

¹⁹ ESPAD é um inquérito europeu que se realiza de 4/4 anos, em 35 países de acordo com uma metodologia normalizada. Tem como apoio o Grupo *Pompidou* do Conselho da Europa e o OEDT. Foi Iniciado em 1995 e as amostras são representativas dos alunos que completam 16 anos de idade no ano do estudo. O objectivo é acompanhar a evolução dos consumos das substâncias psicoactivas entre os adolescentes europeus. Em Portugal, este inquérito tem sido desenvolvido pelo IDT, com o apoio do Ministério da Educação e desde o ano 2000, a Coordenadora Nacional do ESPAD é a Dra. Fernanda Feijão -responsável pelo Núcleo de Estudos de Investigação do IDT (Ministério da Saúde, 2008).

²⁰ Após protocolo entre o Instituto da Drogas e da Toxicodependência - IDT, IP e a Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

anos de idade, um consumo superior, que nos últimos 12 meses anteriores á entrevista, bebeu alguma bebida alcoólica. A região norte, quanto ao tipo de bebida e ao género, apresentou maior consumo de vinho em ambos os géneros (homem 91,1%, mulher 89,8%), seguido do consumo de cerveja no homem (78,9%) e consumo de vinho do Porto, Martini®, ou licores nas mulheres (38%). Prevalece um maior consumo de qualquer tipo de bebidas no género masculino havendo maior evidência no consumo de bagaço, brandy ou aguardente nesse género (32,2%) em relação ao género feminino (4,8%) (Felício et al., 2009).

3.3 - Resultados da Investigação sobre o Consumos de Substâncias Psicoactivas

As drogas são substâncias psicoactivas que alteram o SNC da pessoa que as consome, levando ao desenvolvimento de comportamentos problemáticos para a própria, para as pessoas que a rodeiam, para a sociedade em geral (Patrício, 2002; Nunes e Jólluskin, 2010). Vários estudos têm sido desenvolvidos ao longo dos tempos para investigar a relação entre o consumo de substâncias psicoactivas e o nível de saúde mental. A análise da investigação no domínio do consumo de substâncias permite identificar uma linha de investigação que reúne estudos que procuram conhecer e compreender a relação entre diferentes dimensões do indivíduo (ex. experiências de vida, características da personalidade, trajectória desenvolvimental) e o consumo de substâncias. Apresentamos a seguir alguns dos estudos que nos parecem mais relevantes no domínio, considerando os objectivos do nosso trabalho. Na Tabela 4 encontram-se resumidos alguns estudos realizados sobre esta problemática. Para cada estudo foi especificado informação relacionada com: (1) os autores, ano de publicação e país; (2) os participantes/amostra; (3) a intervenção/objectivo do estudo; (4) a abordagem/metodologia usadas; (5) principais resultados. Utilizando o método PI[C]OD, anteriormente descrito, seleccionamos seis estudos que passamos a apresentar.

TABELA 4: Resumo da investigação sobre o consumo de substâncias psicoactivas analisada

Autor, ano de publicação, país	Participantes/ Amostra	Intervenção	Abordagem/ Metodologia	Principais Resultados
1. Roberto 2009, Portugal.	272 estudantes (215 do género feminino), do 1º e 6º ano de Mestrado Integrado em Medicina.	Avaliar a relação entre o nível de saúde mental (o seu bem-estar e o seu <i>distress</i> psicológico) e o consumo de substâncias psicoactivas.	Estudo transversal do tipo quantitativo.	Níveis elevados de <i>distress</i> psicológico, aumenta o uso e frequência dos psicotrópicos. A investigadora concluiu que há relação estatisticamente significativa entre o consumo de psicotrópicos e os níveis mais baixos de saúde mental entre os consumidores.
2. Evren et al., 2009, Turquia.	159 adultos consumidores de cannabis, opiáceos, cocaína, álcool.	Analisar a relação entre o consumo destas substâncias psicoactivas e a história de abuso na infância.	Estudo transversal do tipo quantitativo.	Os indivíduos que apresentavam histórias de dois ou mais tipos de abuso ou negligência na infância apresentavam também valores mais elevados de consumo e dependência de substâncias. Face a estes resultados os autores concluíram que história de abuso emocional e/ou físico na infância era um factor relevante para o consumo de substâncias uma vez que coloca os indivíduos em maior risco/vulnerabilidade do ponto de vista emocional.
3. Min, et al., 2007, Estados Unidos da América.	285 mulheres com história de consumo de substâncias psicoactivas (ex. tabaco, álcool, marijuana).	Analisar a relação entre o consumo destas substâncias psicoactivas e a história de trauma na infância.	Estudo longitudinal com duração de 4 anos.	Os resultados evidenciam uma relação significativa entre auto-relato de trauma na infância (decorrente de abuso e/ou negligência) e maior consumo de substâncias e <i>stress</i> psicológico, sendo que esta relação era mediada por baixa escolaridade e estratégias de <i>coping</i> de evitamento. Os autores apontam para a necessidade de educação ao nível de estratégias de suporte e estratégias de <i>coping</i> como forma de prevenir o consumo e o mal-estar psicológico em indivíduos vítimas de trauma na infância.
4. Johnson e Chamberlain, 2008, Austrália.	4291 adultos sem abrigo.	Investigar se o consumo de substâncias precede ou segue-se à condição de sem-abrigo.	Estudo transversal do tipo quantitativo.	Os autores verificaram que 43% dos indivíduos que integravam a amostra apresentavam consumo de substâncias, sendo que desses 1/3 consumia este tipo de substâncias antes de se tornar sem-abrigo e os restantes 2/3 desenvolveram este problema após se tornarem sem-abrigo. Além disso, os resultados deste estudo apontam para o facto de os jovens se encontrarem em maior risco de desenvolver consumo de substâncias após serem sem-abrigo comparativamente com os idosos e que a maioria das pessoas com consumo de substâncias permanece na condição de sem-abrigo por 12 ou mais meses. Face aos resultados obtidos, os autores alertam para a necessidade de se desenvolver políticas de saúde e sociais específicas no âmbito dos consumos.

Autor, ano de publicação, país	Participantes/ Amostra	Intervenção	Abordagem/ Metodologia	Principais Resultados
5. <i>Akins, Smith e Mosher</i> , 2010, Estados unidos da América.	7000 adultos americanos provenientes de três grupos raciais/étnicos distintos: brancos, negros e hispânicos.	Estudar diferenças em termos culturais nas trajetórias de consumo de álcool, e especificamente a influência da aprendizagem social e da pressão/tensão e consequentes emoções negativas neste tipo de consumo.	Estudo transversal do tipo quantitativo.	Todos os grupos raciais/étnicos apresentaram maior probabilidade de recorrer ao consumo de álcool enquanto estratégia para lidar com a pressão, ao passo que as emoções negativas (decorrentes da vivência de sentimentos pressão/tensão) afetam as trajetórias de consumo de álcool apenas nos indivíduos de raça branca. Mais especificamente, a pressão revelou-se um preditor robusto para o consumo de álcool nos brancos, mas não nos negros e hispânicos. Um efeito similar é identificado para as emoções negativas, isto é, este tipo de emoções é um preditor significativo e positivo para os brancos, mas não para os negros e hispânicos. Assim, os resultados sugerem que o impacto da pressão/tensão e das emoções negativas associadas no consumo de álcool é distinto ou diferenciado para indivíduos de raça branca. Já no que se refere ao efeito da aprendizagem social, os resultados sugerem que a influência dos pares é um preditor poderoso e consistente para o consumo de álcool nos três grupos raciais. Ao passo que o efeito do consumo de substâncias por parte de um dos pais não é tão claro. Esta variável parece ser um preditor importante no consumo de álcool em brancos e hispânicos, mas não em negros. Os autores alertam para a necessidade de estudos que aprofundem este tipo de resultados, nomeadamente no sentido de conhecer os mecanismos específicos subjacentes ao efeito da pressão/tensão e da aprendizagem social nas trajetórias do consumo de álcool ou de outro tipo de substâncias.
6. <i>De la Rosa, et al.</i> , 2010, Estados Unidos da América.	158 díades, mãe-filha adulta.	Examinar a associação entre a vinculação mãe-filha e o consumo de substâncias.	Estudo transversal do tipo quantitativo.	O papel de factores familiares, tais como a vinculação, parece ser relevante no sentido de proteger ou expor os indivíduos ao consumo de substâncias. No entanto, alertam para a necessidade de estudos longitudinais de modo a esclarecer se a vinculação desempenha um papel mediador na transmissão de comportamentos de consumo bem como a influência de outros factores sociais e ecológicos que potencialmente podem contribuir para este consumo.

TABELA 4 (cont.)

Na generalidade, os estudos seleccionados foram conduzidos com adultos com a finalidade de analisar a relação estatística entre o consumo de substâncias psicoactivas e variáveis, tais como: características sócio-demográficas (ex. idade, etnia); acontecimentos de vida (ex. abuso, negligência); características psicológicas (ex. estratégias de *coping*) (Tabela 4).

No próximo capítulo iremos abordar a doença mental e o consumo de substâncias psicoactivas e a forma como podem condicionar os indivíduos em qualquer idade, desde muitos novos (infância) até ao fim da vida (idosos), à luz da evidência científica.

4 - DOENÇA MENTAL E CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS

A literatura tem-se debruçado sobre a relação ou associação entre saúde mental e o consumo de substâncias psicoactivas, sobre os efeitos combinados na vida e funcionamento da pessoa bem como, nas exigências e sobrecarga que coloca às sociedades quer do ponto de vista da saúde, quer social, quer económico. Neste contexto, na revisão da literatura efectuada, identificou-se um número relevante de artigos que estudam a associação entre saúde mental e consumo de substâncias, particularmente do ponto de vista da comorbilidade.

Globalmente, parece existir evidências suficientes que ligam a ocorrência de consumo de substâncias e doença mental (Anderson & Baumberg, 2006), sendo forte a associação entre perturbações de humor, ansiedade e conduta e o consumo de substâncias (Merikans, Mehta, Molnar, 1998). Por exemplo, vários estudos encontraram co-ocorrência de perturbações depressivas com ansiedade e dependência de álcool (Hippius, Stefanis & Miller-Spahn, 2006), perturbações alimentares e consumo de tabaco (Rohde, Lewinsohn & Seely, 2007) e perturbações de personalidade e consumo de drogas ilícitas. Uma vez que um dos objectivos do nosso estudo é explorar a potencial relação entre estas duas variáveis, analisamos a seguir algumas publicações que procuram fazer o ponto da situação da investigação neste domínio através de uma revisão sistemática da literatura.

Jané-llopis e Matytsina (2006)²¹ fizeram uma revisão de alguns dos principais estudos epidemiológicos realizados entre a década de noventa e 2006 que documentam, nos países desenvolvidos, a prevalência de doenças mentais e consumo de substâncias e a relação entre estas duas problemáticas. Da análise efectuada, os autores apresentam indicadores da comorbilidade entre doença mental e consumo de substâncias em termos gerais e específicos. Assim, as doenças mentais mais frequentemente associadas ao consumo de álcool, tabaco ou drogas são as perturbações de humor e ansiedade. Apesar da variação entre

²¹ Num artigo intitulado *Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs*.

estudos, os autores estimam que entre 1% a 3% da população geral é afectada pela co-ocorrência de doença mental e consumo de substâncias.

De acordo com o *UK National Household Survey* existe maior probabilidade de uma pessoa ter um problema de saúde mental depois do início do consumo de substâncias. Assim, 12% da população tinha problemas mentais sem consumo de substâncias contra 22%, 30% e 45% com problemas mentais e consumo de nicotina, álcool e drogas respectivamente. Do mesmo modo, um estudo na população australiana verificou que 20-30% das mulheres e 12-25% dos homens com consumo de álcool tinham problemas de ansiedade ou de humor comparativamente com aproximadamente metade da população que não tinha consumo de substâncias.

Também no caso do consumo da cannabis, o padrão era similar com este tipo de consumidores, a apresentar duas vezes mais probabilidade de sofrer de perturbações mentais comparativamente aos não consumidores. Do ponto de vista mais específico, os autores verificaram que no caso do consumo de álcool, a comorbilidade varia, entre os estudos analisados, entre 5% de consumidores de álcool com perturbações de ansiedade até 39% com desordens de personalidade. Globalmente, o rácio de pessoas consumidoras de álcool terem problemas de ansiedade e de humor é consistentemente 4.0 superior comparativamente com pessoas não consumidoras. Já em termos do consumo de drogas, os autores verificaram que os rácios são ainda mais elevados.

No estudo epidemiológico realizado no Reino Unido já referido previamente, 45% das pessoas com consumo de drogas apresentavam pelo menos uma perturbação mental e 12% duas ou mais. Estes resultados são similares com os encontrados no estudo australiano, também já referido, em que 30-45% das mulheres e 15-25% dos homens com consumo de drogas apresentavam pelo menos uma perturbação mental.

No que se refere ao consumo de tabaco, os estudos revistos pelos autores apresentam evidências que sugerem que estes consumidores encontram-se estatisticamente em maior risco de apresentar comorbilidade psiquiátrica. Num estudo realizado na Alemanha verificou-se que o consumo de tabaco estava positivamente relacionado com uma série de doenças mentais, incluindo perturbações de ansiedade, humor e somatoformes. Além disso, o consumo de tabaco parece estar relacionado com doença mental em termos do grau de consumo, com a prevalência da comorbilidade da doença mental a aumentar com o maior número de cigarros diários consumidos. Para além destas análises, os autores compararam os resultados dos estudos revistos ao nível de características

sócio-demográficas como género, idade e estatuto socioeconómico (*Jané-Llopis e Matytsina, 2006*).

Numa publicação mais recente, *Saban e Flisher (2010)* actualizam a revisão da literatura realizada por *Jané-Llopis e Matytsina (2006)*, estudos desenvolvidos depois de 2006 quer em países desenvolvidos, quer em países em desenvolvimento. Globalmente, os resultados da análise de *Saban e Flisher* vão no mesmo sentido dos apresentados por *Jané-Llopis e Matytsina* quer em termos globais quer em termos específicos. Assim, genericamente, os autores encontraram nos estudos analisados evidências sobre a associação entre perturbações de humor e consumo de tabaco, entre ansiedade e consumo de tabaco, e entre ansiedade e consumo de álcool. A força desta associação aumenta em função da frequência e da quantidade de substâncias consumidas, sendo influenciada pela natureza da doença mental, a substância específica usada no consumo e factores demográficos como género, idade e período desenvolvimental do ciclo de vida. Face aos resultados obtidos, os autores consideram, tal como *Jané-Llopis e Matytsina*, a necessidade de estudos, preferencialmente longitudinais, que permitam conhecer e compreender a trajectória desta associação, assim como o papel da doença mental e do consumo de substâncias enquanto potenciais factores de risco para cada um, ao longo dos diferentes estádios do desenvolvimento ou fases da vida.

Considerando os resultados dos dois estudos apresentados sobre a revisão da literatura no âmbito da comorbilidade entre doença mental e consumo de substâncias, parece-nos que a associação entre estas duas dimensões é clara, parecendo existir consenso generalizado sobre a necessidade de investigar as especificidades desta associação. Assim, como sugestões aponta-se a realização de estudos longitudinais no sentido de clarificar ou iluminar os efeitos confundidores das avaliações retrospectivas relativas à ocorrência de acontecimentos significativos e ao início de um estado e/ou outro (isto é, doença mental e/ou consumo de substâncias).

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

1 - FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO

Após a abordagem teórica, iremos descrever: a fundamentação do nosso estudo; caracterizar o tipo de estudo; objectivo do estudo; população e amostra; técnica de amostragem; variáveis do estudo; instrumentos de recolha de dados utilizados; protocolo da recolha de dados; análise dos dados e considerações éticas.

A pertinência da investigação deve-se: (1) do ponto de vista do contexto há desconhecimento absoluto a nível geral da saúde mental e hábitos de consumo de substâncias psicoactivas de adultos na comunidade; (2) do ponto de vista de intervenção achamos pertinente o estudo para o desenvolvimento de programas de promoção da saúde mental, prevenção da doença mental e da dependência de substâncias psicoactivas.

O investigador, através de uma pergunta de partida, procura enunciar o seu projecto de investigação. É através dela que ele expressa, de forma mais explicitamente possível, o que procura saber, elucidar e compreender melhor (Quivy e Campenhoudt, 1998). Para Fortin (1999) a questão deve indicar claramente a direcção que se vai tomar, pode descrever conceitos ou fenómenos e/ou explorar relações entre os conceitos. Para se construir uma boa pergunta de partida, são vários os requisitos a que se deve obedecer. Para Quivy e Campenhoudt (1998) a pergunta deve ser clara e operacional, deve ser exequível e pertinente e deve servir de fio condutor à nossa investigação.

Face ao exposto e tendo em conta que se pretende avaliar os níveis de saúde mental e o consumo de substâncias psicoactivas de adultos na comunidade, foram formuladas as seguintes questões de partida: (1) Quais os níveis de saúde mental da população adulta na comunidade em estudo? (2) Quais os padrões de consumo de substâncias psicoactivas de adultos na comunidade em estudo?

1.1 - Objectivos do Estudo

Ao longo de uma investigação, o investigador é orientado por determinados objectivos operacionais, que dependem da natureza dos fenómenos e das variáveis presentes no estudo, bem como, das condições de maior ou menor controlo em que a investigação vai ocorrer (Almeida e Freire, 2000). Ao definir um objectivo, vamos precisar os conceitos que serão estudados, a população alvo e a informação que se deseja obter (Fortin, 2000).

No sentido de dar respostas às questões de partida foram traçados os seguintes objectivos: (1) Descrever os níveis de saúde mental dos adultos na comunidade; (2) Caracterizar o consumo de substâncias psicoactivas dos adultos na comunidade; (3) Analisar a associação entre as características sócio-demográficas e a saúde mental dos adultos na comunidade; (4) Analisar a associação entre a saúde mental e o consumo de substâncias psicoactivas dos adultos na comunidade.

1.2 - Tipo de Estudo

O actual estudo pretende ser de natureza quantitativa, do tipo descritivo e transversal²². Sampieri et al (2006), refere que uma pesquisa é de natureza quantitativa quando pretende, intencionalmente, “delimitar” a informação. Neste estudo há uma realidade a conhecer, os dados obtidos são quantificáveis e a sua finalidade é relatar o que acontece (os factos são explicados e previstos). Os estudos descritivos procuram especificar as propriedades, características das pessoas/ comunidades, medem, avaliam, fazem a recolha de dados sobre os diversos aspectos do fenómeno a ser estudado. Num estudo descritivo são seleccionadas questões, é efectuada a recolha de dados sobre cada uma delas para de seguida descrever o que se pesquisa.

²² Um estudo é transversal quando os dados são recolhidos num só momento e sem presença de qualquer intervenção.

2 - METODOLOGIA

A metodologia é decisiva num trabalho de investigação e só através da utilização de métodos adequados se torna possível alcançar os objectivos propostos e dar validade científica ao estudo. Nesta fase, o investigador determina os métodos que pretende utilizar para obter respostas às suas questões.

