

LITERACIA EM SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES E JOVENS PORTUGUESES SOBRE ABUSO DE ÁLCOOL

Mental Health Literacy about alcohol abuse: a study in a sample of adolescents and young Portuguese's

Instrucción en salud mental de adolescentes y jóvenes portugueses sobre el abuso del alcohol

Luís Manuel de Jesus Loureiro¹, Teresa Maria Mendes Dinis de Andrade Barroso², Aida Maria de Oliveira Cruz Mendes³, Manuel Alves Rodrigues⁴, Rui Aragão Aleixo Neves Oliveira⁵ e Nuno Rafael Neves de Oliveira⁶

Recebido em 21/01/2013, reapresentado em 16/02/2013 e aprovado em 18/07/2013

Resumo

Objetivo: Caracterizar a literacia em saúde mental de adolescentes e jovens relativamente ao consumo abusivo de álcool, nas diversas componentes do conceito de literacia. **Métodos:** Estudo descritivo-exploratório, em que foi aplicado o QuALiSMental a uma amostra representativa de 4.938 adolescentes e jovens, com idades compreendidas entre os 14 e os 24 anos, que frequentam escolas do 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário da região centro de Portugal. **Resultados:** O reconhecimento da vinheta do consumo abusivo de álcool pelos participantes é elevado (72,4%), ainda que seja também identificado como alcoolismo (70,3%), o que no entanto indica a percepção do problema como grave. Os participantes apresentam níveis modestos de literacia nas restantes componentes, preferindo as fontes informais de ajuda. **Conclusão:** Conclui-se que há necessidade de implementação de programas nas escolas que promovam a literacia em saúde mental, para adoção de comportamentos saudáveis nos jovens, que os transferem para a idade adulta.

Palavras-chave: Saúde Mental. Alcoolismo. Adolescente.

Abstract

Characterize the mental health literacy of adolescents and young people about alcohol abuse, in the various components of the concept. Exploratory descriptive study, through the application of the instrument QuALiSMental to a representative sample of 4938 adolescents and young adults aged between 14 and 24 years, attending schools in the 3rd cycle of basic and secondary education of the central region of Portugal. The recognition of the vignette of alcohol abuse by the participants is high (72.4%), although it is also identified as alcoholism (70.3%), which indicates the perception of the problem as serious. Participants have modest levels of literacy in the remaining components, preferring informal sources of help. Therefore, we conclude that there is a need to implement school programs that promote mental health literacy, to promote the adoption of healthy behaviors in young people, which transfer them into adulthood.

Keywords: Mental health. Health Education. Alcoholism. Adolescent.

Resumen

Objetivo: Caracterizar la instrucción en salud mental de adolescente y jóvenes con respecto al abuso del alcohol, en los diversos componentes del concepto de instrucción. **Métodos:** Estudio exploratorio-descriptivo, con aplicación del instrumento QuALiSMental a partir de la muestra representativa de 4938 adolescentes y jóvenes adultos, con edades entre 14 y 24 años, que frecuentan escuelas del tercer ciclo de enseñanza básica y de educación secundaria en la región central de Portugal. **Resultados:** El reconocimiento de la viñeta del abuso de alcohol por los participantes es alto (72,4%), aunque se identifica también como alcoholismo (70,3%), que sin embargo, indica la percepción del problema como siendo grave. Los participantes tienen modestos niveles de instrucción en los componentes restantes, prefiriendo las fuentes informales de ayuda. **Conclusión:** Se concluye, así, que la necesidad de implementar en las escuelas programas que promueven la instrucción en salud mental para la adopción de conductas saludables en los jóvenes, que los transfieren hacia la edad adulta.

Palabras claves: Salud mental. Educación en Salud. Alcoolismo. Adolescente

¹Professor Doutor - (Professor Adjunto) - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Unidade de Investigação em Ciência da Saúde: Enfermagem - Coimbra - AC - Portugal. E-mail: luisloureiro@esenfc.pt;

²Professora Doutora - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Coimbra - Portugal. E-mail: tbarroso@esenfc.pt;

³Professora Doutora - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Coimbra - Portugal. E-mail: acmendes@esenfc.pt;

⁴Professor Doutor - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Coimbra - Portugal. E-mail: demar7@gmail.com;

⁵Professor Doutor - Instituto Superior de Psicologia Aplicada - Lisboa - Portugal. E-mail: raragao@clinipinel.com;

⁶Licenciado em Enfermagem - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Coimbra - Portugal. E-mail: nrafael@esenfc.pt.

