

TikTalks

SAÚDE MENTAL NO ENSINO SUPERIOR



MANUAL DE BOAS PRÁTICAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO ENSINO SUPERIOR

COFINANCIADO



O presente manual de boas práticas é desenvolvido no âmbito do projeto TikTalks - Promoção da Saúde Mental no Ensino Superior, projeto, financiado pela Direção Geral de Saúde decorrente do concurso SM-S-20-29 (DGS-S-20-29), tendo sido operacionalizado entre 02/12/2020 e 01/12/2021.

Tendo em consideração o contexto pandémico em que o projeto se materializou, todas as atividades foram, desde a sua concetualização à concretização, desenvolvidas em formato online, por forma a chegar a um maior número de estudantes, alavancando o projeto para nível nacional.

TÍTULO

Manual de Boas Práticas para a Promoção da Saúde Mental no Ensino Superior

ENTIDADE PROMOTORA

Associação Plano i

PROJETO

TIKTALKS - Promoção da Saúde Mental no Ensino Superior

COORDENAÇÃO CIENTÍFICA

Paula Allen

COORDENAÇÃO EXECUTIVA

Ariana Pinto Correia

EQUIPA

Ariana Pinto Correia

Catarina Marques

Vânia Carneiro

FINANCIAMENTO

Direção Geral de Saúde

DESIGN/ILUSTRAÇÃO

Mariana Mattos

COFINANCIADO



ÍNDICE

INTRODUÇÃO	04
ASSOCIAÇÃO PROMOTORA DO PROJETO	06
APRESENTAÇÃO DO PROJETO TIKTALKS	07
PRINCIPAIS ATIVIDADES	09
PRINCIPAIS RESULTADOS	09
PORQUÊ UM MANUAL DE BOAS PRÁTICAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL?	13
CATEGORIAS DO MANUAL	15
ESTIGMA SOBRE SAÚDE MENTAL	16
DEPRESSÃO	19
ANSIEDADE	23
BURNOUT	27
COMPORTAMENTOS DE RISCO	32
GÊNERO	36
VIOLÊNCIA NO NAMORO	40
QUESTÕES LGBTI	46
AUTO CUIDADO	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55

INTRODUÇÃO

Um dos ensinamentos que a pandemia nos trouxe, e que se tornou por demais evidente, é que por mais democrático que seja o seu potencial contágio, o impacto psicossocial, educacional e económico, é amplamente desproporcional, tornando mais visíveis fragilidades previamente existentes e facilitando tantas outras, comprometendo a saúde, nomeadamente a mental.

Os/as estudantes universitários/as, como um grupo heterogéneo e com experiências anteriores e atuais tão diversas, têm calcorreado este período pandémico com particulares exigências. Não obstante se trate de estudantes deslocados/as, de trabalhadores/as estudantes, de estudantes que vivem com uma família violenta, desestruturada ou não apoiante, de estudantes com dificuldades económicas, dificuldades sociais, com perturbações psicológicas prévias que foram amplificadas ou até despoletadas, percebe-se que, no que diz respeito aos serviços de saúde mental dirigidos a este grupo, estes mostram-se manifestamente insuficientes, para suprir as necessidades dos/as estudantes do ensino superior, estudantes estes/as que questionam sobre o seu futuro, a sua carreira, o seu estágio, as recolhas para

as dissertações, as aulas à distância, resvalando tantas vezes para ansiedade, a desesperança, a desmotivação e a negligenciar o auto cuidado.. Outras vezes, tratam-se de perturbações obsessivo-compulsivas ou da ingestão alimentar que se intensificaram à conta do isolamento social, mas também perturbações de humor ou de personalidade e até ideação suicida.