2.1 - População e Amostra

Uma população é um conjunto de pessoas que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios (*Fortin*, 1999).

O universo da população adulta, da UCSP é cerca de 3459, dos quais 820, não apresentam atribuição de médico de família. Tratando-se de um estudo de natureza quantitativo, a delimitação da população foi efectuada previamente tendo sido organizados três grupos etários: Grupo 1, o Jovem Adulto (dos 18 aos 34 anos de idade); Grupo 2, o Adulto (dos 35 aos 64 anos de idade); Grupo 3, o Idoso (com 65 e mais anos de idade).

Uma amostra é segundo *Fortin* (1999), um subconjunto de uma população que pertence à mesma população e onde as características da mesma estão representadas.

Devido ao curto espaço de tempo da investigadora para desenvolver a sua investigação, foi definida uma amostra de 150 pessoas estratificada segundo o género dentro de cada subclasse etária (plano factorial de 3X2), isto é, 25 participantes por cada género e em cada classe etária definida (jovem adulto, adulto e idoso).

2.1.1 - Técnica de Amostragem

Através do método de amostragem não probabilística²³ (também denominado amostragem de conveniência), a técnica utilizada foi a da amostragem accidental, pois nesta, os possíveis participantes são facilmente acessíveis e encontram-se no local exacto e no momento preciso (*Fortin, 1999*). Todos os utentes adultos inscritos na UCSP, sempre que apresentaram os critérios de inclusão conforme o protocolo de recolha de dados, foram abordados quanto ao objectivo, pertinência e finalidade do respectivo estudo.

O local escolhido para a recolha de dados foi a Unidades de Saúde referida.

2.2 - Variáveis do Estudo

Segundo *Sampieri et al (2006)* uma variável é uma propriedade que pode modificar e cuja mudança é passível de ser medida e de ser observada. As variáveis podem ser classificadas de diversas formas, segundo o seu uso numa investigação.

Neste estudo pretendemos analisar as seguintes variáveis dependentes: a saúde mental e o consumo de substâncias psicoactivas. Entende-se por variável dependente, aquela que sofre o efeito esperado da variável independente. A variável independente, por seu lado, é aquela que pode ser manipulada pelo investigador deliberadamente, para medir o seu efeito na variável dependente (*Fortin, 1999*).

Por sua vez, as variáveis independentes que pretendemos analisar neste estudo são: (1) género; (2) idade; (3) estado civil; (4) situação profissional; (5) escolaridade; (6) tipo de habitação; (7) composição do agregado familiar; (8) número de refeições diárias; (9) número de horas de sono diárias; (10) presença de problemas relacionado com o sono; (11) presença de doença física; (12) tipo de

²³ *Fortin (1999)* definiu a amostragem não probabilística como um procedimento de selecção em que cada elemento da população não tem uma igual probabilidade de ser escolhido para formar a amostra. Esta tem o risco de ser menos representativa que a probabilística mas, nem sempre, o investigador tem acesso a toda a população.

medicação em uso; (13) tipo de vigilância de saúde; (14) prática de exercício físico.

2.3- Instrumentos de Recolha de Dados

Ao longo de uma pesquisa de natureza quantitativa, são aplicados instrumentos para medir as variáveis de interesse. *Sampieri et al. (2006, p.287)* refere: *“Um instrumento de medição adequado é aquele que regista dados observáveis que representam verdadeiramente os conceitos ou as variáveis que o pesquisador tem em mente”*.

Após estabelecer os procedimentos, define-se a população em estudo, determina-se o tamanho da amostra e escolhem-se os instrumentos mais adequados para a realização da recolha de dados. Para obter resultados fiáveis, o investigador deve ainda assegurar a fidelidade e a validade dos métodos de recolha de dados (*Fortin, 1999*). A mesma autora sustenta ainda que, esta fase vai operacionalizar o estudo, precisando o tipo de estudo, definindo as variáveis, o meio onde irá desenrolar-se o estudo e a população.

Os instrumentos utilizados foram três e passaremos a descrevê-los seguidamente.

2.3.1- Questionário sobre Dados Sócio-demográficos

A informação relativa à caracterização sócio-demográfica dos participantes no estudo foi recolhida a partir do questionário sobre dados sócio-demográficos que integra o protocolo de recolha de dados. Este questionário permite obter informação relativa à idade, género, estado civil, situação profissional, escolaridade, habitação, composição do agregado familiar, número de refeições diárias, número de horas de sono diárias, problemas relacionados com o sono, presença de doença física, tipo de medicação em uso, tipo de vigilância de saúde e prática de exercício físico.

2.3.2 - *Questionário sobre Consumo de Substâncias Psicoactivas*

A construção do questionário sobre Consumo de Substâncias Psicoactivas baseou-se num questionário já existente, nomeadamente, o 2º INPP (2007). Este estudo foi realizado para o IDT, IP segundo protocolo com o CEOS²⁴. O formato do inquérito obedeceu ao questionário modelo, proposto pelo OEDT, que visa a população geral (entre os 15-64 anos de idade) e genericamente adequa-se às expectativas e necessidades de diversas instâncias, com o intuito de superar limitações com as quais se confrontam actualmente. Este questionário ainda permite comparar os dados relativos ao consumo de drogas a nível europeu ou mesmo internacional (Balsa, 2008).

A obtenção da autorização para a utilização de parte deste questionário foi concebida após envio de pedido de autorização, dirigido à Dra. Fernanda Feijão, do IDT, IP (anexo I).

2.3.3 - *Inventário de Saúde Mental*

O ISM é um instrumento de saúde mental que foi validado para a população portuguesa pelo Professor Doutor Pais Ribeiro (foi adaptado para a população portuguesa numa amostra de 609 estudantes saudáveis, 53% do género feminino, com idades entre os 16 e os 30 anos). Os resultados mostraram uma consistência interna pelo Alfa de *Cronbach* de 0,80 (Ribeiro, 2001).

Este instrumento visa avaliar a saúde mental numa perspectiva que inclui tanto as dimensões positivas como as negativas. Trata-se de um questionário de auto - respostas que inclui 38 itens, agrupados em cinco subescalas: Ansiedade (dez itens), Depressão (cinco itens), Perda de Controlo Emocional/ Comportamental (nove itens), Afecto Positivo (onze itens), Laços Emocionais (três itens). Estas cinco subescalas agrupam-se em duas grandes dimensões (ou subescalas), que vão medir o *Distress* Psicológico (é o resultado do agrupamento das subescalas da Ansiedade, Depressão e Perda de controlo Emocional/ Comportamental) e o Bem-estar Psicológico (é o resultado do agrupamento das

²⁴ CEOS - Investigações Sociológicas da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

subescalas Afecto positivo e Laços emocionais). A resposta a cada questão é feita através de uma escala ordinal de cinco ou seis posições (avalia parâmetros como a frequência e a intensidade). O resultado total deste inventário leva à soma dos valores brutos dos itens que constituem cada subescala referida anteriormente. Alguns itens são cotados de maneira invertida. Valores mais elevados equivalem a melhor saúde mental (Ribeiro, 2001).

Esta escala foi utilizada no nosso estudo de investigação após a obtenção de autorização para o seu uso, concedida pelo Professor Doutor Pais Ribeiro (anexo II).

2.3.4 - Pré-Teste do Questionário

Segundo Fortin (1999, p. 253) *“O pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada (entre 10 a 30 sujeitos), a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas. (...) tem por objectivo principal avaliar a eficácia e a pertinência do questionário...”*.

Após discussão com peritos na área, para analisar a sua pertinência na população que se pretende estudar, foi realizado um pré-teste, num total de 10, a homens e mulheres com idade compreendidas entre os 23 e 70 anos de idade, de forma a avaliar e antever a compreensão das questões colocadas e o tempo médio necessário para o preenchimento dos mesmos.

Ao longo da realização do pré-teste não se verificaram quaisquer obstáculos no preenchimento dos questionários no que concerne à sua compreensão. Foi possível estimar o tempo médio necessário para o seu preenchimento (aproximadamente 15 a 25 minutos). Dessa forma, a realização do pré-teste mostrou não haver qualquer impacto na metodologia e permitiu obter os dados pretendidos.

2.4 - Protocolo de Recolha de Dados

A realização da recolha de dados decorreu no período compreendido entre o dia 15 de Abril e 6 de Junho de 2011, após obtenção de parecer positivo da CES da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. e autorização do Sr. Director Executivo do ACES Cávado II - Gerês/Cabreira pertencente ao distrito de Braga, (Anexo III).

Foi aplicado um protocolo de recolha de dados constituído pelos seguintes instrumentos: 1 - Questionário sobre dados Sócio-demográficos; 2 - Questionário sobre Consumo de Substâncias Psicoactivas; 3 - ISM (anexo IV). A cada questionário preenchido foi atribuído um número de 1 a 150 e colocado um código inicial, de forma a facilitar a triagem dos documentos (pelos diferentes grupos etários pretendidos) e manter a confidencialidade. Foi atribuído o código “J”, ao grupo dos Jovens Adultos (dos 18 aos 34 anos de idade); “A”, ao grupo etário dos Adultos (dos 35 aos 64 anos de idade); “I”, ao grupo etário dos Idosos (com 65 ou mais anos de idade).

Sendo o método escolhido para essa recolha, a amostragem não probabilística, todos os utentes adultos (com 18 anos e mais anos) inscritos na UCSP, tiveram a possibilidade de serem convidados para participar no estudo.

Os critérios de inclusão no estudo foram:

- (1) Adultos de ambos os géneros com idade a partir dos 18 anos;
- (2) Terem capacidade para responder ao questionário (fluência verbal);
- (3) Não apresentarem acuidade auditiva/visual diminuída em grau elevado;
- (4) Serem capazes de dar o seu consentimento para a sua participação.

A abordagem/selecção/preenchimento do questionário, dos possíveis participantes no estudo, foi realizada em diferentes períodos ao longo da semana: às segundas, quartas e quintas-feiras, no período compreendido entre as 8H15 e as 11H; às terças e sextas-feiras, no período compreendido entre as 15H e as 18H. Os adultos que se deslocaram à UCSP, para realizarem consulta médica ou que acompanharam os familiares na consulta, foram abordados pela investigadora, no sentido de serem potenciais participantes e integrarem o estudo de investigação.

Nesta abordagem, a investigadora explicou os objectivos/pertinência/finalidades/importância do estudo de forma a obter a sua aceitação ou não, para participar (sempre que obedeciam aos critérios de inclusão para o estudo). Foi agendado dentro do horário livre da investigadora e conforme

disponibilidade do potencial participante, um contacto para a recolha dos dados (preenchimento do questionário).

A recolha dos dados foi realizada num local calmo (uma sala que se apresentasse livre, um consultório médico ou uma das salas de Enfermagem), onde foi mantido a privacidade. De forma clara foi lida a nota explicativa (anexo V) do estudo assim como, o consentimento informado e pedido ao mesmo que o assinasse (uma cópia do documento foi entregue ao participante e outra ficou ao cuidado da investigadora).

2.5 - Análise e Tratamento dos Dados

Os dados recolhidos através das medidas apresentadas anteriormente foram inseridos no programa informático SPSS, versão 19.0 para Windows. Depois da fase de introdução de dados, realizou-se uma primeira inspecção dos valores de modo a confirmar a ausência de erros neste processo.

Com o intuito de calcular as estatísticas mais adequadas aos dados obtidos, o processo de análise iniciou-se com a realização de um conjunto de análises exploratórias no sentido de determinar a normalidade das distribuições e verificar a existência de *outliers* susceptíveis de influenciar consideravelmente os resultados.

Em seguida, foram desenvolvidos diferentes procedimentos de análise estatística descritiva de acordo com a natureza das variáveis com o intuito de descrever de forma sucinta o vasto conjunto de dados recolhidos. No caso das variáveis nominais e ordinais, foram calculadas as frequências absolutas e as percentagens e no caso das variáveis intervalares foram calculadas médias, desvios-padrão, mínimos e máximos. Por fim, e de forma a analisar a relação entre as variáveis em estudo, realizaram-se análises inferenciais (diferenças de grupos), nomeadamente a *One-Way Anova* ou análise de variância unifactorial e o teste não paramétrico *Mann-Whitney*.

2.6 - Considerações Éticas

Foi elaborado um pedido de autorização dirigido ao Sr. Director Executivo do ACES, para a realização do estudo pretendido e elaborado um protocolo de investigação dirigido à CES. Após algumas adequações obtivemos um parecer positivo da CES, sendo igualmente concedido a autorização por parte do Sr. Director Executivo do ACES.

Para o presente trabalho foi redigido um documento escrito (Consentimento Informado, anexo VI) de forma clara e precisa, numa linguagem simples, compreensível e comum, cujo seu conteúdo transmitia a informação necessária (sobre as etapas, objectivos, finalidades do estudo, bem como dar a conhecer o investigador envolvido) para que o participante acesse a todas as informações inerentes à sua participação e deste modo decidir, informadamente, sobre a sua participação ou não no estudo. A pessoa foi ainda esclarecida sobre a confidencialidade dos dados recolhidos e a possibilidade de recusar a sua participação em qualquer momento da recolha de dados, sem que isso implicasse qualquer prejuízo pessoal na assistência que lhe é prestada.

3 - RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos no âmbito do presente estudo empírico. A apresentação dos resultados encontra-se dividida em duas partes.

Em primeiro lugar, será apresentada a caracterização da amostra no que concerne à informação sócio-demográfica recolhida e ao consumo de substâncias psicoactivas. Em segundo lugar, serão apresentados os resultados relativos à relação entre algumas características sócio-demográficas (idade e género), a prática de exercício físico e o consumo de substâncias psicoactivas e os indicadores de saúde mental dos participantes do presente estudo.

De forma a facilitar a sua leitura, os resultados serão sintetizados em tabelas e em gráficos sempre que se justifique, destacando no corpo do texto os resultados mais relevantes.

3.1 - Caracterização da Amostra

A amostra deste estudo será caracterizada em termos de variáveis sócio-demográficas, estilos de vida, problemas de saúde e uso de fármacos, hábitos tabágicos, consumo de álcool e de outras substâncias psicoactivas ilícitas.

3.1.1 - Características Sócio-demográficas

A amostra do presente estudo é constituída por 150 indivíduos, dos quais 75 são do género masculino e 75 do género feminino. Também no que se refere à idade dos participantes, podemos verificar uma distribuição equitativa por três grupos etários: 50 participantes com idades compreendidas entre 18 e 34 anos

(Grupo 1); 50 participantes com idades compreendidas entre 35 e 64 anos (Grupo 2) e 50 participantes com 65 anos ou mais (Grupo 3) (Tabela 5).

TABELA 5: Distribuição dos participantes em função do género e grupo etário

Grupo etário	Género Masculino	Género Feminino	Total
G1 - 18 a 34 anos	25	25	50
G2 - 35 a 64 anos	25	25	50
G3 - 65 ou mais	25	25	50
Total	75	75	150

Nota: G1 = Grupo 1; G2 = Grupo 2; G3 = Grupo 3

Como é possível constatar pela leitura da Tabela 6, a idade dos participantes varia entre 18 e 87 anos, com uma média de 49,03 (DP = 20,94). Em termos de escolaridade, mais de metade da amostra do presente estudo possui escolaridade ao nível do Ensino Básico (1.º, 2.º ou 3.º Ciclos). Note-se, igualmente, a existência de uma reduzida percentagem de participantes que não frequentou a escola.

A Tabela 6 apresenta ainda a distribuição dos participantes relativamente à sua situação profissional actual. De acordo com os resultados, verificamos que aproximadamente 39% dos participantes se encontra empregado, seguido de 29% reformado por idade.

TABELA 6: Idade média e distribuição dos participantes em função do nível de escolaridade e situação profissional

	<i>n</i>	%
Idade (M, DP)	49,03 (20,94)	
Nível de escolaridade		
Sem escolaridade	10	6,71
1.º Ciclo do Ensino Básico	57	38,26
2.º/3.º Ciclo do Ensino Básico	38	25,50
Ensino Secundário	32	21,48
Ensino Superior	12	8,05

Situação profissional	<i>n</i>	%
Empregado	59	39,3
Desempregado	25	16,7
Doméstica	5	3,3
Estudante	9	6,0
Reformado por idade	44	29,3
Reformado por invalidez	8	5,3

TABELA 6 (cont.)

No que concerne ao estado civil dos participantes, podemos verificar na Tabela 7, que mais de metade é casada ou vive em união de facto (67,3%) e cerca de 21 % são solteiros. Apenas uma minoria são divorciados/separados ou viúvos.

TABELA 7: Distribuição dos participantes em função do estado civil

Estado civil	<i>n</i>	%
Solteiro	32	21,3
Casado/união de facto	101	67,3
Divorciado/separado	6	4,0
Viúvo	11	7,3

3.1.2 - Estilos de Vida

Passamos agora a apresentar os resultados descritivos, relacionados com os estilos de vida, nomeadamente: número de refeições; número de horas de sono e existência/tipo de problemas relacionados com este; prática de exercício físico.

Como se expõe na Tabela 8, a maioria dos participantes (88%) referiu realizar entre três a cinco refeições e a dormir entre sete e oito horas por dia (62,7%).

TABELA 8: Distribuição dos participantes em função do número de refeições e horas de sono diárias

Número de refeições diárias	<i>n</i>	%
Menos de três	4	2,7
De três a cinco	132	88,0
Mais de cinco	14	9,3
Número de horas de sono diárias		
De 2 a 4 horas	4	2,7
De 5 a 6 horas	34	22,7
De 7 a 8 horas	94	62,7
De 9 a 10 horas	18	12,0

De referir ainda que, dos 150 participantes, 29 (19,3%) indicaram apresentar algum problema relacionado com o sono, sendo as insónias o que foi referido por 21 destes participantes, conforme se apresenta na Tabela 9.

TABELA 9: Distribuição dos participantes em função da existência de problemas relacionados com o sono e tipo de problema indicado

Problema relacionado com o sono	<i>n</i>	%
Sim	29	19,3
Não	121	80,7
Tipo de problema		
Insónias	21	72,41
Dores osteo-articulares	2	6,90
Maternidade	3	10,34
Não respondeu	3	10,34

Relativamente à prática de exercício físico, apenas 38 participantes (25,3%) afirmaram realizar exercício físico, sendo que 22 fazem parte do Grupo 1, 12 do Grupo 2 e quatro do Grupo 3.

A modalidade de exercício físico mais frequentemente praticada foi andar a pé, tendo sido referenciado por cerca de 10 participantes, logo seguida de jogar futebol (9) e ginásio (7). A maioria dos participantes que referiu praticar exercício físico costuma fazê-lo entre duas a três horas por semana.

3.1.3 - Problemas de Saúde e Uso de Fármacos

Quanto à questão “Sofre de alguma doença?”, 89 dos participantes (59,3%) respondeu afirmativamente. Na Tabela 10 apresentamos a distribuição dos participantes em função do tipo de problemas de saúde.