INTRODUÇÃO

O álcool é a substância psicoativa mais consumida na atualidade, e estão incluídos entre os usuários adolescentes e jovens.¹ As primeiras experiências de consumo ocorrem geralmente durante a adolescência, com início estimado aos 12 anos, observando-se simultaneamente um consumo excessivo e mesmo abusivo antes dos 18 anos, com metade dos jovens a ter o seu primeiro episódio de embriaguez antes desta idade.^{2,3}

No caso português, os estudos realizados ao longo da última década, respetivamente 2003, 2007 e 2011, com amostras de adolescentes e jovens entre os 13 e os 18 anos, revelam que o consumo de álcool tende a aumentar de modo linear com a idade, sendo maior no gênero masculino.³

Apesar de muitas vezes estas experiências de consumo serem socialmente aceites e culturalmente justificadas, os estudos indicam que não deveriam ser consumidas bebidas alcoólicas antes dos 18 anos, isto porque o fígado não está preparado para metabolizar o álcool e o cérebro encontra-se ainda em desenvolvimento/maturação.⁴

Os comportamentos problemáticos decorrentes dos episódios de embriaguez e do consumo excessivo são conhecidos: relações sexuais desprotegidas, violência, condução sob o efeito de álcool e absentismo escolar, entre outros.⁵ Acresce o fato de a adolescência e da juventude corresponderem a períodos considerados críticos no ciclo de vida, caracterizando-se por mudanças e transições significativas e em que os problemas como o consumo excessivo e abusivo de álcool podem ter profundo impacto na vida e na saúde mental dos indivíduos, comprometendo o seu padrão de desenvolvimento e potenciando situações de dependência no futuro.⁶

Neste sentido têm sido desenvolvidos diferentes tipos de intervenções no âmbito da educação para a saúde com intuito de prevenir o consumo precoce de álcool e o seu uso inadequado, alertando para os riscos associados ao consumo, consequências e efeitos individuais e coletivos.⁷ Alguns autores sugerem que as intervenções, quando ancoradas no conceito de literacia em saúde mental, entendido como os conhecimentos e crenças acerca das perturbações mentais que permitem o seu reconhecimento, prevenção e/ou gestão, podem ser eficazes, pois implicam um conhecimento voltado para a ação em proveito da saúde do indivíduo ou dos seus pares.^{8,9}

O conceito de literacia em saúde mental envolve um conjunto de componentes das quais se destacam: a) o reconhecimento das perturbações mentais de modo a promover e facilitar a procura de ajuda; b) o conhecimento sobre os profissionais e tratamentos disponíveis; c) o conhecimento sobre a eficácia das estratégias de autoajuda; d) o conhecimento e as competências para prestar apoio e primeira ajuda aos outros; e) o conhecimento do modo de prevenção das perturbações mentais.¹⁰

Os estudos revelam que níveis reduzidos de literacia em saúde mental nas suas diferentes componentes, por exemplo, associando depressão e consumo de álcool, surgem associados

como barreiras à procura de ajuda profissional, quer pela ausência quer pelo seu adiamento, e que podem ter como consequência o agravamento dos sintomas, e a possível evolução para situações de dependência.¹¹ O estigma social é também apontado como uma barreira à procura de ajuda, por exemplo, levando o indivíduo a ocultar os sinais, ou ainda como uma consequência dos reduzidos níveis de literacia.¹²

Depreende-se pois que a literacia em saúde mental de adolescentes e jovens seja considerada um princípio basilar para o planeamento e desenvolvimento de programas de educação para a saúde, com foco particular no contexto escolar, em que os indivíduos passam a maior parte do seu tempo. Neste caso, o sistema educativo deve promover também a promoção da saúde e do bem-estar, a formação e a participação cívica dos indivíduos, em um processo que sustente a aquisição de competências e as aprendizagens de modo a promover a autonomia dos indivíduos, capacitando-os para a ação em favor da sua saúde.⁹

A produção científica centrada nas componentes da literacia em saúde mental, tanto em relação ao uso abusivo quanto ao alcoolismo, especificamente em amostras de adolescentes e jovens, é inexistente. Contudo, existem estudos que utilizam os mesmos instrumentos de colheita de dados, em que é avaliada a literacia em saúde mental relativo à depressão, associando-a ao consumo abusivo de álcool.