É neste contexto que nasce o projeto TikTalks, para dar respostas específicas a este grupo, privilegiando a promoção da literacia para a saúde mental. Aqui, torna-se de particular relevância perceber as dinâmicas entre diversas categorias que alimentam a saúde mental e aquelas que a fragilizam. Neste sentido, este manual alonga-se entre 9 categorias: Estigma sobre doença mental, Depressão, Ansiedade, Burnout, Comportamentos de risco, Género, Violência no Namoro, questões LGBTI e Autocuidado, tendo-se realizado esta seleção a partir do trabalho desenvolvido ao longo do ano de execução do projeto, incluindo o diagnóstico de necessidades levado a cabo inicialmente, mas também as necessidades percebidas no âmbito da intervenção psicológica individual e grupal, dirigida a estudantes universitários/as e ainda as dúvidas,

as inquietações, o interesse gerado e as partilhas decorridas nas várias atividades desenvolvidas pela equipa técnica, desde workshops e webinars, a campanhas digitais.

Pretende-se, assim, que este manual de boas práticas sirva estudantes do Ensino Superior e profissionais que trabalham numa lógica de proximidade com estes/as, sejam docentes ou outros/as, privilegiando-se a literacia para a saúde mental como promotora da capacidade de identificação de sintomas psicológicos (seus ou de pessoas próximas); do reconhecimento dos fatores protetores e fatores de risco para o desenvolvimento de perturbações mentais e do (auto) reconhecimento da necessidade de apoio especializado e autonomia para procurá-lo (Almeida, 2015). De sublinhar ainda a importância da promoção da literacia para a saúde mental como agregadora do bem-estar, reflexo da autoeficácia, autoestima e autocuidado (OMS, 2013), conceitos estes que podem ser flutuantes face a desafios tão impactantes, como a adaptação ao novo contexto universitário e, por conseguinte, às novas dinâmicas académicas, sociais e familiares (Vara et al., 2017).

De ressaltar que pessoas com baixos níveis de literacia individual tendem a suggestionar a tomada de decisão em relação à saúde mental, facilitando a reprodução de atitudes negativas e estigmatizadas relativas à mesma, sendo que o adiamento da procura do apoio poderá amplificar o desconforto clínico e comprometer o sucesso da intervenção, ou pelo menos dilatar o seu espaço temporal (Furnham & Swami, 2018).

ASSOCIAÇÃO PLANO i

ASSOCIAÇÃO PROMOTORA DO PROJETO



A Associação Plano i, entidade promotora do projeto **TikTalks - Promoção da Saúde Mental no Ensino Superior**, é uma associação não governamental com estatuto de IPSS, criada em 2015 e sediada no Porto. Procura dar respostas concretas a um amplo conjunto de questões sociais atuais, nomeadamente a desigualdade, a discriminação, a violência, a exclusão e a pobreza, apresentando-se assim, como um coletivo empenhado em promover a igualdade através da difusão de discursos e da concretização de práticas de inclusão.

Tendo como referência diferentes pertenças identitárias, tais como o género, a etnia, a nacionalidade, a idade, a orientação sexual e a diversidade funcional, a Associação Plano i visa o desenvolvimento de um projeto social comum que valorize as pessoas naquilo que elas têm de específico: a sua história, o seu percurso e a sua cultura.

Seguidamente apresentaremos o projeto **TikTalks**, projeto no âmbito do qual é redigido este manual de boas práticas, os seus principais objetivos, atividades e resultados (ponto 1). Posteriormente apresentaremos o manual de boas práticas depois de um breve enquadramento da sua necessidade (ponto 2).

O PROJETO:

TIKTALKS -

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO ENSINO SUPERIOR



1. OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS

GERAL:

Promoção da saúde mental de estudantes do Ensino Superior.

ESPECÍFICOS:

Mapear as necessidades do contexto e do público-alvo da intervenção, com vista à construção de uma intervenção adaptada às necessidades existentes;

Apoiar os/as estudantes do ensino superior na resolução adaptativa das tarefas desenvolvimentais subjacentes a este período das suas vidas;

Apoiar os/as jovens no desenvolvimento de estratégias de coping adaptativas no que concerne à vivência da crise pandémica;

Apoiar os/as estudantes no que concerne aos desafios curriculares e ao seu percurso de aprendizagem;

Promover a psicoeducação sobre psicopatologias;

Promover a literacia emocional em estudantes do ensino superior, potenciando as capacidades de identificação, expressão e autorregulação emocional;

Consciencializar para a relação entre comportamentos de risco e saúde mental;

Sensibilizar para o papel do/a psicólogo/a no apoio à adaptação ao contexto do ensino superior e às respetivas exigências;

Contribuir para o conhecimento científico em Portugal, nomeadamente no que diz respeito ao estudo do impacto da vivência da crise pandémica em estudantes do ensino

2. PRINCIPAIS ATIVIDADES DO PROJETO

superior.