Como é possível verificar na Tabela 10, os problemas de HTA são os mais frequentes (28.7%).

TABELA 10: Distribuição dos participantes em função dos problemas de saúde

Problemas de saúde	<i>n</i>	%
HTA	43	28,7
Outros problemas	22	14,7
Problemas osteo-articulares	18	12,0
Diabetes	13	8,7
Problemas tubo digestivo	12	8,0
Problemas oncológicos	11	7,3
Problemas cardíacos	11	7,3
Problemas mentais	9	6,0
Problemas endócrinos	8	5,3
Problemas respiratórios	6	4,0
Problemas hematológicos	4	2,7
Problemas génito-urinários	3	2,0
Problemas alérgicos	2	1,3
Problemas dermatológicos	2	1,3
Problemas renais	1	0,7
Problemas oftálmicos e otorrinolaringológicos	1	0,7

Aproximadamente 57% dos participantes referiu tomar algum tipo de medicação. De acordo com a Figura 2, os medicamentos mais referidos foram, por ordem decrescente, os anti-hipertensores (28%) e os anti-dislipidémicos (12,7%). Note-se ainda que 45 participantes (30%) indicaram outros medicamentos além das opções apresentadas no questionário.

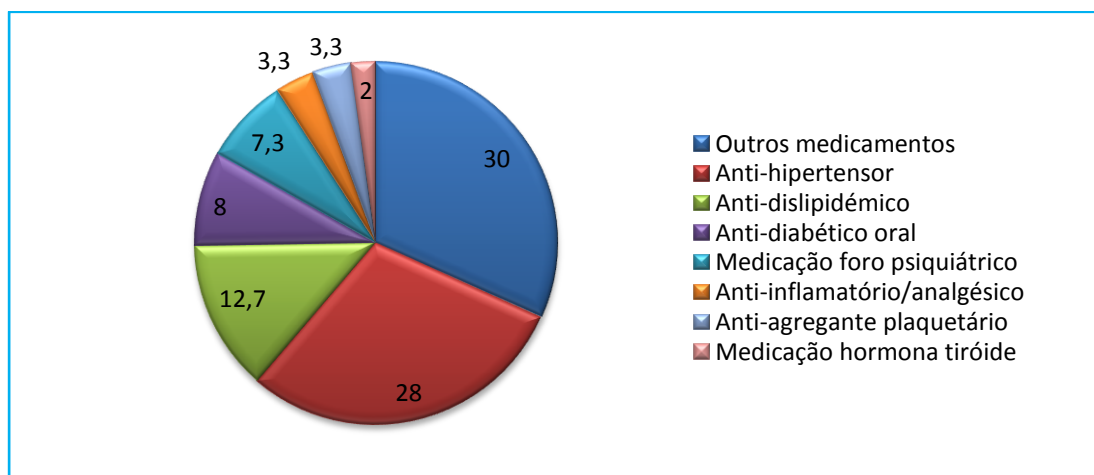


FIGURA 2: Distribuição dos participantes em função do consumo de medicamentos (classe farmacológica)

A Tabela 11 apresenta os dados relativos ao consumo de fármacos do tipo sedativo, tranquilizante ou hipnótico, onde se verifica que a maioria dos participantes (69,3%) nunca tomou este tipo de fármacos. Dos participantes que referiram tomar, 22 responderam ter tomado durante pelo menos 1 ano, nove entre 1 e 5 anos, quatro entre cinco e 10 anos, quatro entre 10 e 20 anos e três referiram tomar há mais de 20 anos.

TABELA 11: Distribuição dos participantes em função do consumo de fármacos do tipo sedativo, tranquilizante ou hipnótico ao longo da vida

Consumo ao longo da vida	<i>n</i>	%
Sim	46	30,7
Não	104	69,3
Durante quanto tempo tomou?		
Menos de um ano	22	47,8
Entre um ano e cinco anos	9	19,6
Entre cinco e 10 anos	4	8,7

Durante quanto tempo tomou?	<i>n</i>	%
Entre 10 anos e 20 anos	4	8,7
Mais de 20 anos	3	6,5
Não sabe/não responde	4	8,7

TABELA 11 (cont.)

A Tabela 12 mostra a distribuição dos participantes em função do consumo de fármacos do tipo sedativo, tranquilizante ou hipnótico nos últimos 12 meses, onde, de acordo com as respostas obtidas, 28 participantes afirmaram ter tomado este tipo de fármacos ao longo do último ano, dos quais 19 o fizeram diariamente. A quase totalidade referiu ter comprado exclusivamente através de receita médica este tipo de fármaco.

TABELA 12: Distribuição dos participantes em função do consumo de fármacos do tipo sedativo, tranquilizante ou hipnótico nos últimos 12 meses

Consumo nos últimos 12 meses	<i>n</i>	%
Sim	28	18,7
Não	122	81,3
Com que frequência?		
Várias vezes ao dia	1	3,6
Diariamente	19	67,9
Quatro vezes por semana ou mais	1	3,6
Duas a quatro vezes por mês	1	3,6
Uma vez por mês ou menos	1	3,6
Raramente	3	10,7
Não responde	2	7,1

3.1.4 - Tipo de Vigilância de Saúde

Procuramos saber ainda qual o tipo de vigilância de saúde que os participantes habitualmente fazem. Os resultados obtidos revelaram que o médico

de família é o tipo de apoio ao qual todos os participantes recorrem. De destacar ainda que cerca de 21% dos participantes também recorrem ao hospital, 10,7% ao enfermeiro de família e 8,7% ao médico particular.

3.1.5 - Hábitos Tabágicos e Consumo de Bebidas Alcoólicas

No que diz respeito ao consumo de tabaco, Tabela 13, apenas 14% dos inquiridos referiu fumar actualmente. No entanto, note-se que 42% indicou já o ter feito no passado.

TABELA 13: Distribuição dos participantes em função do consumo de tabaco

Fuma tabaco actualmente?	<i>n</i>	%
Sim	21	14,0
Não	129	86,0
Alguma vez fumou tabaco?		
Sim	63	42,0
Não	87	58,0
Fumou tabaco nos últimos 12 meses?		
Sim	34	22,7
Não	30	20,0
Não se aplica	86	57,3

A maioria dos participantes afirma ter consumido bebidas alcoólicas ao longo da sua vida e nos últimos 12 meses (Tabela14). A Figura 3 apresenta a frequência de consumo de bebidas alcoólicas (cerveja, vinho e bebidas espirituosas) nos últimos 12 meses indicada pelos participantes.

TABELA 14: Distribuição dos participantes em função do consumo de bebidas alcoólicas

Ao longo da sua vida, bebeu alguma vez algum tipo de bebida alcoólica?	<i>n</i>	%
Sim	127	84,7
Não	23	15,3
Nos últimos 12 meses, bebeu algum tipo de bebida alcoólica?		
Sim	118	78,7
Não	22	14,7
Não se aplica	10	6,7

De acordo com os resultados apresentados na Figura 3, a maioria dos participantes indicou nunca ou raramente ter consumido bebidas alcoólicas como a cerveja e bebidas espirituosas nos últimos 12 meses. Destaque-se que aproximadamente 40% dos participantes afirmou beber vinho diariamente nos últimos 12 meses.

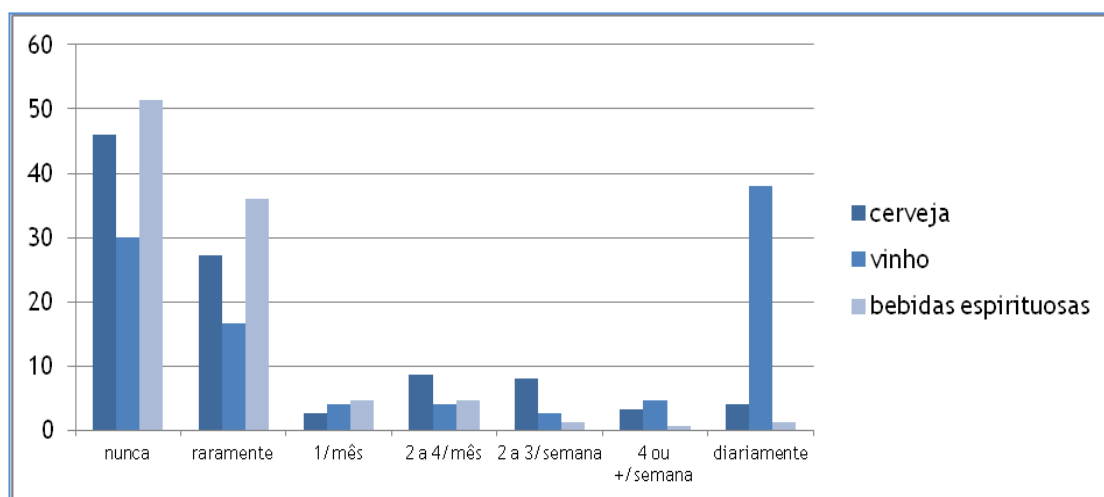


FIGURA 3: Frequência de consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses

Uma minoria de participantes (6%) afirmou ter ficado embriagado no último ano. Note-se que um destes participantes referiu ter ficado embriagado pelo menos 10 vezes.

3.1.6 - Consumo de Outras Substâncias Psicoactivas

Quanto ao consumo de substâncias psicoactivas ilícitas, conforme Tabela 15, foi possível verificar que todos os participantes afirmaram nunca ter consumido heroína, cocaína, ecstasy e anfetaminas ao longo da vida. Apenas 10 participantes (6,7%) indicaram ter consumido cannabis ao longo da vida e quatro (2,7%) nos últimos 12 meses. Destes quatro participantes, um referiu ter consumido com uma regularidade de duas a quatro vezes por mês, um com uma regularidade de uma vez por mês e dois mais raramente.

TABELA 15: Distribuição dos participantes em função do consumo de outras substâncias psicoactivas

Alguma vez ao longo da sua vida, consumiu...	Sim		Não	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Heroína	0	0,0	150	100
Cocaína	0	0,0	150	100
Cannabis	10	6,7	140	93,3
Ecstasy	0	0,0	150	100
Anfetaminas	0	0,0	150	100
Alucinogéneos	1	0,7	149	99,3
Nos últimos 12 meses, consumiu...				
Heroína	0	0,0	150	100
Cocaína	0	0,0	150	100
Cannabis	4	2,7	146	97,3
Ecstasy	0	0,0	150	100
Anfetaminas	0	0,0	150	100
Alucinogéneos	0	0,0	150	100

3.2 - Saúde Mental

Neste ponto, na Tabela 16, mostramos de forma sintetizada os resultados descritivos (médias, desvios-padrão, mínimo e máximo) obtidos pela amostra total a nível das subescalas, dimensões e resultado global do ISM.

TABELA 16: Resultados descritivos obtidos pela amostra total a nível das subescalas, dimensões e resultado global do ISM

Subescalas, Dimensões do ISM	M	DP	Min. - Max.
Ansiedade	43,55	7,78	24 - 59
Depressão	22,93	3,58	11 - 29
Perda de controlo Emocional/Comportamental	43,41	6,11	16 - 53
Distress Psicológico	109,88	15,64	66 - 140
Afecto positivo	43,78	8,07	16 - 64
Laços emocionais	13,60	3,15	4 - 18
Bem - estar Psicológico	57,38	9,99	23 - 81
ISM Global	167,26	22,42	100 - 221

Por sua vez, a Tabela 17 apresenta, para cada item, a percentagem de participantes que indicou cada uma das opções de resposta.

A análise da distribuição dos resultados obtidos nos itens incluídos em cada subescala permite constatar que a maioria dos participantes indicou os pontos intermédios da escala na maioria dos itens das subescalas da dimensão Bem-estar psicológico: Afecto positivo e Laços emocionais.

Relativamente às restantes subescalas, particularmente no caso da Depressão e Perda de controlo emocional/comportamental, verifica-se que mais de metade dos participantes atribuiu valores de 5 ou 6, sugerindo que, em geral, estes participantes percebem a sua saúde mental a nível destes itens de uma forma mais positiva.

TABELA 17: Distribuição dos participantes de acordo com as opções de resposta escolhidas em cada item do ISM

		1	2	3	4	5	6
DISTRESS PSICOLÓGICO		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Nº	Ansiedade						
3	Com que frequência é que se sentiu nervoso ou apreensivo por coisas que aconteceram, ou perante situações inesperadas, no último mês?	2 (1,3)	13 (8,7)	26 (17,3)	64 (42,7)	28 (18,7)	17 (11,3)
11	Durante quanto tempo no mês passado se sentiu muito nervoso?	3 (2,0)	10 (6,7)	18 (12,0)	58 (38,7)	50 (33,3)	11 (7,3)
13	No último mês durante quanto tempo se sentiu tenso e irritado?	1 (0,7)	9 (6,0)	11 (7,3)	65 (43,3)	47 (31,3)	17 (11,3)
15	Durante o último mês com que frequência é que sentiu as mãos a tremer quando fazia alguma coisa?	2 (1,3)	9 (6,0)	8 (5,3)	31 (20,7)	34 (22,7)	66 (44,0)
22	Quanto tempo, durante o último mês, se sentiu capaz de relaxar sem dificuldade? ^a	12 (8,0)	20 (13,3)	34 (22,7)	25 (16,7)	41 (27,3)	18 (12,0)
25	Durante o último mês, quão incomodado é que você se sentiu devido ao nervoso?	3 (2,0)	5 (3,3)	38 (25,3)	20 (13,3)	53 (35,3)	31 (20,7)
29	No último mês, durante quanto tempo se sentiu cansado inquieto e impaciente?	3 (2,0)	15 (10,0)	18 (12,0)	54 (36,0)	45 (30,0)	15 (10,0)
32	No último mês, com que frequência é que se sentiu confuso ou perturbado?	0 (0,0)	2 (1,3)	14 (9,3)	38 (25,3)	46 (30,7)	50 (33,3)
33	Durante o último mês sentiu-se ansioso ou preocupado?	1 (0,7)	5 (3,3)	42 (28,0)	17 (11,3)	58 (38,7)	27 (18,0)
35	Com que frequência, durante o último mês se sentiu com dificuldade em se manter calmo?	1 (0,7)	7 (4,7)	17 (11,3)	37 (24,7)	50 (33,3)	38 (25,3)
Depressão							
9	Sentiu-se deprimido durante o último mês? ^b	3 (2,0)	2 (1,3)	12 (8,0)	91 (60,7)	42 (28,0)	-
27	Durante quanto tempo, durante o mês que passou, se sentiu triste e em baixo de tal modo que nada o conseguia animar?	4 (2,7)	3 (2,0)	9 (6,0)	40 (26,7)	49 (32,7)	45 (30,0)

TABELA 17 (cont.)		1	2	3	4	5	6
30	No último mês, durante quanto tempo se sentiu rabugento ou de mau humor?	2 (1,3)	1 (0,7)	14 (9,3)	54 (36,0)	51 (34,0)	28 (18,7)
36	No último mês, durante quanto tempo se sentiu espiritualmente em baixo?	1 (0,7)	6 (4,0)	8 (5,3)	38 (25,3)	54 (36,0)	43 (28,7)
38	Durante o último mês esteve ou sentiu-se debaixo de grande pressão ou <i>stress</i> ?	0 (0,0)	7 (4,7)	18 (12,0)	33 (22,0)	44 (29,3)	48 (32,0)
Perda de controlo Emocional/Comportamental							
8	Durante o último mês, teve alguma vez razão para se questionar se estaria a perder a cabeça ou a perder o controlo sobre os seus actos, as suas palavras, os seus pensamentos, sentimentos ou memória? ^a	1 (0,7)	11 (7,3)	11 (7,3)	19 (12,7)	30 (20,0)	78 (52,0)
14	Durante o último mês sentiu que controlava perfeitamente o seu comportamento, pensamento, emoções e sentimentos? ^a	2 (1,3)	4 (2,7)	12 (8,0)	48 (32,0)	40 (26,7)	44 (29,3)
16	Durante o último mês com que frequência sentiu que não tinha futuro, que não tinha para onde orientar a sua vida?	4 (2,7)	3 (2,0)	7 (4,7)	23 (15,3)	34 (22,7)	79 (52,7)
18	Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu emocionalmente estável? ^a	3 (2,0)	2 (1,3)	24 (16,0)	36 (24,0)	34 (22,7)	51 (34,0)
19	Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu triste?	4 (2,7)	8 (5,3)	5 (3,3)	51 (34,0)	61 (40,7)	21 (14,0)
20	Com que frequência, no mês passado, se sentiu como se fosse chorar?	2 (1,3)	3 (2,0)	10 (6,7)	31 (20,7)	50 (33,3)	54 (36,0)
21	Durante o último mês, com que frequência você sentiu que as outras pessoas se sentiriam melhor se você não existisse?	2 (1,3)	3 (2,0)	2 (1,3)	15 (10,0)	26 (17,3)	102 (68,0)
24	Com que frequência, durante o último mês, sentiu que tudo acontecia ao contrário do que desejava?	9 (6,0)	11 (7,3)	9 (6,0)	43 (28,7)	49 (32,7)	29 (19,3)
28	Durante o último mês, alguma vez pensou em acabar com a vida? ^b	1 (0,7)	5 (3,3)	3 (2,0)	3 (2,0)	138 (92,0)	-
BEM-ESTAR PSICOLÓGICO							
Afecto positivo							
1	Quanto feliz e satisfeito tem estado com a sua vida pessoal? ^a	4 (2,7)	2 (1,3)	27 (18,0)	70 (46,7)	36 (24,0)	11 (7,3)

TABELA 17 (cont.)		1	2	3	4	5	6
4	Durante o mês passado, com que frequência sentiu que tinha um futuro promissor e cheio de esperança? ^a	4 (2,7)	2 (1,3)	27 (18,0)	70 (46,7)	36 (24,0)	11 (7,3)
5	Com que frequência, durante o último mês, sentiu que a sua vida no dia-a-dia estava cheia de coisas interessantes? ^a	12 (8,0)	18 (12,0)	32 (21,3)	55 (36,7)	23 (15,3)	10 (6,7)
6	Com que frequência, durante o último mês, se sentiu relaxado e sem tensão? ^a	5 (3,3)	18 (12,0)	50 (33,3)	45 (30,0)	23 (15,3)	9 (6,0)
7	Durante o último mês, com que frequência sentia prazer nas coisas que fazia? ^a	4 (2,7)	2 (1,3)	12 (8,0)	57 (38,0)	29 (19,3)	46 (30,7)
12	Durante o último mês, com que frequência esperava ter um dia interessante ao levantar-se? ^a	13 (8,7)	16 (10,7)	28 (18,7)	44 (29,3)	21 (14,0)	28 (18,7)
17	Durante quanto tempo no mês que passou, se sentiu calmo e em paz? ^a	2 (1,3)	11 (7,3)	40 (26,7)	35 (23,3)	35 (23,3)	27 (18,0)
26	No mês que passou, durante quanto tempo sentiu que a sua vida era uma aventura maravilhosa? ^a	23 (15,3)	22 (14,7)	30 (20,0)	32 (21,3)	21 (14,0)	22 (14,7)
31	Durante quanto tempo, no último mês, se sentiu alegre, animado e bem-disposto? ^a	5 (3,3)	8 (5,3)	42 (28,0)	41 (27,3)	37 (24,7)	17 (11,3)
34	No último mês quanto tempo se sentiu uma pessoa feliz? ^a	4 (2,7)	9 (6,0)	30 (20,0)	37 (24,7)	41 (27,3)	29 (19,3)
37	Com que frequência, durante o último mês, acordou de manhã sentindo-se fresco e repousado? ^a	4 (2,7)	12 (8,0)	34 (22,7)	38 (25,3)	47 (31,3)	15 (10,0)
Laços emocionais							
2	Durante quanto tempo se sentiu só no passado mês?	3 (2,0)	3 (2,0)	8 (5,3)	25 (16,7)	55 (36,7)	56 (37,3)
10	Durante o último mês, quantas vezes se sentiu amado e querido? ^a	2 (1,3)	8 (5,3)	29 (19,3)	27 (18,0)	31 (20,7)	53 (35,3)
23	No último mês, durante quanto tempo, sentiu que as suas relações amorosas eram total ou completamente satisfatórias? ^a	24 (16,0)	10 (6,7)	16 (10,7)	23 (15,3)	36 (24,0)	41 (27,3)

Nota: ^a Itens com cotação invertida; ^b Itens cotados numa escala ordinal de cinco pontos.