Os resultados destes estudos revelam níveis mais adequados de literacia em saúde mental na componente conhecimento sobre a eficácia das estratégias de autoajuda, comparativamente com os níveis mais modestos nas restantes componentes. Por exemplo, aproximadamente 50% dos adolescentes e jovens reconhecem e identificam as situações de consumo abusivo de álcool associado à depressão; cerca de 80% demonstram intenção de pedir ajuda em situações semelhantes e tendem a valorizar mais os fontes de ajuda informal (amigos e familiares próximos) comparativamente com a ajuda formal (profissionais de saúde).^{11,13,14}

O caso português é referido de modo explícito por documentos como Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016¹⁵ ou ainda no Programa de Saúde Escolar¹⁶, sobre os quais não só não existem estudos como são necessárias intervenções, situadas no contexto escolar que visem promover a saúde e prevenir as doenças mentais, por meio do aumento da literacia em saúde mental, articulando diferentes sectores, como a educação e saúde.

Face a estas constatações, foi desenvolvido o presente estudo com objetivo de caracterizar a literacia em saúde mental de adolescentes e jovens com relação ao abuso de álcool nas componentes do reconhecimento das perturbações, conhecimentos sobre os profissionais e tratamentos disponíveis, eficácia das estratégias de autoajuda, competências para prestar apoio e primeira ajuda aos outros e modo de como se pode prevenir esta perturbação.

MÉTODOS

Este é um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa realizado na região centro de Portugal Continental, a partir de uma amostra representativa de adolescentes e jovens com idades entre 14 e 24 anos, que frequentavam o 3.º ciclo do ensino básico e o ensino secundário, de 50 escolas que estão enquadradas na Direção Regional de Educação do Centro (DREC). Os dados foram colhidos entre os meses de dezembro de 2011 e maio de 2012, tendo sido utilizada amostragem por *clusters*.

Como instrumento de colheita de dados, foi utilizado o Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALiSMental¹⁷. Este questionário é constituído por uma 1.ª parte que inclui instruções de preenchimento e questões de caracterização sociodemográfica (gênero, idade, residência, distrito e habilitações literárias dos pais) e por diferentes secções relativas a cada componente da literacia em saúde mental.

Após a primeira parte é apresentada uma vinheta, mostrada a seguir, relatando um caso de abuso de álcool (de acordo com os critérios de diagnóstico de abuso de álcool da DSM-IV-TR¹⁸) de um jovem chamado Jorge, de 16 anos e que serve para avaliação de todas as componentes:

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

O questionário foi administrado em espaço de sala de aula, em sessões coletivas, com supervisão de um membro da equipe e de um professor da turma. O tempo de resposta ao questionário foi de 40 a 50 minutos.

Os dados foram inseridos e tratados no *software* IBM-SPSS 20.0. Como se trata de um estudo descritivo-exploratório, foram calculadas as estatísticas resumo adequadas e as frequências absolutas e percentuais de modo a responder aos objetivos do estudo, utilizando o procedimento tabela de resposta múltipla.

O instrumento de colheita de dados foi submetido à Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular do Ministério da Educação do Governo Português (processo n.º 0252500001) e à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (N.º: P58-12/2011). Em ambos os casos, o parecer foi positivo, tendo sido aprovada a sua utilização e autorizada a aplicação. Dadas as características da amostra (na maioria menores de idade), o instrumento foi acompanhado pelo formulário de consentimento informado para ser assinado pelos pais/ encarregados de educação, ou, nos casos em que os jovens tinham idade \geq a 18 anos, um formulário de consentimento próprio.

RESULTADOS

Participaram no estudo 4.938 adolescentes e jovens portugueses, 43,3% do gênero masculino e 56,7% do gênero feminino, com idades compreendidas entre os 14 e os 24 anos (média de idade de 16,75 anos e desvio padrão de 1,62 anos), como se pode observar da Tabela 1. A escolaridade dos pais apresentam uma distribuição muito semelhante (Tabela 1), na sua maioria nos quatro primeiros níveis de ensino (ensino básico – 1º ciclo (antiga 4ª classe); ensino básico – 2º ciclo (ensino preparatório – antigo 6º ano); ensino básico – 3º ciclo (curso geral dos liceus – antigo 9º ano); ensino secundário (curso complementar dos liceus), sendo que aproximadamente 50,0% completaram o 3º ciclo de ensino básico (24,1% do pai e 24,9% da mãe) e o ensino secundário (24,1% do pai e 24,5% da mãe).