- a) Levantamento de necessidades o contexto e do público-alvo;
- b) Intervenção psicológica individual (em formato online);
- c) Intervenção psicológica grupal (em formato online);
- d) Realização de campanhas digitais de promoção da

saúde mental.

- e) Realização de webinars e de workshops;
- f) Criação de um podcast.
- g) Criação de uma aplicação móvel, website e PWA.
- h) Organização de um evento final para apresentação dos resultados.

3. PRINCIPAIS RESULTADOS DO PROJETO

3.1. Atividades desenvolvidas junto de estudantes universitários/as:

O TikTalks desenvolveu ao longo da sua execução, atividades em dois eixos de atuação: i) atividades direcionadas para responder aos desafios desenvolvimentais dos/as estudantes em tempo de pandemia e ii) atividades direcionadas para a promoção da literacia para a saúde mental, tendo-se realizado entre estes, 16 campanhas

digitais, 5 webinars, 5 workshops, bem como a criação de um podcast com o nome do projeto, no âmbito do qual foram gravados 7 episódios com convidados/as vários, entre profissionais de saúde mental, docentes, investigadores/as e técnicos de projetos comunitários. Estas atividades, decorridas integralmente online e totalmente gratuitas, permitiram chegar a 45 500 beneficiários/as, de todo o território nacional.

3. PRINCIPAIS RESULTADOS DO PROJETO

3.2. Serviço de psicologia online - Intervenção individual:

Por todas as razões supra elencadas, mesmo antevendo a procura, esta última excedeu largamente a expectativa, percebendo-se que as principais razões tinham que ver com o facto de ser online, ultrapassando as exigências de segurança em função da pandemia, mas também o facto de ser de fácil acesso, não envolver uma sala de espera e possíveis constrangimentos associados, mas também o facto de ser gratuito, tendo sido necessário encerrar o formulário de pedido de consulta antes do previsto, perfazendo 949 consultas, praticamente o dobro do previsto em sede de candidatura. Assim sendo, atenderam-se 154 utentes, sobretudo do sexo feminino - 86.4%, 50% estudantes de licenciatura e 26% de mestrado, mais de metade entre os 20 e os 24 anos (55%), 10.4% entre os 18 e os 19 e 13.4% com mais de 30 anos, estudantes sobretudo da Universidade (ou Politécnico) de Lisboa (29.9%), da Universidade (ou Politécnico) do Porto (20.1%), da Universidade do Minho (12.3%) e da Universidade da Beira Interior (5.2%). As áreas de estudo são muito diversas, mas destacam-se as Ciências Sociais e Humanas (31.2%), seguido das Ciências Biológicas e da Saúde (19.5%), Artes e Arquitetura (9.7%), Ciências Exatas (7.8%), Hotelaria e Turismo (5.2%), Línguas e Humanidades (4.5%) e Gestão e Marketing (2.6%).

Para a avaliação de eficácia da intervenção individual, passou-se aos/ às utentes, antes e após a intervenção, o Inventário de Saúde Mental (Veit & Ware, 1983), validado para a população portuguesa por Pais Ribeiro

(2001), tendo-se verificado uma evolução positiva média total de 20 pontos (0-100), ao longo das cinco dimensões do instrumento - Afeto Positivo e Laços Emocionais, e na medida inversa as dimensões Depressão, Falta de Controlo e Ansiedade.