3.2.1 - Saúde Mental, Idade e Género

Neste ponto apresentamos os resultados obtidos a nível das subescalas, dimensões e resultado global do ISM em função do grupo etário e do género.

Em primeiro lugar, procurámos analisar a relação entre a idade e os indicadores de saúde mental obtidos através do ISM.

A leitura dos valores médios apresentados na Tabela 18, permite constatar que os participantes do Grupo 1 (grupo etário 18-34 anos), apresentam níveis mais elevados de saúde mental do que o Grupo 2 (grupo etário 35-64 anos) e do que o Grupo 3 (grupo etário 65 anos ou mais) em todas as subescalas, dimensões e resultado global do ISM, excepto na subescala Laços emocionais. Nesta subescala são os participantes do Grupo 2 os que apresentam resultados médios superiores.

TABELA 18: Resultados descritivos obtidos a nível das subescalas, dimensões e resultado global do ISM em função do grupo etário

	Grupo 1 (n = 50)		Grupo 2 (n = 50)		Grupo 3 (n = 50)		Amostra total (n = 150)	
	<i>M (DP)</i>	<i>Min-Max</i>	<i>M (DP)</i>	<i>Min-Max</i>	<i>M (DP)</i>	<i>Min-Max</i>	<i>M (DP)</i>	<i>Min-Max</i>
Ansiedade	44,50 (6,85)	31 - 57	42,76 (7,61)	25 - 58	43,38 (8,81)	24 - 59	43,55 (7,78)	24 - 59
Depressão	23,56 (3,07)	16 - 29	22,40 (3,75)	11 - 29	22,82 (3,85)	13 - 29	22,93 (3,58)	11 - 29
Perda de controlo Emocional/Comportamental	44,08 (5,13)	31 - 52	42,44 (6,84)	16 - 53	43,70 (6,23)	25 - 53	43,41 (6,11)	16 - 53
Distress Psicológico Total	112, 14 (13,43)	86 - 138	107,60 (16,53)	66 - 140	109,90 (16,72)	68 - 138	109,88 (15,64)	66 - 140
Afecto positivo	45,22 (6,71)	29 - 64	43,88 (8,16)	26 - 54	42,24 (9,05)	16 - 60	43,78 (8,07)	16 - 64
Laços emocionais	13,96 (2,56)	9 - 18	14,16 (2,86)	8 - 18	12,68 (3,75)	4 - 18	13,60 (3,15)	4 - 18
Bem-estar psicológico Total	59,18 (8,55)	38 - 81	58,04 (10,07)	34 - 81	54,92 (10,90)	23 - 73	57,38 (9,99)	23 - 81
ISM Global	171,32 (19,15)	133 - 217	165,64 (24,31)	100 - 221	164,82 (23,36)	102 - 210	167,26 (22,42)	100 - 221

Com o intuito de investigar eventuais diferenças estatisticamente significativas entre os resultados obtidos pelos participantes, organizados em função do grupo etário, recorreu-se à análise de variância unifactorial.

TABELA 19: Resultados One-Way Anova do ISM em função do grupo etário

	<i>F</i> (2,147)	<i>p</i>
Ansiedade	,639	,529
Depressão	1,352	,262
Perda de controlo Emocional/Comportamental	,988	,375
Distress Psicológico Total	1,054	,351
Afecto positivo	1,727	,181
Laços emocionais	3,362	,037
Bem-estar psicológico Total	2,487	,087
ISM Global	1,250	,289

Como é possível verificar na Tabela 19, apenas se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que diz respeito à subescala Laços emocionais ($F(2,147) = 3,362$, $p = ,037$). Através do teste de comparação *Post Hoc de Scheffe* detectou-se apenas uma diferença marginalmente significativa entre o Grupo 2 e o Grupo 3.

A Tabela 20 permite visualizar os resultados descritivos obtidos pelos participantes a nível das subescalas, dimensões e resultado global do ISM em função do género. Os dados mostram que os participantes do género masculino apresentam valores médios superiores em todas as subescalas, dimensões e resultado global do ISM em comparação com os participantes do género feminino. Mas o teste *t* de *Student* para amostras independentes, apenas identificou diferenças estatisticamente significativas na subescala Ansiedade, na dimensão *Distress Psicológico* e no valor global do ISM.

TABELA 20: Resultados descritivos e inferenciais obtidos a nível das subescalas, dimensões e resultado global do ISM em função do género

	Homens (n = 75)		Mulheres (n = 75)		t (148)	P
	M (DP)	Min-Max	M (DP)	Min-Max		
Ansiedade	45,24 (6,99)	24 - 59	41,85 (6,99)	24 - 58	2,72	,007*
Depressão	23,38 (3,64)	14 - 29	22,47 (3,48)	11 - 29	1,58	,116
Perda de controlo Emocional/ Comportamental	44,27 (6,25)	16 - 53	42,55 (5,88)	25 - 53	1,74	,085
Distress Psicológico Total	112,89 (15,17)	66 - 137	106,87 (15,62)	68 - 140	2,40	,018*
Afecto positivo	44,52 (8,11)	18 - 64	43,04 (8,01)	16 - 64	1,12	,263
Laços emocionais	13,73 (3,26)	4 - 18	13,47 (3,04)	6 - 18	,52	,605
Bem-estar psicológico Total	58,25 (10,31)	23 - 81	56,51 (9,64)	34 - 81	1,07	,286
ISM Global	171,15 (22,36)	100 - 217	163,37 (21,94)	102 - 221	2,15	,033*

**p < 0,01; *p < 0,05

3.2.2 - Saúde Mental, Escolaridade

Para analisar a relação entre a escolaridade e os indicadores de saúde mental obtidos através do ISM, optou-se por agrupar os participantes que frequentaram a escola em dois grupos distintos: o Grupo 1 que incluiu 95 participantes com escolaridade básica (1º, 2º e 3º Ciclo do Ensino Básico) e o Grupo 2 que incluiu 44 participantes com ensino secundário ou ensino superior. O teste utilizado nesta análise foi o *Mann-Whitney*.

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 21, os participantes com escolaridade a nível de secundário ou superior apresentam resultados médios superiores em quase todas as subescalas e na dimensão *Distress Psicológico Total*, bem como no resultado global do ISM do que os participantes com nível de escolaridade básica. No entanto, de acordo com os resultados obtidos através do

cálculo do teste *Mann-Whitney*, estas diferenças não são estatisticamente significativas.

TABELA 21: Resultados descritivos e inferenciais obtidos a nível das subescalas, dimensões e resultado global do ISM em função do nível de escolaridade

Nível de escolaridade					
	Grupo 1 - Básica (n = 95)		Grupo 2 - Secundária ou superior (n = 44)		
	M (DP)	Min - Max	M (DP)	Min - Max	U
Ansiedade	43,01 (8,00)	24 - 58	44,84 (6,12)	32 - 57	1820,50
Depressão	22,69 (3,71)	11 - 29	23,59 (2,80)	16 - 29	1774,00
Perda de controlo Emocional/ Comportamental	43,04 (6,30)	16 - 53	44,41 (5,23)	31 - 52	1783,00
Distress Psicológico Total	108,75 (15,93)	66 - 140	112,84 (13,01)	88 - 138	1756,50
Afecto positivo	44,08 (8,26)	18 - 64	44,39 (6,52)	31 - 60	2076,00
Laços emocionais	13,81 (3,15)	4 - 18	13,68 (2,72)	7 - 18	1969,50
Bem-estar psicológico Total	57,89 (10,46)	23 - 81	58,07 (8,10)	43 - 77	2042,50
ISM Global	166,64 (23,21)	100 - 221	170,91 (18,65)	132 - 215	1853,50

3.2.3 - Saúde Mental e Estado Civil

Quanto à variável estado civil, foram criados dois grupos: o Grupo 1 constituído pelos participantes casados ou em união de facto e o Grupo 2 constituído pelos participantes solteiros, viúvos ou divorciados/separados.

Tal como é possível verificar na Tabela 22, os participantes do Grupo 1 (casados ou em união de facto) apresentaram tendencialmente resultados superiores na maioria dos indicadores de saúde mental obtidos através do ISM do que os participantes do Grupo 2. No entanto, os resultados obtidos através do

cálculo do teste *Mann-Whitney* indicaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos apenas a nível da subescala Laços emocionais.

TABELA 22: Resultados descritivos e inferenciais obtidos a nível das subescalas, dimensões e resultado global do ISM em função do estado civil

Estado civil					
	Grupo 1 - Casados/união de facto (n = 101)		Grupo 2 - Solteiros, viúvos ou divorciados (n = 44)		
	M (DP)	Min - Max	M (DP)	Min - Max	U
Ansiedade	43,35 (7,79)	24 - 58	43,96 (7,83)	24 - 59	2428,00
Depressão	22,93 (3,70)	11 - 29	22,92 (3,36)	14 - 29	2445,00
Perda de controlo Emocional/ Comportamental	43,64 (5,99)	16 - 53	42,92 (6,37)	28 - 52	2367,00
Distress Psicológico Total	109,92 (15,62)	66 - 140	109,80 (15,85)	74 - 138	2431,00
Afecto positivo	43,82 (8,20)	16 - 64	43,69 (7,88)	18 - 60	2462,00
Laços emocionais	14,26 (3,07)	4 - 18	12,24 (2,88)	5 - 18	1484,50***
Bem-estar psicológico Total	58,08 (10,09)	34 - 81	55,94 (9,71)	23 - 77	2128,50
ISM Global	168,00 (22,68)	100 - 221	165,73 (22,03)	109 - 210	2315,50

*** $p < 0,001$

3.2.4 - Saúde Mental e a Prática de Exercício Físico

Para analisar a relação entre a prática de exercício físico e a saúde mental, considerámos as respostas dos participantes à seguinte questão: “Pratica algum tipo de exercício físico?” Neste sentido, a amostra total de participantes foi dividida em dois grupos: Grupo 1 - pratica exercício físico ($n = 38$) e Grupo 2 - não pratica exercício físico ($n = 109$).

Considerando que o número de participantes em cada um dos grupos não é equivalente, bem como a ausência de normalidade das distribuições em algumas das variáveis, optou-se por calcular o teste não paramétrico *Mann-Whitney*.

TABELA 23: Resultados descritivos e inferenciais obtidos a nível das subescalas, dimensões e resultado global do ISM em função da prática de exercício físico

Prática de exercício físico					
	Grupo 1 - Sim (n = 38)		Grupo 2 - Não (n = 109)		
	M (DP)	Min - Max	M (DP)	Min - Max	U
Ansiedade	46,16 (6,21)	25 - 57	42,66 (8,16)	24 - 59	1524,00*
Depressão	23,84 (3,71)	11 - 29	22,64 (3,52)	13 - 29	1619,50*
Perda de controlo Emocional/ Comportamental	44,82 (4,90)	31 - 52	42,91 (6,48)	16 - 53	1719,00
Distress Psicológico Total	114,82 (12,23)	68 - 138	108,21 (16,24)	66 - 140	1549,50*
Afecto positivo	46,08 (7,65)	29 - 64	43,13 (8,16)	16 - 64	1703,00
Laços emocionais	14,03 (2,97)	8 - 18	13,49 (3,24)	4 - 18	1902,00
Bem-estar Psicológico Total	60,11 (9,81)	38 - 81	56,61 (10,01)	23 - 81	1722,00
ISM Global	174,92 (19,99)	126 - 217	164,83 (22,94)	100 - 221	1564,00*

* $p < 0,05$

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 23, os participantes que afirmaram praticar exercício físico apresentam resultados médios superiores em todas as subescalas e dimensões, bem como no resultado global do ISM do que os participantes que indicaram não praticar. No entanto, o teste *Mann-Whitney* identificou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos apenas a nível das subescalas Ansiedade e Depressão, na dimensão *Distress* Psicológico e valor total do ISM.

3.2.5 - Saúde Mental e Consumo de Tabaco

Para a analisar a relação entre o consumo de tabaco e a saúde mental, considerámos as respostas dos participantes à seguinte questão: “Fuma tabaco actualmente?” Neste sentido, a amostra total de participantes foi dividida em dois grupos: Grupo 1 - fuma tabaco actualmente ($n = 21$) e Grupo 2 - não fuma tabaco actualmente ($n = 129$). Utilizou-se, uma vez mais, o teste não paramétrico *Mann-Whitney*.

TABELA 24: Resultados descritivos e inferenciais obtidos a nível das subescalas, dimensões e resultado global do ISM em função do consumo de tabaco na actualidade

Consumo de tabaco na actualidade					
	Grupo 1 - Sim ($n = 21$)		Grupo 2 - Não ($n = 129$)		
	M (DP)	Min - Max	M (DP)	Min - Max	<i>U</i>
Ansiedade	41,71 (6,27)	31 - 52	43,84 (7,98)	24 - 59	1100,00
Depressão	21,48 (3,68)	14 - 29	23,16 (3,52)	11 - 29	951,00*
Perda de controlo Emocional/ Comportamental	40,29 (6,05)	31 - 51	43,91 (5,99)	16 - 53	863,50**
Distress Psicológico Total	103,48 (14,79)	77 - 126	110,92 (15,58)	66 - 140	982,50*
Afecto positivo	42,57 (6,33)	32 - 55	43,98 (8,32)	16 - 64	1168,50
Laços emocionais	13,05 (2,27)	9 - 18	13,69 (3,26)	4 - 18	1105,00
Bem-estar Psicológico Total	55,62 (7,70)	43 - 73	57,67 (10,31)	23 - 81	1126,00
ISM Global	159,10 (18,84)	133 - 197	168,59 (22,74)	100 - 221	959,50*

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Segundo análise da Tabela 24, os participantes que indicaram consumir actualmente tabaco apresentam resultados médios inferiores em todas as subescalas e dimensões, bem como no resultado global do ISM, quando comparados com os participantes que indicaram não consumir. Apesar dos resultados encontrados, o teste *Mann-Whitney* identificou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos apenas a nível das subescalas Depressão e Perda de controlo Emocional/Comportamental, da dimensão *Distress* Psicológico e valor total ISM.

3.2.6 - Saúde Mental e Consumo de Fármacos

Com o intuito de investigar a relação entre o consumo de fármacos tipo sedativo, tranquilizante ou hipnótico e a saúde mental dos participantes, considerámos as respostas dos participantes à seguinte questão: “Ao longo da sua vida tomou, pelo menos uma vez, um medicamento do tipo sedativo, tranquilizante ou hipnótico?” Neste sentido, a amostra total de participantes foi dividida em dois grupos: Grupo 1 - tomou pelo menos uma vez este tipo de medicamento ($n = 46$) e Grupo 2 - nunca tomou este tipo de medicamento ($n = 104$). Também para esta análise se recorreu ao teste não paramétrico *Mann-Whitney*.

TABELA 25: Resultados descritivos e inferenciais obtidos a nível das subescalas, dimensões e resultado global do ISM em função do consumo de fármacos do tipo sedativo, tranquilizante ou hipnótico

Consumo de medicamentos tipo sedativo, tranquilizante ou hipnótico					
	Grupo 1 - Sim ($n = 46$)		Grupo 2 - Não ($n = 104$)		
	M (DP)	Min - Max	M (DP)	Min - Max	<i>U</i>
Ansiedade	39,20 (8,23)	24 - 55	45,47 (6,77)	24 - 59	1349,50***
Depressão	21,04 (3,73)	11 - 28	23,76 (3,19)	14 - 29	1443,00***

TABELA 25 (cont.)					
	Grupo 1 - Sim (n = 46)		Grupo 2 - Não (n = 104)		
	M (DP)	Min - Max	M (DP)	Min - Max	U
Perda de controlo Emocional/ Comportamental	40,43 (7,50)	16 - 52	44,72 (4,87)	32 - 53	1578,50***
Distress Psicológico Total	100,67 (16,80)	66 - 131	113,95 (13,27)	77 - 140	1315,50***
Afecto positivo	40,85 (8,65)	16 - 51	45,08 (7,48)	29 - 64	1803,50*
Laços emocionais	13,00 (3,11)	5 - 18	13,87 (3,14)	4 - 18	1992,50
Bem-estar psicológico Total	53,85 (10,18)	23 - 68	58,94 (9,53)	37 - 81	1797,50*
ISM Global	154,52 (23,78)	100 - 199	172,89 (19,38)	135 - 221	1363,50***

*** $p < 0,001$; * $p < 0,05$

Comparativamente ao consumo de fármacos do tipo sedativo, tranquilizante ou hipnótico, podemos constatar através da leitura da Tabela 25 que os participantes que afirmaram ter consumido pelo menos uma vez ao longo da sua vida este tipo de fármaco apresentam resultados médios inferiores em todas as subescalas e dimensões, bem como no resultado global do ISM do que os participantes que indicaram nunca ter consumido. Com efeito, o teste *Mann-Whitney* apenas identificou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos a nível das subescalas, das dimensões e do valor total do ISM, com a excepção da subescala Laços emocionais²⁵.

²⁵ Tendo em consideração os resultados descritivos obtidos, relativamente, ao consumo de substâncias psicoactivas ilícitas, especificamente a reduzida percentagem de participantes que relatou ter consumido cannabis ao longo da vida (6,7%) e nos últimos 12 meses (2,7%), optamos por não levar a cabo a análise da relação entre esta variável e a saúde mental.