Tabela 1 – Distribuição de frequências percentuais dos participantes em função das variáveis sociodemográficas (N=4.938)

Variáveis	%
Gênero:	
Masculino	43,3
Feminino	56,7
Idade:	
< 18 anos	69,6
\geq 18 anos	30,4
Escolaridade do pai:	
Ensino básico – 1º Ciclo (antiga 4ª classe)	18,8
Ensino básico – 2º Ciclo (Ensino preparatório – antigo 6º ano)	20,3
Ensino básico – 3º Ciclo – Curso geral dos liceus (9º ano)	24,1
Ensino secundário (Curso complementar dos liceus)	24,1
Bacharelato/Licenciatura	9,0
Mestrado/Doutoramento	3,6
Escolaridade da mãe:	
Ensino básico – 1º Ciclo (antiga 4ª classe)	15,4
Ensino básico – 2º Ciclo (Ensino preparatório – antigo 6º ano)	17,5
Ensino básico – 3º Ciclo – Curso geral dos liceus (9º ano)	24,9
Ensino secundário (Curso complementar dos liceus)	24,5
Bacharelato/Licenciatura	13,7
Mestrado/Doutoramento	3,9

Como se tratar de um instrumento que analisa as várias componentes da literacia em saúde mental, optou-se por apresentar em separado os resultados para cada componente.

Reconhecimento do abuso de álcool

Com relação ao reconhecimento da situação de

abuso de substâncias, a opção mais assinalada foi o abuso de substâncias (72,4%), seguido de alcoolismo (70,3%), crise da idade (21,9%) e problemas psicológicos/mentais/emocionais com 13,8%. Todas as outras categorias apresentam valores relativamente reduzidos.

Tabela 2 – Distribuição das frequências percentuais para as categorias do reconhecimento da situação (N= 4.938)

Categorias	n.º	%
Não sei	176	3,6
Não tem nada	150	3,1
Depressão	317	6,5
Esquizofrenia	25	0,5
Psicose	27	0,6
Doença mental	143	2,9
Bulimia	16	0,3
Estresse	465	9,6
Esgotamento nervoso	156	3,2
Abuso de substâncias	3.512	72,4
Crise da idade	1.061	21,9
Problemas psicológicos/mentais/emocionais	668	13,8
Anorexia	12	0,2
Alcoolismo	3.409	70,3
Cancro	10	0,2

Reconhecimento da ajuda profissional e tratamentos disponíveis

Quanto às diferentes pessoas e profissionais que podem ajudar na situação apresentada, observa-se (Tabela 3) que são considerados como úteis pela maior parte da amostra o médico de família (77,8%), o psicólogo (76,8%) e o enfermeiro (54,6%). No entanto, a maioria dos jovens acha útil a ajuda do amigo (81,3%) e do familiar (75,2%) próximos.

Salienta-se também a ambivalência relativamente à ajuda dos profissionais, sendo mais marcante no assistente social (66,1%), no professor (57,0%), no psiquiatra (45,0%) e no enfermeiro (39,7%).

No que diz respeito aos medicamentos/produtos (Tabela 3), é de realçar as percentagens elevadas de desconhecimento, com um intervalo de resposta que vai dos 51,7% para os chás (p. ex., camomila ou hipericão) e os 62,6% para os antipsicóticos.

Reconhecimento da eficácia das estratégias de autoajuda

Em relação às atividades que poderão ajudar o Jorge (Tabela 3), os participantes consideram como útil realizar exercício físico (79,4%), fazer terapia com um profissional

especializado (73,6%), juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas similares (73,3%) e praticar treino de relaxamento (64,7%). Destaca-se que ingerir bebidas alcoólicas (84,8%) e fumar (82,0%) são considerados prejudiciais. Uma percentagem assinalável da amostra não sabe se fazer acupuntura (67,7%), levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol (52,2%), procurar ajuda especializada na área da saúde mental (47,2%) e praticar meditação (43,4%) são atividades úteis ou prejudiciais.