3.3. Serviço de psicologia online - Intervenção grupal:

A intervenção grupal decorreu entre setembro e outubro de 2021, durante 5 sessões de 90 minutos cada. A organização e planificação respondeu às necessidades expressas pelos/as utentes na intervenção individual, tendo-se selecionado entre estas, 14 pessoas para integrar o grupo, que teve como objetivo primordial a promoção de competências pessoais e sociais, com enfoque na literacia e regulação emocional, medos, comunicação positiva e auto estima e auto aceitação.

Para perceber a avaliação de eficácia da intervenção grupal, recorreu-se pelas suas características, ao OQ-45, instrumento de autorrelato, utilizado comumente para monitorizar os resultados em psicoterapia. A evolução foi positiva, na ordem dos 18 pontos percentuais, com destaque para a diminuição da sintomatologia ansiosa, pensamentos intrusivos, preocupação constante e culpabilização. Também o item sobre a ideação suicida apresentou uma diminuição, sendo óbvios os ganhos do grupo, além do mensurável, como a identificação, a criação de um espaço seguro e de partilha, com uma assiduidade excelente e sem drop outs.

3. PRINCIPAIS RESULTADOS DO PROJETO

3.4. Criação do podcast TikTalks:

Uma vez que a procura do serviço de apoio psicológico online excedeu a expectativa e houve, inclusivamente, a necessidade de encerrar o formulário de pedido de consulta, face à impossibilidade da equipa técnica dar resposta a todos os pedidos, foi criado um podcast, com o objetivo de desenvolver junto de especialistas, os tópicos mais abordados em consulta, bem como dar resposta a dúvidas no quadrante da saúde mental, percebidos em sede de workshops e webinars onde a equipa técnica participou. Para o efeito convidaram-se investigadores/as, profissionais de saúde mental, docentes do Ensino Superior, com experiência em áreas como a violência no namoro, questões LGBTI, Comportamentos Auto Lesivos, Ansiedade, Lutos, Perturbação do Espectro do Autismo e Comportamentos de Risco.

- Episódio 01 - Violência no namoro em contexto universitário. Convidada: Professora Doutora Sofia Neves;
- Episódio 02 - Questões LGBTI e o impacto da pandemia da covid-19. Convidado: Dr. Tiago Castro;
- Episódio 03 - Comportamentos Auto Lesivos. Convidado: Dr. Diogo Carreiras;
- Episódio 04 - Ansiedade no ensino superior. Convidado: Professor Doutor Francisco Machado;

- Episódio 05 - Saúde mental e os desafios dos lutos. Convidada: Dra. Patrícia Ruivo.
- Episódio 06 - Perturbação do espectro do autismo no ensino superior. Convidado: Doutor Pedro Rodrigues;
- Episódio 07 - Comportamentos de risco em contexto universitário. Convidada: Dra. Ana Leite.

3.5. Criação da aplicação, website e PWA (progressive web app):

A construção e criação da APP/PWA/website tomaram forma com o envolvimento da equipa técnica do projeto e recurso a três pessoas externas que materializaram a ideia técnica pré-concebida. Contamos com a ajuda de uma ilustradora - Mariana Mattos, um programador - Filipe Alves e um webdesigner - Mário Ferreira.

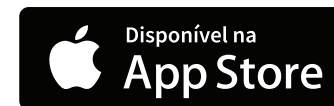
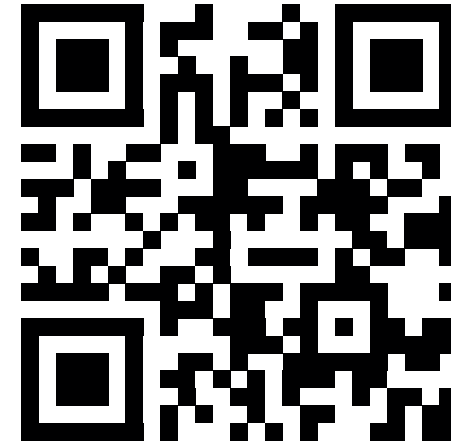
A APP/PWA e website têm como objetivo aumentar a literacia em saúde mental nos e nas estudantes do ensino superior. Nestas ferramentas, encontramos algumas atividades que favorecem esta literacia como Mitos e Verdades, Reflexões, Podcast e Biblioteca. Em cada uma destas atividades, encontramos subcategorias: Estigma sobre doença mental, Depressão, Ansiedade, Burnout, Comportamentos de risco, Género, Violência no Namoro, questões LGBTI e Autocuidado.