4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Globalmente, os resultados do nosso estudo sugerem que, do ponto de vista sócio-demográfico, a maioria dos participantes possui escolaridade ao nível do ensino básico, uma actividade profissional activa e são casados. Ao nível dos estilos de vida, a maioria dos participantes apresenta hábitos alimentares adequados, dorme um número de horas esperado para adultos, não apresentando problemas de sono e não possui hábitos de prática de exercício físico regular. Um número elevado de participantes (59,3%) apresenta um problema de saúde, sendo o mais referido a HTA (28,7%). Concomitantemente, 57% refere tomar algum tipo de fármaco, sendo o anti-hipertensor o mais utilizado. Por outro lado, a toma de fármacos do tipo sedativo, tranquilizante ou hipnótico é muito reduzida, uma vez que 69,3% dos participantes refere nunca ter recorrido a este tipo de fármacos.

Em termos de hábitos tabágicos, apenas 14% dos participantes referem o consumo actual de tabaco, no entanto, 42% indicou esta prática no passado. Já ao nível do consumo de álcool a maioria dos participantes (78,7%) admite o consumo actual desta substância, sendo que aproximadamente 40% admite consumir diariamente vinho e 6% ter ficado embriagado no último ano.

No que respeita ao consumo de substâncias psicoactivas ilícitas, apenas 6,7% dos participantes indicaram o consumo da cannabis no passado e 2,7% admite o consumo desta substância nos últimos 12 meses.

Quanto à saúde mental, são os jovens adultos que apresentam indicadores médios mais elevados de saúde mental, com excepção para a subescala Laços emocionais cujo valor médio é mais elevado nos adultos de meia-idade. A esse nível só foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos etários na subescala Laços emocionais. Já em termos de género, são os homens que apresentam resultados médios de saúde mental mais elevados, tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas na subescala Ansiedade, dimensão *Distress* Psicológico e no valor global do ISM. Foram encontrados resultados médios mais elevados de saúde mental nos participantes que praticavam exercício físico, no entanto, só se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Ansiedade e Depressão, na dimensão

Distress Psicológico e no valor total do ISM. Ao nível do consumo de tabaco, são os participantes que actualmente fumam que apresentam resultados médios de saúde mental inferiores, tendo-se encontrado diferenças estatisticamente significativas entre consumidores e não consumidores nas subescalas Depressão e Perda de Controlo Emocional/Comportamental, na dimensão *Distress* Psicológico e valor total do ISM. Finalmente, ao nível do consumo de fármacos de tipo sedativo, tranquilizante ou hipnótico foram encontrados resultados médios superiores nos participantes que nunca consumiram este tipo de fármacos, com diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ao nível das subescalas, dimensões e do valor total do ISM, com a excepção para a subescala Laços emocionais.

A discussão dos resultados obtidos será organizada considerando os objectivos que orientaram o desenho e realização do presente estudo.

Um dos aspectos que nos parece relevante nos resultados do nosso estudo prende-se com os níveis médios de saúde mental na amostra nos diferentes grupos etários. Assim, em termos gerais são os adultos mais novos (jovens) que apresentam melhores indicadores de saúde mental e, por oposição, são os adultos mais velhos (idosos) que apresentam os resultados médios mais baixos. Estes resultados encontram-se em linha com outros resultados nacionais, nomeadamente os que foram publicados pela Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007) que apontavam os idosos como um dos grupos mais vulnerável em termos de saúde mental. No entanto, a nível europeu, o estudo de *Westherhof* e *Keyes* (2010) conduzido com 1340 indivíduos adultos (entre os 18 e os 87 anos) holandeses com o objectivo de identificar padrões de saúde mental na população, encontrou diferenças significativas ao nível de saúde mental entre idosos e jovens, com os primeiros a apresentarem menos indicadores de psicopatologia e mais indicadores de saúde mental face aos jovens. Pensamos que a diferença de resultados entre o nosso estudo e o trabalho de *Westherhof* e *Keyes* (2010) se poderá dever: (1) para além de especificidades culturais que não foram explicitadas no trabalho destes autores, mas que possivelmente estarão pressentes uma vez que a cultura holandesa é distinta da portuguesa a vários níveis; (2) ao facto de na amostra do estudo destes autores, apenas terem participado idosos na terceira idade e terem sido explicitamente excluídos os da quarta idade, o que não se verificou no nosso estudo. Assim, o Grupo 3 integrava idosos com 65 e mais anos, sendo que o participante mais velho tinha 87 anos. Considerando a teoria e investigação no domínio do envelhecimento (*Fernández-Ballesteres*, 2008; *Schaie* e *Willis*, 2003),

a maior probabilidade de doença incapacitante, perdas significativas ao nível da saúde mental e consequente dependência situa-se na quarta e não na terceira idade. Ainda a propósito dos indicadores médios de saúde mental nos três grupos etários, importa salientar que na subescala Laços emocionais são os adultos de meia-idade que apresentam valores superiores, seguidos dos jovens e só depois dos idosos, sendo que foi apenas ao nível desta subescala que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Pensamos que este resultado pode dever-se às características desenvolvimentais típicas de cada grupo etário. Ou seja, de acordo com a literatura no domínio do desenvolvimento adulto (Schaie e Willis, 2003; Schaie e Willis, 2001; Cavanaugh & Balanchard-Fields, 2010) são os adultos de meia-idade, aqueles que apresentam maior probabilidade de possuírem relações interpessoais íntimas mais fortes, duradouras e estruturadas; já os jovens encontram-se ainda numa fase de construção da intimidade, isto é, a estabelecer as bases para as relações amorosas significativas ao passo que os idosos apresentam uma rede de relações interpessoais íntimas reduzida em consequência muitas vezes da perda por morte de pessoas significativas. Tal, face a estas características desenvolvimentais, não será de estranhar que sejam os adultos de meia-idade, aqueles que pontuam mais alto na subescala Laços emocionais pois muito provavelmente são os que possuem efectivamente laços emocionais mais fortes, duradouros e íntimos.

Também a nível do género, os nossos resultados apontam para diferenças nos níveis de saúde mental. Mais especificamente são os homens que apresentam resultados médios de saúde mental superiores às mulheres na subescala Ansiedade, dimensão *Distress* Psicológico e no valor global do ISM. Ou seja, as mulheres que participaram no nosso estudo apresentam uma dimensão negativa da saúde mental mais acentuada, mais indicadores de ansiedade e consequentemente piores níveis globais de saúde mental comparativamente com os homens. Estes resultados encontram-se em consonância com outros, nomeadamente em Portugal, os publicados pela Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007) que referem como grupo mais vulnerável em termos de saúde mental as mulheres face aos homens, bem como os resultados do 3º Censo Psiquiátrico 2001 em que se registou uma maior percentagem de problemas de saúde mental nas mulheres, especialmente ao nível da depressão. Já em termos internacionais, os trabalhos de Fleury et al. (2011) mostraram a existência de uma associação significativa entre o género feminino e problemas de saúde mental, designadamente em termos de ansiedade e depressão.

Em termos da escolaridade, no nosso estudo não foram encontradas diferenças significativas do ponto de vista estatístico, apesar dos participantes com escolaridade superior ao 9º ano apresentarem valores médios superiores em todas as subescalas, dimensões e valor global do ISM comparativamente aos com escolaridade inferior ao 9º ano. Mas, a investigação internacional tem demonstrado a existência de uma relação entre saúde mental e estatuto socioeconómico e educação. Especificamente, num trabalho conduzido por *Ardington e Case (2010)* junto de 12069 adultos foi encontrada uma relação positiva entre níveis elevados de saúde mental e maior escolaridade/educação. Parece-nos que muito provavelmente indivíduos mais instruídos poderão desenvolver recursos pessoais e externos que podem potenciar estados de saúde mental mais positivos. Por exemplo, a obtenção de mais informação sobre manifestações clínicas que poderão conduzir a problemas mentais, permite uma actuação precoce e assim evitar a instalação de quadros clínicos ou o seu agravamento.

Outro aspecto que nos parece interessante prende-se com a diferença estatisticamente significativa encontrada, entre a subescala Laços emocionais e indivíduos casados ou em união de facto, comparativamente a indivíduos sem nenhuma relação de carácter amoroso. Assim, os primeiros apresentam valores médios superiores na subescala laços emocionais face aos segundos. Também a este nível foi encontrada uma associação entre relação amorosa e saúde mental em estudos prévios. Por exemplo, *Simon e Barret (2007)* num estudo com 1803 adultos verificaram que mulheres com uma relação amorosa breve ou curta apresentavam pior saúde mental ao passo que nos homens, relações amorosas pautadas por tensão e suporte reduzido por parte da companheira contribuem significativamente para indicadores de pior saúde mental. Achamos pertinente uma salvaguarda, uma vez que no nosso estudo não avaliamos características das relações amorosas, apenas a presença (casado/união de facto) ou ausência de uma relação amorosa (solteiro, viúvo, divorciado). No entanto a presença da diferença estatística significativa sugere-nos relevância, especialmente quando esta diferença é verificada na subescala laços emocionais. Pensamos que, à semelhança do que tivemos já oportunidade de referir a propósito da diferença significativa encontrada entre saúde mental e grupo etário, a presença de uma relação amorosa pode proporcionar recursos interpessoais relevantes para a qualidade da saúde mental dos indivíduos, principalmente ao nível de suporte emocional e/ou instrumental fundamental em momentos de crise ou dificuldade.

A literatura no domínio da saúde mental tem apontado para o papel de certas variáveis na promoção ou contribuição para níveis adequados de saúde mental, nomeadamente a prática de exercício físico (ex. OMS, 2010; *Schaie & Willis*, 2003). Em concordância com o apresentado, os nossos resultados apontam a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os adultos que praticam exercício físico e os que não praticam, com os primeiros a apresentarem valores médios superiores nas subescalas Ansiedade e Depressão, dimensão *Distress* Psicológico e no valor total do ISM. Assim, apesar do tipo de análises efectuadas não nos permitirem estabelecer uma relação de causalidade entre níveis de saúde mental e prática de exercício físico, o que estes resultados parecem indiciar é que a prática de exercício físico está associada a melhores indicadores de saúde mental. Tal como os resultados publicados pela OMS (2010) em que se sustenta os benefícios da actividade física para a saúde mental, quer em termos físicos quer psicológicos (ex. melhor função cognitiva, melhor estado humor, menor ansiedade e melhor auto-estima). Ao mesmo tempo, a investigação internacional tem reunido evidências sobre esta temática. Por exemplo, no estudo conduzido por *De la Cruz-Sánchez et al.* (2011) com 29478 adultos de ambos os géneros, foi encontrado uma associação entre a prática de exercício físico e saúde mental, em que a prática de actividade física durante o tempo livre está associada a menor prevalência de indicadores negativos de saúde mental.

Um outro objectivo que conduziu este estudo foi a caracterização do consumo substâncias psicoactivas dos adultos na comunidade. Assim, em termos do consumo de tabaco, os nossos resultados apontam para um consumo actual na ordem dos 14% e um consumo passado na ordem dos 42%. Face a estes resultados parece que podemos assumir a existência neste grupo de participantes, de uma redução do consumo do tabaco. Este aspecto está em consonância com os resultados nacionais divulgados pelo Relatório ESPAD (2007), que apontam para uma descida no consumo de tabaco. Apesar da percentagem de consumo actual (14%) não ser muito elevada, merece no entanto alguma atenção pois podemos considerar que estas pessoas se encontram em risco, uma vez que anualmente morrem cinco milhões de pessoas devido a doenças relacionadas com o consumo de tabaco, sendo que metade destas mortes ocorre em indivíduos com idades entre os 35 e 69 anos (Pestana, 2006; Ferreira-Borges & filho, 2004; Nunes & *Jólluskin*, 2010).

Em termos do consumo de álcool, os nossos resultados são preocupantes uma vez que 78,7% admite o consumo actual desta substância e 84,7% já a consumiu

em algum momento da sua vida. Estes resultados são também consistentes com os apresentados no Relatório ESPAD (2007), que indica um agravamento nos padrões de consumo de álcool na população nacional. Um aspecto que achamos importante destacar é que o tipo de bebida alcoólica mais consumida é o vinho (40%), sendo os nossos resultados consistentes com os apresentados por Felício et al. (2009) em que na região norte (região onde foi conduzido o nosso estudo) o consumo de vinho é também o mais comum. Também a nível internacional o consumo de álcool é frequente na população adulta, tal como foi verificado em diversos estudos (ex. *Johnson & Chamberlain*, 2008; *Min et al.*, 2007; *Rosa et al.*, 2010). Especificamente, no estudo conduzido por *Akins, Smith e Mosher* (2010) em que se comparou o consumo de álcool em adultos provenientes de três grupos raciais/étnicos distintos (brancos, negros e hispânicos), foi possível verificar que o consumo de álcool era significativamente superior, em indivíduos de raça branca, que recorriam a este consumo como estratégia para lidar com a pressão e com as emoções negativas decorrentes.

O consumo de fármacos por parte dos participantes no nosso estudo é elevado, uma vez que aproximadamente 57% refere tomar algum tipo de fármaco. No entanto, importa diferenciar que o consumo de fármacos do tipo sedativo, tranquilizante ou hipnótico é referido por 30,7%. Estes valores são claramente superiores a outros encontrados na população portuguesa tal como é apontado pelo estudo *Eurobarometer* sobre saúde mental (2010) em que 15% dos inquiridos referem o consumo deste tipo de fármacos, bem como na população europeia em que este tipo de consumo se situa nos 7% de acordo com a mesma fonte.

Ainda em termos de caracterização do consumo de substâncias psicoactivas, o estudo permitiu verificar que o consumo de substâncias psicoactivas ilícitas é muito reduzido uma vez que apenas 6,7% dos participantes referiram o seu consumo no passado e apenas 2,7% nos últimos 12 meses. Note-se que estes resultados se referem apenas ao consumo de um tipo de substância psicoactiva ilícita, a cannabis. O facto de quem consome este tipo de substâncias se focalizar exclusivamente na cannabis está em linha com o que é comentado por outros estudos, designadamente Felício et al. (2009) que verificou no seu estudo que a cannabis é a substância mais experimentada, e OEDT (2010) que aponta a cannabis como a substância mais popular na Europa. Em termos da prevalência do consumo desta substância, os nossos resultados são inferiores a outros encontrados a nível nacional em que se verificou uma prevalência de 11,7% na população adulta (IDT, IP, 2010), aspecto corroborado pelos resultados do INPP (2007).

No que se refere aos resultados do consumo de substâncias psicoactivas lícitas e ilícitas encontrados no nosso estudo, parece-nos fundamental a seguinte ressalva: os dados foram recolhidos com recurso a um instrumento de auto-relato (questionário) que de acordo com a literatura é altamente susceptível sobre a influência da desejabilidade social, introduzindo um viés nos resultados. Este aspecto poderá ser ainda reforçado pela natureza da temática avaliada, o consumo de substâncias que do ponto de vista social e cultural é pautado por um forte estigma social o que pode ter conduzido os participantes a ocultar algumas das suas práticas passadas e/ou presentes. Por estes aspectos, os resultados obtidos devem ser lidos e analisados com alguma reserva.

Como tivemos oportunidade de analisar na parte final da revisão da literatura, são frequentes os estudos que encontram associação entre saúde mental e consumo de substâncias (ex. *Anderson & Baumberg, 2006; Saban e Flisher, 2010*). Nesta linha, também no nosso estudo encontramos resultados que aludem para diferenças ao nível da saúde mental e do consumo de substâncias psicoactivas. Assim, os participantes que fumam apresentam resultados médios de saúde mental inferiores comparativamente aos não fumadores. E mais especificamente existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas de Depressão e Perda de controlo Emocional/Comportamental, na dimensão de *Distress* Psicológico e no valor total do ISM entre fumadores e não fumadores, com os primeiros a apresentar valores médios inferiores face aos segundos. Resultados similares foram encontrados em diversos estudos internacionais tal como destacamos a propósito das revisões da investigação apresentadas por *Jané-Ilopis e Matytsina (2006)* e *Saban e Flisher (2010)*. Especificamente, vários estudos encontraram resultados que sugerem que as doenças mentais mais frequentemente associadas ao consumo de tabaco são as perturbações de humor e ansiedade. Apesar da variação entre estudos, estima-se que entre 1% a 3% da população geral é afectada pela co-ocorrência de doença mental e consumo de substâncias. Por exemplo, no *UK National Household Survey* verificou-se que existe maior probabilidade de uma pessoa ter um problema de saúde mental depois do início do consumo de substâncias, sendo que 12% da população tinha problemas mentais sem consumo de substâncias, contra 22% com problemas mentais e consumo de nicotina. Além disso, no que respeita ao consumo de tabaco, os estudos revistos por estes autores apresentaram evidências que indicavam que este tipo de consumo colocava os indivíduos em maior risco de apresentar problemas mentais.

Ainda ao nível da saúde mental e consumo de substâncias, também encontramos diferenças estatisticamente significativas, sendo que os consumidores de fármacos do tipo sedativo, tranquilizante e hipnótico apresentavam valores médios inferiores nas subescalas, dimensões e valor total do ISM, excepto na subescala Laços emocionais, comparativamente com os participantes que nunca consumiram este tipo de fármacos. Face à natureza do nosso estudo e das análises efectuadas não é possível avançar em termos de análise no que se refere à associação entre consumo de fármacos e níveis de saúde mental, isto é, não é possível analisar se à medida que o consumo de fármacos aumenta os níveis de saúde mental aumentam ou diminuem. No entanto, face aos nossos resultados, podemos assumir que indivíduos que consomem fármacos apresentam piores indicadores de saúde mental face aos que não o fazem. Tal pode dever-se ao facto de já existir um estado de saúde mental pobre ou debilitado, razão pela qual os indivíduos estão a consumir fármacos do tipo sedativo, tranquilizante e hipnótico (muito provavelmente prescritos). De qualquer forma não deixam de ser interessantes as diferenças encontradas entre consumidores de fármacos do tipo sedativo, tranquilizante e hipnótico e não consumidores.

Finalmente, gostaríamos ainda de salientar um aspecto que nos parece muito relevante ao nível dos resultados encontrados. Em termos de estilos de vida, a maioria dos participantes não possui hábitos de prática de exercício físico regular, o que nos parece preocupante uma vez que o exercício físico tem sido apontado como um aspecto muito importante ao nível da saúde mental (ex. OMS, 2010; *Schaie & Willis*, 2003). Além disso, no estudo de Fernandes (2009) conduzido com adultos mais velhos verificou-se que cerca de 41,1% da amostra global não pratica actividade física, sendo superior no género feminino e nos mais velhos ao mesmo tempo que alerta para a relevância de incrementar esta prática que no que concerne à esfera positiva da saúde mental, especificamente para potenciar níveis mais elevados de auto-estima, satisfação com a vida e crescimento pessoal.

CONCLUSÃO

A saúde mental outrora esquecida pelos nossos governantes faz hoje parte das prioridades da Saúde Pública. Actualmente, considerando os resultados de estudos de investigação realizados a nível mundial, europeu e nacional, as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental são a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade das nossas sociedades. Esta tendência cada vez mais preocupante deve-se antes de mais às imensas transformações e adaptações que as sociedades têm sofrido ao longo dos anos.