Conhecimento e competências para prestar a primeira ajuda e apoio aos outros

Ao nível dos conhecimentos e competências para prestar apoio (Tabela 3), os participantes consideram como úteis, em primeiro lugar, ouvir os seus problemas de forma compreensiva (90,1%), em segundo sugerir a procura de um profissional de saúde especializado (76,2%) e ainda incentivar a pessoa a praticar exercício físico (74,7%).

A sugestão para beber uns copos para esquecer os problemas (84,3%), não valorizar o seu problema, ignorar o Jorge até que este se sinta melhor (80,3%) e perguntar se tem tendências suicidas (46,9%) são consideradas prejudiciais por grande parte da amostra.

Tabela 3 - Distribuição de frequências percentuais para os itens das componentes da literacia em saúde mental (N=4938)

Itens das componentes	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra
Pessoas que podem ajudar			
Um médico de família	77,8	2,7	19,5
Um professor	28,1	14,8	57,0
Um psicólogo	76,8	4,0	19,2
Um enfermeiro	54,6	5,7	39,7
Um assistente social	19,3	14,6	66,1
Um psiquiatra	45,0	10,0	45,0
Um serviço telefónico de aconselhamento	26,4	17,5	56,0
Um familiar próximo	75,2	3,9	20,9
Um amigo significativo	81,3	2,5	16,2
Medicamentos/produtos			
Vitaminas	35,2	8,3	56,6
Chás (p. ex.: camomila ou hipericão)	43,0	5,2	51,7
Tranquilizantes/Calmantes	22,3	20,9	56,8
Antidepressivos	12,6	26,9	60,5
Antipsicóticos	9,7	27,6	62,6
Comprimidos para dormir	11,5	26,2	62,3
Estratégias/intervenções de autoajuda			
Fazer exercício físico	79,4	1,1	19,5
Praticar treino de relaxamento	64,7	2,2	33,1
Praticar meditação	53,3	3,3	43,4
Fazer acupuntura	25,6	6,7	67,7
Levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol	41,9	5,9	52,2
Fazer terapia com um profissional especializado	73,6	3,2	23,1
Consultar um <i>site</i> que contenha informação sobre o problema	58,9	8,9	32,2
Ler um livro de autoajuda sobre o problema	56,4	6,9	36,8
Juntar-se a um grupo de apoio	73,3	5,0	21,7
Procurar ajuda especializada de saúde mental	42,0	10,8	47,2
Utilizar bebidas alcoólicas para relaxar	3,5	84,8	11,8
Fumar para relaxar	4,6	82,0	13,4
Conhecimento e competências para prestar apoio e primeira ajuda			
Ouvir os seus problemas de forma compreensiva	90,1	,9	9,0
Dizer-lhe com firmeza para "andar para a frente"	52,3	17,0	30,7
Sugerir procura de um profissional de saúde especializado	76,2	4,9	18,9
Marcar uma consulta no médico de família	63,5	6,6	29,8
Perguntar se tem tendências suicidas	14,8	46,9	38,3
Sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas	4,5	84,3	11,2
Reunir o grupo de amigos para o animar	64,8	11,5	23,7
Não valorizar o seu problema, ignorando-o até que se sintam bem	5,7	80,3	14,0
Mantê-lo ocupado para que não pense tanto nos seus problemas	65,9	10,3	23,8
Incentivá-lo a praticar exercício físico	74,7	2,6	22,7

Conhecimento do modo de prevenção das perturbações mentais

Na última componente (Tabela 4), conhecimento sobre como prevenir as perturbações mentais, a maioria dos

adolescentes e jovens valoriza, à exceção de ter uma crença religiosa, todas as restantes atividades, destacando-se a necessidade de não beber bebidas alcoólicas (85,6%), não consumir drogas (82,4%) e manter o contato regular com a família (80,9%).