A vida adulta é a maior etapa de vida da pessoa, ela abrange cerca de dois terços da duração média de vida, isto é, ocupa a maior parte da sua existência. Ao longo do processo de desenvolvimento, o ser humano é confrontado com um conjunto de tarefas desenvolvimentais e papéis de vida que exigem uma adaptação e transformação constantes. Nem sempre o indivíduo dispõe dos recursos intra e interpessoais necessários e suficientes, o que pode resultar em doença/perturbação mental e/ou ao recurso a estratégias inadequadas (ex. consumo de substâncias psicoactivas).

O consumo abusivo de substâncias psicoactivas, sejam elas lícitas ou ilícitas, constituem um elevado custo socioeconómico e sanitário, desorganizando social, familiar e individualmente aqueles que a utilizam e concomitantemente, afectando a saúde mental da pessoa.

Considerando os resultados do nosso estudo, parece-nos relevante destacar algumas das principais conclusões que decorrem do mesmo. Do ponto de vista da saúde mental, o estudo sugere que as pessoas que apresentam índices mais baixos de saúde mental são os idosos (adultos com 65 ou mais anos), pelo que devem ser alvo de intervenções prioritárias, particularmente na dimensão da ansiedade e depressão. Apesar de os jovens apresentarem os indicadores médios mais elevados a este nível, importa atender à relevância de desenvolver intervenções de carácter preventivo no sentido de manter ou, até mesmo, melhorar os níveis de saúde mental deste grupo, uma vez que a médio e longo prazo este tipo de intervenção poderá evitar custos acrescidos em termos de intervenções remediativas. Ainda no âmbito da saúde mental, parece-nos importante que esta

seja analisada e trabalhada de um modo diferencial também em função do género dos indivíduos, uma vez que as mulheres apresentam índices mais baixos comparativamente aos homens, especialmente na ansiedade e no mal-estar psicológico.

Em termos de consumo de substâncias psicoactivas lícitas e ilícitas, o consumo de álcool merece uma abordagem específica, sendo que a percentagem de pessoas que o consomem é muito elevada, especialmente em termos de consumo de vinho. É premente definir estratégias para a prevenção no que diz respeito ao consumo de álcool, nomeadamente, campanhas de sensibilização para a população geral na comunidade. Muito provavelmente e com vista a potenciar o sucesso, o trabalho a desenvolver deve atender a especificidades culturais próprias do contexto particular onde o estudo foi desenvolvido. Ao nível do consumo de tabaco, parece existir uma diminuição deste tipo de consumo. De qualquer forma existe ainda uma percentagem considerável que mantém este consumo pelo que seria também valioso atender a este aspecto na definição de políticas de saúde, como por exemplo, implementar a consulta de cessação tabágica ou outra forma de intervenção que contribua para a redução do seu consumo. A relevância deste aspecto é reforçada pelos indicadores mais reduzidos de saúde mental nos fumadores, nomeadamente ao nível da depressão e do autocontrolo emocional e comportamental. Também o consumo de fármacos do tipo sedativo, tranquilizante ou hipnótico deve ser tido em linha de conta, pois os níveis de saúde mental dos indivíduos que os consomem apresentam-se mais baixos, particularmente ao nível da ansiedade, depressão, problemas de autocontrolo emocional e comportamental e relações afectivas. Assim, intervenções promotoras da saúde mental podem eventualmente contribuir para a redução deste tipo de consumo, o que reverte favoravelmente para a qualidade de vida das pessoas e para a redução de custos em termos sociais e económicos.

A nível da prática e considerando os resultados obtidos no nosso estudo, denotamos a necessidade de desenvolver programas de promoção da saúde mental através de acções que incentivem a prática de exercício físico, já que esta se apresenta com índices muito baixos nos participantes que integraram o estudo. Especificamente, este tipo de intervenção poderá trazer benefícios ao nível da redução da ansiedade e depressão, bem como potenciar a percepção geral de saúde mental das pessoas. Este aspecto é reforçado pela investigação que tem provado que uma prática regular de exercício físico melhora os níveis de saúde mental.

Neste sentido, este trabalho alerta para a importância da saúde mental, essencialmente na promoção de estilos de vida saudáveis. Os enfermeiros devem ser dotados de saberes e competências de forma a implementarem estratégias para a redução de doenças/perturbações do foro mental. O enfermeiro dos CSP ocupa um lugar marcante pois, é o profissional da comunidade que mais próximo se encontra da população e que, de certo modo, acompanha o crescimento da pessoa, desde o seu nascimento até à velhice. Ao longo desse acompanhamento, o seu papel é realçado por ser um profissional qualificado capaz de observar/avaliar, gerir/supervisionar, informar/educar/encaminhar, a pessoa no seu todo e promove/previne o aparecimento de possíveis doenças/ perturbações/ transtornos. Aqui está implícito que a contribuição da Enfermagem no desenvolvimento de programas de promoção de saúde mental, prevenção de doença mental, é crucial se pretendermos que as nossas sociedades recuperem as crenças na saúde, melhorem os seus estilos de vida e proporcionem aos seus filhos maior qualidade de vida. Por isso, é necessário munir os CSP com profissionais de saúde com formação específica na área da saúde mental. O papel dos enfermeiros deve ser centrado na prevenção da doença mental, na promoção de estilos de vida saudáveis, na detecção precoce de perturbações/distúrbios, no tratamento das alterações do aparelho psíquico, reintegrando a pessoa/família/comunidade, de forma a melhorar a sua qualidade de vida. Os enfermeiros dos CSP, numa relação de proximidade com as problemáticas em questão, são dos profissionais que mais preparados se encontram para favorecer mudanças de comportamentos e por outro lado, auxiliar a pessoa na aceitação da sua condição física e naturalmente conduzi-la para tratamentos o mais atempadamente possível. O enfermeiro dos CSP encontra-se integrado no seio de uma equipa multidisciplinar, o que torna exequível a articulação com os vários profissionais destas unidades de saúde, na procura constante de respostas mais adequadas para solucionar estes problemas/riscos de saúde mental. Uma intervenção potencialmente mais imediata, combinada com o envolvimento de todos (profissionais, indivíduos, família, comunidade) é essencial se quisermos manter os nossos adultos com uma mente sã num corpo saudável.

Relativamente às limitações do nosso estudo, o factor tempo foi o maior obstáculo, bem como o tipo de medida usada (questionário de auto-relato) que pode ter influenciado os resultados, nomeadamente em termos de consumo de substâncias psicoactivas.

A nível da investigação futura parece-nos que seria pertinente neste domínio uma análise mais pormenorizada da saúde mental, não só em termos dos seus níveis, mas também em termos da sua tipologia. Este tipo de avaliação permitiria sustentar estratégias de intervenção diferenciadas, alicerçadas num conhecimento detalhado. Por outro lado, ao nível da avaliação do consumo de substâncias psicoactivas seria pertinente adoptar procedimentos que permitam controlar o viés introduzido pela desejabilidade social inerente a instrumentos de auto-relato. Pensamos que este aspecto poderá ser conseguido pela articulação/cruzamento de dados provenientes de instrumentos de auto-relato com dados decorrentes de exames complementares de diagnóstico (ex. colheita de urina).

Com o presente estudo esperamos contribuir para o conhecimento da realidade portuguesa ao nível do consumo de substâncias psicoactivas e níveis de saúde mental na população adulta residente em comunidades específicas. Ao mesmo tempo, pretendemos realçar o papel do profissional de Enfermagem, especificamente o especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, no desenvolvimento de estratégias consertadas e intencionadas de promoção/prevenção, tratamento e reintegração social. Claramente se reforça a importância de desenvolver estudos nos domínios da saúde mental e do consumo de substâncias psicoactivas cujas evidências orientem a intervenção com vista à melhoria da qualidade de vida e bem-estar das populações.

Findo este trabalho, pensamos ter atingido os propósitos do nosso estudo, na certeza porém de que há um longo caminho a percorrer para que na prática e num futuro próximo possamos garantir níveis de saúde mental mais elevados às nossas populações.

BIBLIOGRAFIA

- Akins, S., Smith, C. L. e Mosher, C. 2010. Pathways to Adult Alcohol Abuse Across Racial/ Ethnic Groups: an Application of General Strain and Social Learning Theories. *Journal of Drug Issues*. 2010, pp. 321-352.
- Almeida, L. S. e Freire, T. 2000. *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 2ª. s.l. : Psiquilíbrios, 2000.
- Anderson, P. e Baumberg, B. 2006. *Alcohol in Europe: a public health perspective*. London : Institute of Alcohol Studies, 2006.
- Ardington, C. e Case, A. 2010. Interactions between mental health and socioeconomic status in the South African National income dynamics study. *J. Stud. Econ. Econometrics*. 3, 2010, Vol. 34, pp. 69-85.
- Association, American Psychiatric. 2002. *Diagnostic and Statistical Manual os Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. 1ª . Lisboa : Climepsi Editores, 2002.
- Balsa, C. 2008. *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral, Portugal 2007*. Lisboa : Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., 2008.
- Canadian Federation of Mental Health Nurses. 2009. Manual de Boas Práticas Canadianas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* . Edição Portuguesa, 2009.
- Carreiro, S. V. e Borrego, M. 2007. Psicose e Consumo de Substâncias. *Acta Méd. Port.* 20, 2007, pp. 413-422.
- Cavanaugh, J. e Blanchard-Fields, F. 2010. *Adult development and aging*. Wadsworth : Cengage Learning, 2010.
- Coll, C., Marchesi, A., Palácios, J. e Colaboradores. 2004. *Desenvolvimento psicológico e educação, 1. Psicologia evolutiva*. 2ª. Porto Alegre : Artmed, 2004.
- Comissão das Comunidades Europeias. 2005. *Livro Verde - Melhorar a saúde da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas : s.n., 2005.

Comission, European. 2010. *O estado da Saúde Mental, Saúde Mental, Eurobarómetro 73.2. Resultados para Portugal*. 2010.

Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. 2007. *Relatório, Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal, 2007 - 2016*. s.l. : Ministério da Saúde, 2007.

Conselho Internacional de Enfermeiros. 2002. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)*. s.l. : Gráfica 2000, 2002.

Conselho Internacional de Enfermeiros. 2010. *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. 2010.

De La Cruz-Sanchez, E. et al. 2011. Actividad física durante el tiempo libre y su relación con algunos indicadores de salud mental en España. *Salud Mental*. 1, 2011, Vol. 34, pp. 45-52.

De La Rosa, M. et al. 2010. Mother-daughter attachment and drug abuse among latinas in the united states. *Journal of Drug Issues*. 2010, pp. 379-400.

DECRETO-LEI nº 244/2002. D.R. I Série - A. Nº 255 (2002-11-05), p. 7101-7102.

DGS (DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE). 2008. *Programa Nacional Para A Saúde Das Pessoas Idosas, Envelhecer Com Sabedoria: Alimente-se melhor para Manter a sua Saúde e Independência*. 2008.

DGS (DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE). 2004. *Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental*. Lisboa : s.n., 2004.

Evren, C et al. 2009. Childhood Abuse and Neglect as a Risk Factor for Alexithymia in Adult Male Substance Dependent Inpatients. *Journal of Psychoactive Drugs*. 1, 2009, Vol. 41, pp. 85-92.

Faria, C. M. G. M. 2008. *Vinculação e Desenvolvimento Epistemológico em Jovens Adultos*. Universidade do Minho. 2008. Tese de Doutoramento.

Felício, M. M., Machado, V. e Teixeira, C. 2009. *Perfil de Saúde da Região Norte*. Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. Porto : s.n., 2009. pp. 16-22.

Fernandes, H. M. e Vasconcelos, J.R. et al. 2009. A influência da actividade física na saúde mental positiva de idosos. *Motricidade*. 5, 2009, Vol. 1, pp. 33-50.

- Fernandes, L. 1997.** *Actores e Território Psicotrópicos: etnografia das drogas numa periferia urbana*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto. Porto : s.n., 1997. Tese de Doutoramento, não publicada.
- Fernandez-Ballesteros, R. 2008.** *Active Aging. The Contribution of Psychology*. Cambridge : Hogrefe & Huber Publishers, 2008.
- Ferreira- Borges, C. e Filho, H. C. 2004.** *Alcoolismo e Toxicodependência: Manual Técnico 2*. Lisboa : Climepsi editores, 2004.
- Ferreira-Borges, C. e Filho, H. C. 2004.** *Tabagismo: Manual Técnico 3*. Lisboa : Climepsi editores, 2004.
- Filho, H.C. e Ferreira-Borges, C. 2008.** *Uso de Substâncias: Álcool, Tabaco e outras Drogas*. Lisboa : Gráfica Manuel Barbosa & Filhos, Lda, 2008.
- Fledderus, M. 2010.** Mental Health Promotion as a New Goal in Public Mental Health Care: A Randomized Controlled Trial of an Intervention Enhancing Psychological Flexibility2372. *American Journal of Public Health*. 12, December de 2010, Vol. 100, pp. 2372-2378.
- Fleury, M-J et al. 2011.** [Online] *Typology of adults diagnosed with mental disorders based on socio-demographics and clinical and service use characteristics*. BMC Psychiatry. 2011, 11:67 [Citação: 30 de Junho de 2011] disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/67>
- Fortin, M.-F. 1999.** *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. s.l. : Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda., 1999.
- Fortin, M.-F., Cote, J. e Filion, F. 2000.** *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. s.l. : Lusodidacta - Soc. Port. de Material Didáctico, Lda., 2000.
- Gomberg, E. S. L. e Zucker, R. A. 2002.** Substance Use and Abuse in Old age. *Clinical Geropsychology*. 2002, pp. 189-204.
- Hippius, H., Stefanis, C. e Miller-Sspahn, F. 2006.** *Research in mood disorders: an update*. Germany : Hogrefe & Huber Publications, 2006.
- IDT I.P (Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.). 2010.** *Relatório Anual 2009 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. 2010.
- IDT I.P (Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.). 2011.** Guia de Recursos da Saúde e Dependências. *Revista Dependências*. 2011.

INE (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, I.P.). 2011. [Online]. *Censos 2011, XV Recenseamento Geral da População, V Recenseamento Geral da Habitação. Resultados Preliminares.* Lisboa, Junho 2011 [Citação: 2 Julho de 2011] disponível em : <http://www.ine.pt>.

Jané-Llopis, E e Matytsina, I. 2006. Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs, *Drug and Alcohol Review*. 2006, Vol. 25, pp. 515-536.

Jané-Llopis, E. e Anderson, P. 2006. *Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories.* Luxembourg : European Communities, 2006.

Johnson, G. e Chamberlain, C. 2008. Homelessness and Substance Abuse: Which Comes First? *Australian Social Work*, Vol. 61, No. 4, December 2008, pp. 342-356.

Koob, G. e Kreek, M. 2004. Stress, dysregulation of drug, reward pathways and the transition to drug dependence. *American Journal of Psychiatry*. 164, 2004, Vol. 8, pp. 1149-1159.

Merikans, K., Mehta, R. e Molnar, B. 1998. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders. *Addict Behavior*. 23, 1998, pp. 893-907.

MIN, M. et al. 2007. Impact of Childhood Abuse and Neglect on Substance Abuse and Psychological Distress in Adulthood. *Journal of Traumatic Stress*, October 2007, Vol. 20, No. 5, pp. 833-844.

Ministério da Saúde. 2008. Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. *Resumo Executivo.* Lisboa, Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Alto Comissariado da Saúde, Julho de 2008.

Ministério da Saúde. 2008. *Relatório ESPAD 2007, Consumo de Substâncias entre os alunos de 35 países europeus.* 2008.

Ministério da Saúde. 2002. *Relatório Mundial da Saúde 2001, Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança.* 1ª edição. Lisboa : Climepsi Editores, 2002.

Moreira, P. e Melo, A. et al. 2005. *Saúde Mental: Do Tratamento à Prevenção.* Porto: Porto Editora, Lda, 2005.

Nestler, E. e Malenka, R. 2004. The addicted brain. *Scientific American*. 3, 2004, Vol. 290, pp. 78-85.

Nunes, L. M. e Jolluskin, G. 2010. *Drogas e Comportamentos de Adição: Um Manual para Estudantes e Profissionais de Saúde*. 2ª. s.l. : Edições Universidade de Fernando Pessoa, 2010.

OEDT (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência). 2010. *Relatório Anual 2010: A evolução do fenómeno da droga na Europa*. 2010.

OMS (Organização Mundial de Saúde). 2005. [Online]. *Livro de recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação: Cuidar, sim - Excluir, não*, 2005. [Citação: 24 Abril de 2011] disponível em: http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf.

OMS (Organização Mundial de Saúde). 2005. [Online]. *Envelhecimento Activo: Uma Política de Saúde*, 1ª Edição traduzida para português, 2005, [Citação: 8 Maio de 2011] disponível em: http://www.bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.

OMS (Organização Mundial de Saúde). 2004. [Online] 22 Maio de 2004. *Estratégia Global sobre Dieta, Actividade física e Saúde*. [Citação: 13 de Maio de 2011] disponível em: <http://www.who.int/countries/prt/es/>.

OMS (Organização Mundial de Saúde). 2002. [Online] *Programa Mundial de Acción en Salud Mental: ...Cerremos la brecha, mejoremos La atención*. [Citação: 30 de Junho de 2011]. disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/en/267.pdf.

OPSS (Observatório Português dos Sistemas de Saúde). 2010. *Desafios Em Tempos de Crise*. Relatório de Primavera. 2010.

Papalia, D. e Olds, S. W. 2000. *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre : Artes Médicas Sul, 2000.

Patricio, L. D. 2002. *Droga para que se saiba*. 1ª. s.l. : Livraria Figueirinhas, 2002.

Pestana, E. 2006. *Tabagismo- Do Diagnóstico ao Tratamento*. s.l. : Lidel - Edições Técnicas Lda, 2006.

Petronilho, F.A.S. 2008. *A transição da família para o exercício do papel de cuidadora*. Universidade de Lisboa. Lisboa: s.n., 2008.

PORTARIA nº 149/2011 de 8 de Abril, *D. R., I Série - Nº 70- (2011-04-08)*, p. 2085-2093.

Quivy, R. e Campenhoudt, L.V. 1998. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ª. s.l. : Gradiva - Publicações, Lda, 1998.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS, Nº 49/2008. *D.R., I Série - Nº 47 (2008-03-06)*, p. 1395-1409.

Ribeiro, J. L. P. 2001. Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à População Portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2, 2001, Vol. 1, pp. 77-99.

Roberto, A. R. 2009. *A Saúde Mental dos estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior*. Covilhã : s.n., 2009. Tese de Mestrado.

Rocha, K. B. et al. 2010. Prevalência de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de La Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*. 3, 2010, Vol. 22, pp. 389-395.

Rodrigues, F. P. 2004. *Articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e a Saúde Mental*. Lisboa : Climepsi Editores, 2004.

Rohde, P., Lewinsohn, P. e Seely, J. R. 2007. Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*. 1000, 2007, pp. 214-222.