Tabela 4 - Distribuição de frequências percentuais para os itens da componente: conhecimento sobre como prevenir as perturbações mentais (N=4.938)

Itens	Sim	Não	Não sei
Praticar exercício físico	73,0	10,0	17,0
Evitar situações geradoras de stresse	75,3	10,1	14,7
Manter o contato regular com amigos	72,2	10,4	17,4
Manter o contato regular com a família	80,9	6,7	12,3
Não utilizar drogas	82,4	8,2	9,4
Não beber bebidas alcoólicas	85,6	6,7	7,7
Praticar atividades relaxantes regularmente	65,6	9,8	24,6
Ter uma crença religiosa ou espiritual	20,5	35,5	44,0

DISCUSSÃO

O reconhecimento das perturbações é referido na literatura como um pré-requisito para a procura de ajuda profissional, e este reconhecimento, quando precoce, pode diminuir o intervalo de tempo que medeia o aparecimento dos sinais e sintomas e o acesso aos cuidados de saúde, evitando a

agudização dos problemas e melhorando os resultados em saúde do indivíduo e da comunidade.^{8, 12}

Os resultados deste estudo mostram que o reconhecimento do abuso de álcool por parte dos adolescentes e jovens é complexo. Por um lado, a grande maioria dos adolescentes reconhece a vinjeta como sendo uma situação de abuso de álcool; todavia quase a mesma percentagem rotula a situação como alcoolismo. A aparente

sobrevalorização da situação relatada na vinheta, como sendo alcoolismo, poderá ser salutar, uma vez que a situação é percebida como sendo mais grave. No entanto, o rótulo alcoolismo é aqui utilizado de forma inadequada, o que sugere desconhecimento dos jovens acerca do alcoolismo enquanto dependência.

Contudo, se analisarmos as expressões do foro clínico que são utilizadas no dia a dia pelas pessoas em geral, será possível compreender que se banaliza a utilização da expressão “alcoólico” em referência a alguém com problemas relacionados com o consumo de álcool, e em consequência rotula-se a vinheta em apreciação de alcoolismo. Em todo o caso, a classificação da situação como alcoolismo poderá revelar que os jovens não sabem o que é o alcoolismo e o que este implica. Salienta-se, assim, que a percepção de que a situação é grave, quer seja problema de abuso e/ou alcoolismo, poderá constituir um elemento favorável na avaliação da percepção do risco relativo ao consumo de álcool.

Deve-se considerar, ainda, que o abuso de álcool é percebido como uma das perturbações mentais mais estigmatizantes e que implica maior distância social.

Este resultado para o alcoolismo merece ainda um reparo, isto porque se mais de 2/3 o assinala, e sendo o álcool a substância mais presente e consumida nos ambientes recreativos e de diversão, ainda que nem todos os jovens consumam. Estamos perante de um conjunto de jovens que pode considerar os seus pares como alcoólicos.¹⁴

Associar o comportamento de abuso de álcool com uma crise transitória da idade, visão muito partilhada na sociedade, pode significar simultaneamente uma desvalorização do comportamento problema e, inclusive, uma barreira quer à procura de ajuda, quer à prestação da ajuda.¹⁴

Quando referimos que o consumo de álcool tende a ser socialmente aceito e culturalmente justificado, visto que as primeiras experiências ocorrem muitas vezes em idades precoces, esta percepção de que é uma crise transitória ou normal para a idade é partilhada comumente por pais e filhos, e pode transformar-se em uma barreira na implementação de programas de prevenção.¹² Esta questão, remete-nos para a necessidade de legislação normativa, enquanto medida restritiva de reforço para adiar o início do consumo de bebidas alcoólicas. Como é sabido, em Portugal, a idade mínima legal de compra de bebidas alcoólicas é de 16 anos.

Com relação à componente do conhecimento das pessoas que podem ajudar e medicamentos/produtos, observa-se que os adolescentes e jovens privilegiam a ajuda informal (amigos e família), simultaneamente com o médico de família, psicólogo e inclusive o enfermeiro.^{11,13-14} A valorização das fontes informais é relevante porque grande parte das vezes é pela sugestão de amigos e familiares que os jovens procuram ajuda, reforçando a importância de integrar nos programas de prevenção familiares e pessoas significativas.⁸

Salienta-se a valorização do médico de família como a principal fonte de ajuda profissional útil, pois são os cuidados de saúde primários o primeiro serviço de saúde disponível para os jovens. Contudo, os adolescentes e jovens são quem menos procuram os serviços de saúde.¹³⁻¹⁴