Saban, A. e Flisher, A. J. 2010. The Association Between Psychopathology and Substance Use in Young People: A Review of the Literature. *The Association Between Psychopathology and Substance Use in Young People: A Review of the Literature*. 1, 2010, Vol. 42, pp. 37-47.

Sampieri, R.H., Collado, C. F. e Lucio, P. B. 2006. *Metodologia de Pesquisa*. 3ª. S. Paulo : McGraw Hill, 2006.

Schaie, K. e Willis, S. 2001. *Adult development and aging*. London : Prentice Hall, 2001.

Schaie, K. W. e Willis, L. S. 2003. *Psicología de la edad adulta y la vejez*. 5ª. Madrid : Tearson Educación, 2003.

Sequeira, C. 2010. *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. s.l. : Lidel - edições técnicas, Lda, 2010.

Sequeira, C. 2007. *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*. 1ª. s.l. : Quarteto, 2007.

Sequeira, C. 2006. *Introdução à Prática Clínica: Do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. 1ª. s.l. : Quarteto, 2006.

Simon, R. e Barret, A. 2007. *Romantic Relationships and Mental Health in Early Adulthood: Is There a Closer Link for Women than for Men?* Department of Sociology, Florida State University. 2007. pp. 1-40.

Sousa, F. C. 2007. O que é “ser adulto”? as práticas e representações sociais sobre o que é “ser adulto” na sociedade portuguesa. *Revista Moçambros: acolhendo a alfabetização nos países de língua portuguesa*. 2, 2007, Vol. 1.

Teixeira, J. M. 2008. *Consensos Psiquiátricos para Clínicos Gerais (II)*. 1ª. Linda-a-Velha : Vale & Vale Editores, Lda., 2008.

UNODC (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME). 2010. World Drug Report. *United Nations Publication Sales*. 2010, Vol. E.10.XI.13.

Westerhof, G. J. e Keyes, C.L.M. 2010. Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Mode Across the Lifespan. *J Adult Dev*. 2010, Vol. 17, pp. 110-119.

World Health Organization. 2008. *Effective and human mental health: treatment and care for all*, Portugal, WHO country summary, Coordenação Nacional para a Saúde Mental. [Online] 18 Janeiro 2008. [Citação: 20 Abril de 2011]. disponível em: http://www.saudemental.pt/wp.../Portugal-Country-Summary_FINAL_para_WEB.pdf.

World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca). 2008. [Online]. *Integrating mental health into primary care: a global perspective*, [Citação: 24 de Junho de 2011]. Disponível em: http://www.whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563680_eng.pdf.

ANEXOS

ANEXO I

- Autorização para a utilização de questões pertencentes ao II Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas à População Geral Portuguesa (2007).

Fernanda Feijão para mim
Mostrar detalhes 28/12/10

Cara Sofia

Agradeço o seu mail e desejo antes de mais que faça um bom trabalho. Relativamente à utilização de perguntas do ESPAD, tendo em conta que em 2011 vamos realizar mais um ESPAD e mais um INME, não é conveniente que use as perguntas desses questionários para não as banalizar. Em alternativa, sugiro-lhe que recorra ao questionário europeu usado pelo "OEDT - Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência", que é semelhante. É usado nos Inquéritos à população geral, em todos os países europeus. Envio-lhe o manual em anexo e sugiro que vá a www.idt.pt e em "Investigação" - "Estudos Concluídos" - "INPG-2007" e faça o download do ficheiro "Aspectos metodológicos". Encontrará aí a versão portuguesa deste questionário. Se tiver dúvidas não hesite em contactar-me.

Um óptimo ano para si.

Cumprimentos

Fernanda Feijão

Responsável pelo Núcleo de Estudos e Investigação (NEI)
Departamento de Informação, Monitorização e Relações Internacionais (DMFRI)
Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP (IDT)
Praça de Alvalade, 7, 6.º, 1700-036 Lisboa; Tel: 211 119 049 - Tel: 965 273 456
E-mail: fernanda.feijao@min-saude.pt

-----Mensagem original-----

De: Sofia de Faria Oliveira [<mailto:enf.sofiadefariaoliveira@gmail.com>]

Enviada: segunda-feira, 27 de Dezembro de 2010 23:09

Para: Fernanda Feijão

Assunto: Pedido de autorização

ANEXO II

- Autorização para utilização do Inventário Saúde Mental concebido pelo Professor
Doutor Pais Ribeiro

De José Luís Pais Ribeiro jlpr@fpce.up.pt

Responder a jlpr@fpce.up.pt

Para Sofia de Faria Oliveira enf.sofiadefariaoliveira@gmail.com

Assunto: Pedido de autorização para utilização do instrumento - Inventário de Saúde Mental

Enviado por fpce.up.pt

Autorizo o uso do questionário pedido.

Os detalhes do questionário estão em artigos publicados de acesso livre e poderá encontrar o manual numa editora - editora placebo - que edita livros em formato digital, ou seja, não tem livros em papel, que quando compra (cerca de 3 euros) faz download imediato para o seu computador. Neste manual tem todos os detalhes sobre a forma de cotar e aspectos teóricos.

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

Mobile phone: (351) 965045590

Web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro>

ANEXO III

- Parecer favorável do CES da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.;
- Autorização do Director Executivo do ACES Cávado II - Gerês/Cabreira para a realização do estudo.

PARECER Nº 24/2011

Sobre o estudo “Saúde Mental e Consumo de Substâncias Psicoactivas de Adultos”

A - RELATÓRIO

A.1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) iniciou o Processo n.º 24.11CES, com base no pedido de parecer dirigido a esta CES pelo Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) “Gerês - Cabreira”, recebido a 04/03/2011, sobre o estudo “Saúde Mental e Consumo de Substâncias Psicoactivas de Adultos”, a realizar numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) (Terra Verde, Pico de Regalados) integrada naquele ACES, pela enfermeira Sofia de Faria Oliveira (a exercer funções na referida UCSP), aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob a orientação do Professor Doutor Carlos Sequeira.

A.2. Fazem parte do processo de avaliação os seguintes documentos: i) pedido de autorização parecer à CES da ARSN, para a realização do estudo; ii) protocolo do estudo, questionário e modelo de consentimento informado; iii) declarações do orientador pedagógico e da investigadora comprometendo-se na entrega, a esta CES, do relatório final do trabalho de investigação; iv) mensagens de correio electrónico em que foram solicitados e obtidos esclarecimentos e ajustes do protocolo e do modelo de Consentimento.

A.3. Este estudo pretende “compreender o contributo das características sócio-demográficas para a saúde mental (...), identificar as perturbações mentais e comportamentais (...) e descrever os hábitos de consumo de substâncias psicoactivas” dos adultos inscritos numa UCSP do distrito de Braga.

Trata-se de um estudo descritivo transversal. A população será constituída por “...cerca de 3459 [utentes], dos quais 820, não apresentam atribuição de médico de família. Tratando-se de um estudo de natureza quantitativo, a delimitação da população é efectivado a priori: serão organizadas três fases etárias: jovem adulto (dos 18 aos 35 anos de idade), adulto (dos 36 aos 64 anos de idade) e idosos (65 e mais anos de idade).” A amostra de conveniência será constituída por 150 pessoas. “Assim serão convidados a participar no estudo, adultos de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, com capacidade para responder ao questionário (fluência verbal); sem acuidade auditiva/visual diminuída em grau elevado e que de livre vontade aceitem participar no estudo. Nesse sentido, os potenciais participantes no estudo serão todos os adultos que recorram à UCSP – Terra Verde às segundas-feiras, quartas-feiras, quintas-feiras, no período da manhã e às terças-feiras e sextas-feiras no período da tarde. Nesta abordagem, a investigadora explicará aos participantes os objectivos, a pertinência, as finalidades e a importância do estudo, bem como a ausência de risco para os potenciais participantes. Sempre que estes cumpram os critérios de inclusão para o estudo, será agendado um contacto de acordo com a disponibilidade dos intervenientes para a recolha dos dados.” Neste contacto com a

investigadora os dados serão colhidos com recurso a dois instrumentos: um questionário de auto-resposta para avaliar a saúde mental (validado para a população portuguesa) e outro relativo aos dados sociodemográficos e consumos nocivos.

Os participantes do estudo são devidamente informados sobre o estudo e o modelo de Consentimento informado apresentado atende os pressupostos que salvaguardam o princípio da autonomia, garantindo ainda a confidencialidade e o anonimato.

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1. Reconhece-se alguma pertinência ao estudo e interesse prático nos resultados esperados. Está desenhado numa base metodológica correta, o que salvaguarda aspectos éticos fundamentais.

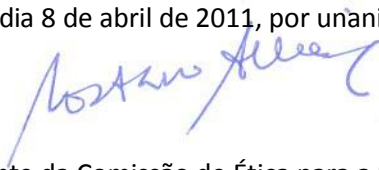
B.2. Estão acautelados os princípios da justiça e da autonomia e bem-estar dos participantes pois o projeto de investigação prevê o consentimento informado dos respetivos participantes, divulgando antecipadamente, os objetivos e a justificação para a colheita de dados.

C – CONCLUSÃO

Face ao exposto, a CES delibera dar parecer favorável à autorização deste estudo. A

Relatora, Rira Pinho

Aprovado em reunião do dia 8 de abril de 2011, por unanimidade.



Rosalvo Almeida, Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN

De: Aces Geres Cabreira acesgeres-cabreira@csamares.min-saude.pt
Para: enf.sofiadefariaoliveira@gmail.com
Assunto: Pedido de aplicação de instrumentos de colheita de dados
Enviado por: csamares.min-saude.pt
Aces Geres Cabreira para mim

Ex.ma Senhora: Enf. Sofia Oliveira

Em resposta ao solicitado, relativamente ao assunto mencionado em epígrafe, informa-se V. Ex.^a que, por despacho de Sr. Director Executivo, foi autorizado a realização do estudo sobre a saúde mental e consumo de substâncias psicoactivas em adultos.

Com os melhores cumprimentos,

A Assistente Técnica
Eva Lemos

ANEXO IV

- Protocolo de avaliação do estudo: “Saúde Mental e Consumo de Substâncias Psicoactivas em Adultos”:
 - (1) Ficha Sócio-demográfica;
 - (2) Questionário sobre Consumo de Substâncias Psicoactivas;
 - (3) Inventário de Saúde Mental de Ribeiro.

CÓDIGO:□□□□

QUESTIONÁRIO

Por favor coloque um X no quadrado ou quadrados que melhor correspondem à sua situação, ou resposta por breves palavras nos espaços e linhas em branco onde é solicitado.

I PARTE - Dados pessoais

Nesta primeira parte pretende-se uma caracterização sócio-demográfica do participante no estudo.

- 1 - Género: ☐ Masculino ☐ Feminino
- 2 - Idade: ☐☐ Anos
- 3 - Estado civil:
- ☐ Solteiro(A) ☐ Casado(A) / União de facto
- ☐ Divorciado(A) / Separado(A) ☐ Viúvo(A)
- 4 - Escolaridade: _____(Anos que completou com sucesso)
- 5 - Situação profissional:
- ☐ Empregado(A) ☐ Desempregado(A)
- ☐ Reformado(A) por idade ☐ Estudante
- ☐ Reformado(A) por invalidez
- 6 - Habitação:
- ☐ Casa própria ☐ Casa alugada
- ☐ Casa de familiares ☐ Outro:
- 7 - Composição do agregado familiar:
- ☐ Vive só ☐ Vive com os pais
- ☐ Vive com o cônjuge / Namorado(A) ☐ Vive com o cônjuge e filhos
- ☐ Vive com os filhos ☐ Vive com outros elementos da família
- ☐ Vive com outros: _____
- 8 - Quantas refeições faz por dia:
- ☐ Menos De 3 ☐ De 3 A 5 ☐ Mais De 5
- 9 - Quantas horas, dorme por dia: ☐☐
- 10 - Actualmente apresenta algum problema relacionado com o sono:
- ☐ Sim ☐ Não

☐ Se sim qual: _____

11 - Sofre de alguma doença:

☐ Sim ☐ Não

☐ Se sim qual: _____

12 - Toma algum tipo de medicação:

☐ Sim ☐ Não

☐ Se sim qual: _____

13 - Qual o tipo de vigilância de saúde que faz:

☐ Médico de Família ☐ Médico Particular ☐ Hospital

☐ Enfermeiro de Família ☐ Psicólogo ☐ Farmácia

☐ Outro, qual: _____

14 - Pratica algum tipo de exercício físico:

☐ Sim ☐ Não

☐ Se sim, quantas horas por semana: ☐ Qual a modalidade:

II PARTE - Questões relacionadas com o consumo de substâncias psicoactivas

Nesta parte pretende-se fazer uma caracterização do consumo de substâncias psicoactivas no adulto.

1 - SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS LÍCITAS

(T) TABACO:

T1 -Fuma tabaco actualmente:		
1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	
T2 - Alguma vez fumou tabaco:		
1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não (passar para a questão B1)	
T3 - Nos últimos 12 meses fumou tabaco:		
1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	
T4 - Disse que nos últimos 12 meses fumou, corresponde a quantos cigarros, para si, que fumou por dia:		
(nº de cigarros) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> por dia que fumou		
T5 - No passado, alguma vez fumou, mesmo por alguns períodos?		
1 <input type="checkbox"/> Sim (1)	2 <input type="checkbox"/> Sim fumei durante alguns períodos (2)	3 <input type="checkbox"/> Não (3)

(B) BEBIDAS ALCOÓLICAS:

B1 - Alguma vez, ao longo da sua vida bebeu uma qualquer bebida alcoólica, por exemplo, cerveja, vinho ou qualquer outra bebida com teor alcoólico?			
1 <input type="checkbox"/> Sim (1)		2 <input type="checkbox"/> Não (2), passar para C1	
B2 - Durante os últimos 12 meses bebeu algum tipo de bebida alcoólica?			
1 <input type="checkbox"/> Sim (1)		2 <input type="checkbox"/> Não (2)	
B3 - Nos últimos 12 meses, com que frequência bebeu as seguintes bebidas alcoólicas?			
Cerveja:			
1 <input type="checkbox"/> Várias vezes ao dia 2 <input type="checkbox"/> Diariamente 3 <input type="checkbox"/> 4 X por semana ou mais	4 <input type="checkbox"/> 2 a 3 X por semana 5 <input type="checkbox"/> 2 a 4 X por mês	6 <input type="checkbox"/> 1 X por mês ou menos 7 <input type="checkbox"/> Raramente 8 <input type="checkbox"/> Nunca	9 <input type="checkbox"/> NS 0 <input type="checkbox"/> NR
Vinho:			
1 <input type="checkbox"/> Várias vezes ao dia 2 <input type="checkbox"/> Diariamente 3 <input type="checkbox"/> 4 X por semana ou mais	4 <input type="checkbox"/> 2 a 3 X por semana 5 <input type="checkbox"/> 2 a 4 X por mês	6 <input type="checkbox"/> 1 X por mês ou menos 7 <input type="checkbox"/> Raramente 8 <input type="checkbox"/> Nunca	9 <input type="checkbox"/> NS 0 <input type="checkbox"/> NR
Bebidas espirituosas/ destiladas (whisky, aguardente, licor, etc.):			
1 <input type="checkbox"/> Várias vezes ao dia 2 <input type="checkbox"/> Diariamente 3 <input type="checkbox"/> 4 X por semana ou mais	4 <input type="checkbox"/> 2 a 3 X por semana 5 <input type="checkbox"/> 2 a 4 X por mês	6 <input type="checkbox"/> 1 X por mês ou menos 7 <input type="checkbox"/> Raramente 8 <input type="checkbox"/> Nunca	9 <input type="checkbox"/> NS 0 <input type="checkbox"/> NR
B4 - Com que frequência bebe 6 ou mais copos de uma qualquer bebida alcoólica, na mesma ocasião?			
1 <input type="checkbox"/> Várias vezes ao dia 2 <input type="checkbox"/> Diariamente 3 <input type="checkbox"/> 4 X por semana ou mais	4 <input type="checkbox"/> 2 a 3 X por semana 5 <input type="checkbox"/> 2 a 4 X por mês	6 <input type="checkbox"/> 1 X por mês ou menos 7 <input type="checkbox"/> Raramente 8 <input type="checkbox"/> Nunca	9 <input type="checkbox"/> NS 0 <input type="checkbox"/> NR
B5 - Ao longo dos últimos 12 meses, quantas vezes ficou embriagado?			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (vezes)	<input type="checkbox"/> NS (998)	<input type="checkbox"/> NR (999)	

*-não sabe;**- não responde

(C) PRODUTOS FARMACÊUTICOS:

C1 - Ao longo da sua vida tomou, pelo menos 1 vez, um medicamento do tipo sedativo, tranquilizante ou hipnótico? (por ex: Ansilor, Lorenin, Lorsedal, Lexotan, Ultramidol, Xanax, Valium, Unisedil, Metamidol, Bialzepan, Dormicum, Bromalex, Medipax, Kainever)		
1 <input type="checkbox"/> Sim		2 <input type="checkbox"/> Não
C2 - Quantas vezes tomou, em toda a sua vida, sedativos, tranquilizantes ou hipnóticos?		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (vezes)	<input type="checkbox"/> NS (9998)	<input type="checkbox"/> NR (9999)
C3 - Durante os últimos 12 meses, tomou alguma vez sedativos, tranquilizantes ou hipnóticos?		
1 <input type="checkbox"/> Sim		2 <input type="checkbox"/> Não
C4 - Durante os últimos 12 meses, por que meio obteve esses medicamentos?		
1 <input type="checkbox"/> Comprei-os exclusivamente através de receita médica (passe para C5)		
2 <input type="checkbox"/> Não comprei exclusivamente através de receita médica (passe para C4.1)		

C4.1 - Por que outros meios os obteve?			
1 <input type="checkbox"/> Obteve os medicamentos através de pessoas conhecidas (2)			
2 <input type="checkbox"/> Obteve através de familiares (3)			
3 <input type="checkbox"/> Comprei-os numa farmácia sem receita médica (4)			
4 <input type="checkbox"/> Outra, qual? _____ (5)			
C5 - Nos últimos 12 meses, com que frequência tomou sedativos, tranquilizantes ou hipnóticos?			
1 <input type="checkbox"/> Várias vezes ao dia	4 <input type="checkbox"/> 2 a 3 X por semana	6 <input type="checkbox"/> 1 X por mês ou menos	9 <input type="checkbox"/> NS
2 <input type="checkbox"/> Diariamente	5 <input type="checkbox"/> 2 a 4 X por mês	7 <input type="checkbox"/> Raramente	0 <input type="checkbox"/> NR
3 <input type="checkbox"/> 4 X por semana ou mais		8 <input type="checkbox"/> Nunca	