O fato de uma percentagem assinalável de adolescentes e jovens não saberem da utilidade do professor para prestar ajuda ou mesmo a considerarem como prejudicial é preocupante, visto que são os professores os profissionais que mais tempo passam com os jovens. É possível que os adolescentes e os jovens considerem que a partilha do problema com o professor possa ter impacto no seu aproveitamento escolar ou ainda ser associado a problemas de anonimato e confidencialidade.¹²

Ao nível dos medicamentos/produtos é referido na literatura que os adolescentes e jovens tendem a apresentar, para a generalidade das perturbações mentais, uma visão negativa da psicofarmacologia, não só não sabendo o que são esses medicamentos como hipervalorizando os efeitos secundários, tais como “efeito zumbi”, aumento do peso e dependência. Neste estudo, aproximadamente ¼ da amostra considera o recurso à psicofarmacologia prejudicial.

Os resultados indiciam ainda, de forma clara, que os jovens desconhecem a utilidade dos medicamentos, eventualmente porque não sabem o que constituem ou ainda suspeitam que estes não impedem o consumo de álcool.¹³⁻¹⁴ Deve-se salientar que esta visão negativa dos medicamentos pode, em alguma medida, potenciar a não adesão ao tratamento quando prescrito por um profissional de saúde.⁸

Verifica-se a valorização de produtos de uso corrente e que não requerem prescrição médica, como os chás e as vitaminas; contudo, não existe evidência empírica da sua eficácia, ainda que esteja associado a estes produtos uma crença generalizada de que podem ajudar a resolver os problemas.¹³⁻¹⁴ Deve-se também salientar que estes produtos são de venda livre, não implicando o contato com um profissional de saúde.

Em termos de intervenções e estratégias de autoajuda, é de realçar o fato de os jovens considerarem que o consumo continuado de álcool, assim como a utilização de tabaco como modo de relaxamento, são prejudiciais e podem agravar o problema existente, como se observa em outros estudos.¹⁴ Existem ainda estudos que apresentam como úteis as intervenções/estratégias que assentam na prática do exercício físico, terapia com um profissional especializado e ainda participação em um grupo de autoajuda.¹³⁻¹⁴ A consulta de um *site* com informação sobre o problema é considerada útil por 3/5 dos participantes.

Estes resultados indicam que um grupo substancial de jovens tem conhecimento daquilo que são as estratégias de autoajuda úteis.¹³⁻¹⁴ Este conhecimento pode ser resultado não só da informação que advém dos contextos educativos/formativos, mas também das ações de sensibilização e

promoção da saúde realizadas no âmbito da saúde escolar, acrescentando-se ainda o *marketing* social realizado por organizações e instituições de advocacia associadas ao alcoolismo.⁸ Ainda assim, um conjunto considerável de indivíduos manifesta desconhecimento em relação à utilidade da generalidade das estratégias, não se sabendo, por isso, se as utilizarão numa situação semelhante, o que se torna preocupante, pois, em fases iniciais do problema, estas estratégias são úteis.

Quanto ao conhecimento e competências para prestar primeira ajuda e apoio aos outros, os jovens elegem a escuta atenta e compreensiva como a atitude de maior utilidade em uma situação de consumo abusivo de álcool, bem como a sugestão de procura e acompanhamento de ajuda profissional, o que está de acordo com as linhas orientadoras da primeira ajuda em saúde mental.

Dizer ao jovem que abusa de álcool para “andar para a frente” ou mantê-lo ocupado para que não pense nos seus problemas são ações consideradas úteis por mais de 50% dos participantes. Este resultado é inquietante, pois, ainda que se incentive a pessoa, a médio-longo prazo, estas estratégias podem ser impeditivas da procura de ajuda.

Perguntar a uma pessoa que abusa de álcool se tem pensamentos suicidas é considerado por cerca de metade dos jovens prejudicial. Este resultado pode ser justificado pelo fato de as pessoas pensarem erradamente que o simples questionamento pode ativar os pensamentos de suicídio.

A última componente, o conhecimento sobre o modo de prevenção das perturbações mentais, é referida na literatura como o campo de estudo na literacia em saúde mental que necessita de mais investimento em termos de investigação.⁸ Ainda assim, os resultados sugerem que os adolescentes e jovens têm a ideia de que é possível prevenir as perturbações mentais, incluindo o abuso de álcool.

As crenças religiosas e espirituais não são consideradas úteis como forma de prevenir as doenças mentais.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo pioneiro, já que não existem estudos que simultaneamente avaliem especificamente este tema, com esta abordagem e utilizando este instrumento, revelam que o nível de literacia em saúde mental dos adolescentes e jovens portugueses acerca do abuso de álcool é moderado na generalidade das suas componentes. Este dado torna-se preocupante quando se sabe que as primeiras experiências de consumo de álcool ocorrem durante a adolescência e juventude, fases de transição significativas no contexto de vida dos indivíduos, em que o corpo se encontra em processo de maturação, podendo ameaçar o desenvolvimento e bem-estar dos indivíduos.

Urge, pois, a necessidade de desenvolver programas com o objetivo de aumentar a literacia em saúde mental dos

adolescentes e jovens, já que são também períodos privilegiados para a aquisição de conhecimentos e adoção de comportamentos que transitam para a idade adulta.

As escolas são os locais privilegiados para a implementação de programas, não só porque são os locais onde os jovens passam a maior parte do tempo e espaços privilegiados para a aquisição de saberes e competências promotoras da saúde. Ainda que a literacia em saúde mental seja um conceito recente, ela implica um conhecimento voltado para a ação em prol da saúde dos jovens e dos seus pares.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Global status report on alcohol 2004. Geneva (SUI): DMHSA; 2004.
2. Currie C, et al. Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen; 2004. [citado 2012 dez. 17]. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/110231/e82923.pdf
3. Feijão F, Lavado E, Calado V. Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas-2011: Grupos etários dos 13 aos 18 anos. ECATD/ESPAD-Portugal/2011. [citado 2012 nov 27]. Disponível em: <<http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Paginas/EstudosConcluidos.aspx>>.
4. Zeigler DW, Wang CC, Yoast RA, Dickinson BD, McCaffree MA, Robinowitz CB, et al. The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. *Prev. med.* 2005 Jan; 40(1): 23-32.
5. Gruber E, DiClemente RJ, Anderson MM, Lodicio M. Early drinking onset and its association with alcohol use and problem behavior in late adolescent. *Prev. med.* 1996 May-June; 25 (3): 293-300.
6. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Alcohol consumption in high school adolescents: frequency of use and dimensional structure of associated problems. *Addiction.* 1996 Mar; 91 (3): 375-90.
7. Barroso T, Barbosa A, Mendes A. Programas de Prevenção do Consumo de Álcool em Jovens Estudantes – Revisão Sistemática. Lisboa (POR): Universidade de Lisboa; 2006.
8. Jorm AF. Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *Am. psychol.* 2012; 67(3): 231-43.
9. Loureiro L, Mendes A, Barroso T, Santos J, Oliveira R, Ferreira R. Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Rev Enf Ref.* 2012 mar; 3(6): 157-66.
10. Jorm AF. Mental Health Literacy: Public knowledge and beliefs about mental health disorders. *Br. j. psychiatr.* 2000 Nov; 177(5): 396-401.

- 11.Reavley NJ, Cvetkovski S, Jorm AF, Lubman DI. Help-seeking for substance use, anxiety and affective disorders among young people: results from the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010 Aug; 44(8): 729-35.
- 12.Rickwood DJ, Deane FP, Wilson CJ, Ciarrochi J. Young people's help-seeking for mental health problems. *Austr. e j. adv. mental health*. 2005 Dec; 4(3): 218-51.
- 13.Jorm AF, Wright A. Beliefs of young people and their parents about the effectiveness of interventions for mental disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007 Aug; 41(8): 656-66.
- 14.Reavley NJ, Jorm AF. Young people's recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011 Oct; 45(10): 890-8.
- 15.Portugal. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: Resumo executivo. Lisboa (POR): Coordenação Nacional para a Saúde Mental; 2008.
- 16.Ministério da Saúde (POR). Programa Nacional de Saúde Escolar. Despacho n.º12.045/2006 (2.ªSérie). Publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de Junho.
- 17.Loureiro L, Pedreiro A, Correia S. Tradução, Adaptação e Validação de um questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (QuALISMental) para Adolescentes e Jovens Portugueses a partir de um Focus Group. *Revista Investigação em Enfermagem*. 2012 fev; (25): 42-8.
- 18.Associação Americana de Psiquiatria. DSM-IV-TR: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. Lisboa (POR): Climepsi; 2006.