2 - SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS ILÍCITAS

1SI - Alguma vez ao longo da sua vida, consumiu:			
Heroína: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Ecstasy: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		
Cocaína: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Anfetaminas: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		
Cannabis: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Alucinogéneos: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		
2SI - Nos últimos 12 meses, consumiu algumas destas substâncias?			
Heroína: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Ecstasy: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		
Cocaína: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Anfetaminas: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		
Cannabis: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Alucinogéneos: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		
3SI - Nos últimos 12 meses, com que frequência consumiu alguma destas substâncias?			
Heroína:			
1 <input type="checkbox"/> Várias vezes ao dia	4 <input type="checkbox"/> 2 a 3 X por semana	7 <input type="checkbox"/> Mais Raramente	
2 <input type="checkbox"/> Diariamente	5 <input type="checkbox"/> 2 a 4 X por mês	9 <input type="checkbox"/> NS	
3 <input type="checkbox"/> 4 X por semana ou mais	6 <input type="checkbox"/> 1 X por mês	0 <input type="checkbox"/> NR	
Cocaína:			
1 <input type="checkbox"/> Várias vezes ao dia	4 <input type="checkbox"/> 2 a 3 X por semana	7 <input type="checkbox"/> Mais Raramente	
2 <input type="checkbox"/> Diariamente	5 <input type="checkbox"/> 2 a 4 X por mês	9 <input type="checkbox"/> NS	
3 <input type="checkbox"/> 4 X por semana ou mais	6 <input type="checkbox"/> 1 X por mês	0 <input type="checkbox"/> NR	
Cannabis:			
1 <input type="checkbox"/> Várias vezes ao dia	4 <input type="checkbox"/> 2 a 3 X por semana	7 <input type="checkbox"/> Mais Raramente	
2 <input type="checkbox"/> Diariamente	5 <input type="checkbox"/> 2 a 4 X por mês	9 <input type="checkbox"/> NS	
3 <input type="checkbox"/> 4 X por semana ou mais	6 <input type="checkbox"/> 1 X por mês	0 <input type="checkbox"/> NR	
Ecstasy:			
1 <input type="checkbox"/> Várias vezes ao dia	4 <input type="checkbox"/> 2 a 3 X por semana	7 <input type="checkbox"/> Mais Raramente	
2 <input type="checkbox"/> Diariamente	5 <input type="checkbox"/> 2 a 4 X por mês	9 <input type="checkbox"/> NS	
3 <input type="checkbox"/> 4 X por semana ou mais	6 <input type="checkbox"/> 1 X por mês	0 <input type="checkbox"/> NR	
Anfetaminas:			
1 <input type="checkbox"/> Várias vezes ao dia	4 <input type="checkbox"/> 2 a 3 X por semana	7 <input type="checkbox"/> Mais Raramente	
2 <input type="checkbox"/> Diariamente	5 <input type="checkbox"/> 2 a 4 X por mês	9 <input type="checkbox"/> NS	
3 <input type="checkbox"/> 4 X por semana ou mais	6 <input type="checkbox"/> 1 X por mês	0 <input type="checkbox"/> NR	

Alucinogêneos:		
1 <input type="checkbox"/> Várias vezes ao dia	4 <input type="checkbox"/> 2 a 3 X por semana	7 <input type="checkbox"/> Mais Raramente
2 <input type="checkbox"/> Diariamente	5 <input type="checkbox"/> 2 a 4 X por mês	9 <input type="checkbox"/> NS
3 <input type="checkbox"/> 4 X por semana ou mais	6 <input type="checkbox"/> 1 X por mês	0 <input type="checkbox"/> NR

III PARTE - IVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL, RIBEIRO (2001)

Abaixo encontram-se perguntas sobre como se sente no dia-a-dia. Responda a cada uma delas, assinalando com um X, a resposta que melhor se aplica a si.

1 - Quanto feliz e satisfeito tem estado com a sua vida pessoal?					
1 <input type="checkbox"/> Extremamente feliz, não pode haver pessoa mais feliz ou satisfeita.	2 <input type="checkbox"/> Muito feliz e satisfeito a maior parte do tempo.	3 <input type="checkbox"/> Geralmente satisfeito e feliz.	4 <input type="checkbox"/> Por vezes ligeiramente satisfeito, por vezes ligeiramente infeliz.	5 <input type="checkbox"/> Geralmente insatisfeito, infeliz.	6 <input type="checkbox"/> Muito insatisfeito, e infeliz a maior parte do tempo.
2 - Durante quanto tempo se sentiu só no passado mês?					
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Quase sempre	3 <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo	4 <input type="checkbox"/> Durante algum tempo	5 <input type="checkbox"/> Quase nunca	6 <input type="checkbox"/> Nunca
3 - Com que frequência se sentiu nervoso ou apreensivo perante coisas que aconteceram, ou perante situações inesperadas, no último mês?					
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	3 <input type="checkbox"/> Frequentemente	4 <input type="checkbox"/> Com pouca frequência	5 <input type="checkbox"/> Quase nunca	6 <input type="checkbox"/> Nunca
4- Durante o mês passado com que frequência sentiu que tinha um futuro promissor e cheio de esperança?					
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	3 <input type="checkbox"/> Frequentemente	4 <input type="checkbox"/> Com pouca frequência	5 <input type="checkbox"/> Quase nunca	6 <input type="checkbox"/> Nunca
5- Com que frequência, durante o último mês, sentiu que a sua vida no dia a dia estava cheia de coisas interessantes?					
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	3 <input type="checkbox"/> Frequentemente	4 <input type="checkbox"/> Com pouca frequência	5 <input type="checkbox"/> Quase nunca	6 <input type="checkbox"/> Nunca

6- Com que frequência, durante o ultimo mês, se sentiu relaxado e sem tensão?					
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	3 <input type="checkbox"/> Frequentemente	4 <input type="checkbox"/> Com pouca frequência	5 <input type="checkbox"/> Quase nunca	6 <input type="checkbox"/> Nunca
7- Durante o último mês, com que frequência sentiu prazer nas coisas que fazia?					
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	3 <input type="checkbox"/> Frequentemente	4 <input type="checkbox"/> Com pouca frequência	5 <input type="checkbox"/> Quase nunca	6 <input type="checkbox"/> Nunca
8- Durante o último mês, teve alguma vez razão para se questionar se estaria a perder a cabeça, ou a perder o controlo sobre os seus actos, as suas palavras, os seus pensamentos, sentimentos ou memória?					
1 <input type="checkbox"/> Não, nunca	2 <input type="checkbox"/> Talvez um pouco	3 <input type="checkbox"/> Sim, mas não o suficiente para ficar preocupado com isso	4 <input type="checkbox"/> Sim, e fiquei um bocado preocupado	5 <input type="checkbox"/> Sim, e isso preocupa-me	6 <input type="checkbox"/> Sim, e estou muito preocupado com isso
9- Sentiu-se deprimido durante o último mês?					
1 <input type="checkbox"/> Sim, até ao ponto de não me interessar por nada durante dias	2 <input type="checkbox"/> Sim, muito deprimido quase todos os dias	3 <input type="checkbox"/> Sim, deprimido muitas vezes	4 <input type="checkbox"/> Sim, por vezes sinto-me um pouco deprimido	5 <input type="checkbox"/> Não, nunca me sinto deprimido	
10- Durante o último mês, quantas vezes se sentiu amado e querido?					
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Quase sempre	3 <input type="checkbox"/> A maior parte das vezes	4 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	5 <input type="checkbox"/> Muitas poucas vezes	6 <input type="checkbox"/> Nunca
11- Durante quanto tempo, no mês passado se sentiu muito nervoso?					
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Quase sempre	3 <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo	4 <input type="checkbox"/> Durante algum tempo	5 <input type="checkbox"/> Quase nunca	6 <input type="checkbox"/> Nunca
12- Durante o último mês, com que frequência esperava ter um dia interessante ao levantar-se?					
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	3 <input type="checkbox"/> Frequentemente	4 <input type="checkbox"/> Com pouca frequência	5 <input type="checkbox"/> Quase nunca	6 <input type="checkbox"/> Nunca
13- No último mês durante quanto tempo se sentiu tenso e irritado?					
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Quase sempre	3 <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo	4 <input type="checkbox"/> Durante algum tempo	5 <input type="checkbox"/> Quase nunca	6 <input type="checkbox"/> Nunca

14- Durante o último mês sentiu que controlava perfeitamente o seu comportamento, pensamento, emoções e sentimentos?					
1 <input type="checkbox"/> Sim, completamente	2 <input type="checkbox"/> Sim, geralmente	3 <input type="checkbox"/> Sim, penso que sim	4 <input type="checkbox"/> Não, muito bem	5 <input type="checkbox"/> Não e um pouco perturbado por isso	6 <input type="checkbox"/> Não, e muito perturbado por isso
15- Durante o último mês, com que frequência sentiu as mãos a tremer quando fazia alguma coisa?					
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	3 <input type="checkbox"/> Frequentemente	4 <input type="checkbox"/> Com pouca frequência	5 <input type="checkbox"/> Quase nunca	6 <input type="checkbox"/> Nunca
16- Durante o último mês, com que frequência sentiu que não tinha futuro, que não tinha para onde orientar a sua vida?					
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	3 <input type="checkbox"/> Frequentemente	4 <input type="checkbox"/> Com pouca frequência	5 <input type="checkbox"/> Quase nunca	6 <input type="checkbox"/> Nunca
17- Durante quanto tempo, nos mês que passou, se sentiu calmo e em paz?					
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Quase sempre	3 <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo	4 <input type="checkbox"/> Durante algum tempo	5 <input type="checkbox"/> Quase nunca	6 <input type="checkbox"/> Nunca
18- Durante quanto tempo, nos mês que passou, se sentiu emocionalmente estável?					
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Quase sempre	3 <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo	4 <input type="checkbox"/> Durante algum tempo	5 <input type="checkbox"/> Quase nunca	6 <input type="checkbox"/> Nunca
19- Durante quanto tempo, nos mês que passou, se sentiu triste?					
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Quase sempre	3 <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo	4 <input type="checkbox"/> Durante algum tempo	5 <input type="checkbox"/> Quase nunca	6 <input type="checkbox"/> Nunca
20- Com que frequência, no mês passado se sentiu como se fosse chorar?					
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	3 <input type="checkbox"/> Frequentemente	4 <input type="checkbox"/> Com pouca frequência	5 <input type="checkbox"/> Quase nunca	6 <input type="checkbox"/> Nunca
21- Durante o último mês, com que frequência você sentiu que as outras pessoas se sentiriam melhor se você não existisse?					
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	3 <input type="checkbox"/> Frequentemente	4 <input type="checkbox"/> Com pouca frequência	5 <input type="checkbox"/> Quase nunca	6 <input type="checkbox"/> Nunca
22- Quanto tempo, durante o último mês, se sentiu capaz de relaxar sem dificuldade?					
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Quase sempre	3 <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo	4 <input type="checkbox"/> Durante algum tempo	5 <input type="checkbox"/> Quase nunca	6 <input type="checkbox"/> Nunca
23- No último mês, durante quanto tempo sentiu que as suas relações amorosas eram total ou completamente satisfatórias?					
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Quase sempre	3 <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo	4 <input type="checkbox"/> Durante algum tempo	5 <input type="checkbox"/> Quase nunca	6 <input type="checkbox"/> Nunca

24- Com que frequência, durante o último mês, sentiu que tudo acontecia ao contrário do que desejava?					
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	3 <input type="checkbox"/> Frequentemente	4 <input type="checkbox"/> Com pouca frequência	5 <input type="checkbox"/> Quase nunca	6 <input type="checkbox"/> Nunca
25- Durante o último mês, quão incomodado é que você se sentiu devido ao nervoso?					
1 <input type="checkbox"/> Extremamente, ao ponto de não poder fazer as coisas que devia	2 <input type="checkbox"/> Muito incomodado	3 <input type="checkbox"/> Um pouco incomodado pelos meus nervos	4 <input type="checkbox"/> Algo incomodado, o suficiente para que desse por isso	5 <input type="checkbox"/> Apenas de forma muito ligeira	6 <input type="checkbox"/> Nada incomodado
26- No mês que passou, durante quanto tempo sentiu que a sua vida era uma aventura maravilhosa?					
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Quase sempre	3 <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo	4 <input type="checkbox"/> Durante algum tempo	5 <input type="checkbox"/> Quase nunca	6 <input type="checkbox"/> Nunca
27- Durante quanto tempo, durante o mês que passou, se sentiu triste e em baixo, de tal modo que nada o conseguia animar?					
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	3 <input type="checkbox"/> Frequentemente	4 <input type="checkbox"/> Com pouca frequência	5 <input type="checkbox"/> Quase nunca	6 <input type="checkbox"/> Nunca
28- Durante o último mês, alguma vez pensou em acabar com a vida?					
1 <input type="checkbox"/> Sim, muitas vezes	2 <input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes	3 <input type="checkbox"/> Sim, umas poucas vezes	4 <input type="checkbox"/> Sim, uma vez	5 <input type="checkbox"/> Não, nunca	
29- No último mês, durante quanto tempo se sentiu, cansado inquieto e impaciente?					
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Quase sempre	3 <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo	4 <input type="checkbox"/> Durante algum tempo	5 <input type="checkbox"/> Quase nunca	6 <input type="checkbox"/> Nunca
30- No último mês, durante quanto tempo se sentiu rabugento ou de mau humor?					
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Quase sempre	3 <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo	4 <input type="checkbox"/> Durante algum tempo	5 <input type="checkbox"/> Quase nunca	6 <input type="checkbox"/> Nunca
31- Durante quanto tempo, no último mês, se sentiu alegre, animado e bem disposto?					
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Quase sempre	3 <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo	4 <input type="checkbox"/> Durante algum tempo	5 <input type="checkbox"/> Quase nunca	6 <input type="checkbox"/> Nunca
32- Durante o último mês, com que frequência se sentiu confuso ou perturbado?					
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	3 <input type="checkbox"/> Frequentemente	4 <input type="checkbox"/> Com pouca frequência	5 <input type="checkbox"/> Quase nunca	6 <input type="checkbox"/> Nunca

33- Durante o último mês sentiu-se ansioso ou preocupado?					
1 <input type="checkbox"/> Sim, extremamente, ao ponto de ficar doente ou quase	2 <input type="checkbox"/> Sim, muito	3 <input type="checkbox"/> Sim, um pouco	4 <input type="checkbox"/> Sim, o suficiente para me incomodar	5 <input type="checkbox"/> Sim, de forma muito ligeira	6 <input type="checkbox"/> Não, de maneira nenhuma
34- No último mês quanto tempo se sentiu uma pessoa feliz?					
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Quase sempre	3 <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo	4 <input type="checkbox"/> Durante algum tempo	5 <input type="checkbox"/> Quase nunca	6 <input type="checkbox"/> Nunca
35- Com que frequência durante o último mês, se sentiu com dificuldade em se manter calmo?					
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	3 <input type="checkbox"/> Frequentemente	4 <input type="checkbox"/> Com pouca frequência	5 <input type="checkbox"/> Quase nunca	6 <input type="checkbox"/> Nunca
36- No último mês, durante quanto tempo se sentiu espiritualmente em baixo?					
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Quase sempre	3 <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo	4 <input type="checkbox"/> Durante algum tempo	5 <input type="checkbox"/> Quase nunca	6 <input type="checkbox"/> Nunca
37- Com que frequência durante o último mês, acordou de manhã sentindo-se fresco e repousado?					
1 <input type="checkbox"/> Sempre, todos os dias	2 <input type="checkbox"/> Quase todos os dias	3 <input type="checkbox"/> Frequentemente	4 <input type="checkbox"/> Algumas vezes, mas normalmente não	5 <input type="checkbox"/> Quase nunca	6 <input type="checkbox"/> Nunca
38- Durante o último mês, esteve, ou sentiu-se debaixo de grande pressão ou stress?					
1 <input type="checkbox"/> Sim, quase a ultrapassar os meus limites	2 <input type="checkbox"/> Sim, muita pressão	3 <input type="checkbox"/> Sim, alguma, mais do que o costume	4 <input type="checkbox"/> Sim, alguma, como de costume	5 <input type="checkbox"/> Sim, um pouco	6 <input type="checkbox"/> Não, nenhuma

Obrigada pela sua participação!

ANEXO V

- Nota explicativa do estudo “Saúde Mental e Consumo de Substâncias Psicoactivas em Adultos”.

“Saúde Mental e Consumo de Substâncias Psicoactivas em Adultos”

Oliveira, S. (2011)

NOTA EXPLICATIVA

As perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental são a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade das sociedades actuais. Os problemas ligados ao consumo de substâncias psicoactivas (álcool, tabaco, drogas, medicamentos) são responsáveis pelo aumento de mortalidade e morbilidade em todo o mundo, não sendo Portugal uma excepção. O consumo destas substâncias provoca diversas consequências à pessoa que a consome, às pessoas que a rodeiam, às instituições e à sociedade.

Desta forma, pretende-se investigar os níveis de saúde mental e de consumo de substâncias psicoactivas dos adultos inscritos numa Unidade de Saúde de Cuidados Personalizados (UCSP), do Distrito de Braga.

Este projecto de investigação encontra-se em desenvolvimento no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), sendo a investigadora a Enfermeira, Sofia de Faria Oliveira (UCSP Terra Verde - Pico de Regalados) e o orientador, o Professor Doutor Carlos Sequeira (ESEP). Para a recolha da informação utiliza-se um questionário, constituído por três partes (dados sócio-demográficos, consumo de substâncias psicoactivas e Inventário de Saúde Mental).

Os dados obtidos destinam-se ao estudo em causa e garantimos absoluta confidencialidade dos mesmos.

Realçamos que não há respostas certas ou erradas mas sim, respostas individuais que se ajustam à sua realidade, pelo que pedimos que seleccione a resposta que melhor se lhe adequa. Solicitamos que não deixe questões em branco pois, tal facto pode comprometer os dados globais do questionário.

A sua participação neste estudo é voluntária e muito importante. Se por qualquer motivo não quiser participar, tem toda a legitimidade de o fazer e agradecemos de igual modo a sua atenção.

Feito em duplicado, sendo uma via para o processo e outra para quem consente.

Certos da sua valiosíssima colaboração, agradecemos reconhecidos. Os resultados da investigação em curso podem ser solicitados, à investigadora principal, através do número de telefone 253311878.

A investigadora,

(Sofia de Faria Oliveira)

Feito em duplicado, sendo uma via para o processo e outra para quem consente.

ANEXO VI

- Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Estudo de investigação sobre: “Avaliação da Saúde Mental e do Consumo de Substâncias Psicoactivas em Adultos”, inscritos numa Unidade de Saúde de Cuidados Personalizados (UCSP), do Distrito de Braga.

Nome do/da Participante: _____

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação, bem como os objectivos do estudo e da confidencialidade da informação. Foi-me possibilitado fazer as perguntas que considere necessárias.

Foi-me comunicado que tenho direito a recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal na assistência que me é prestada.

Por isso, aceito participar de livre e espontânea vontade neste estudo, respondendo às questões que me forem solicitadas

Pico de Regalados, ____ de _____ de _____

Assinatura do/da participante no estudo:

Feito em duplicado, sendo uma via para o processo e outra para quem consente.