3. PRINCIPAIS RESULTADOS DO PROJETO

Na atividade de mitos e verdades, a pessoa utilizadora tem acesso a questões interativas que a permitem aprender mais sobre cada uma das categorias; já nas reflexões, a pessoa utilizadora tem acesso a questões/frases que a podem ser facilitadoras de insight e colocar em perspetiva alguns cenários; o podcast, conta com convidados/as especialistas sobre as temáticas que conversam informalmente e promovem conhecimento na área da saúde mental. Por fim, a biblioteca conta com recomendações de livros e filmes para a pessoa utilizadora explorar mais sobre a temática, se assim entender.

WEBSITE:

<https://tiktalks.pt/>



PORQUÊ:

UM MANUAL DE BOAS PRÁTICAS PARA A SAÚDE MENTAL NO ENSINO SUPERIOR?



Segundo dados da Direção-Geral da Saúde (2017), Portugal é um dos países europeus que apresenta maior prevalência de doença mental mais elevada, salientando a predominância das perturbações depressivas e ansiogénicas. Ademais, o Relatório do Conselho da Saúde (2019) revelou que as perturbações do foro mental têm uma prevalência no nosso país de 22.9%, ocupando Portugal o segundo lugar de países europeus onde existem mais casos de perturbação mental entre os/as habitantes.

Sendo o início da idade adulta um período de risco para o surgimento de sintomas depressivos (Antunes et al., 2018), esta é também a fase onde a maioria dos/as jovens tende a frequentar o ensino superior (Cunha, 2017), podendo este facto contribuir significativamente para o aumento de dificuldades psicológicas (Megivern et al., 2003; Rodríguez et al., 2013; Verger et al., 2009). Ademais, através do Inquérito sobre o Estigma em Saúde Mental (2019), verificou-se que 42.7% (n= 1.092) dos/as estudantes do ensino superior em Portugal, a dado momento da sua vida, já tinham experienciado um quadro clínico significativo, sendo que

PORQUÊ:

16.8% dos/as inquiridos/as tinham já sido diagnosticados/as com alguma doença do foro mental e 51.1% revelaram ter amigos/as diagnosticados/as com alguma perturbação mental.

De acordo com um inquérito recentemente conduzido pela Associação de Estudantes da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (2021), 90% dos/as estudantes (N=483) afirmaram que o confinamento provocado pela pandemia de covid-19 teve um efeito negativo na sua saúde mental. Entre os principais sinais desses efeitos negativos, destacam-se a desmotivação, referida por 85% dos estudantes, a ansiedade (72%), o stress (63%) e as perturbações de sono (56%). No que diz respeito ao apoio psicológico, 80% dos/as estudantes inquiridos/as, consideram que a própria faculdade não assegura esse apoio. Estes dados vão de encontro a um outro estudo, desta vez realizado pelas Associações e Federações Académicas (2021), com o objetivo de avaliar o Impacto da Covid-19 nos/as estudantes do Ensino Superior, a partir de um universo de 4013 respostas. Assim, 57.9% dos/as estudantes inquiridos/as afirmaram que a sua saúde mental piorou comparativamente com o período pré-pandemia, sendo que 38% indica que interferiu no seu desempenho académico e 28% teve necessidade de tomar medicação, quase metade (47%) sem prescrição médica. Não obstante, entre os/as estes inquiridos/as, apenas 18.9% dos/as estudantes procurou ajuda especializada, justificando-se a parca procura com motivos económico (22.6%), 17,5% por vergonha, 10,3% por não saber onde recorrer, tendo na maior parte dos casos lidado com a situação sozinhos/as ou com recurso às suas redes de suporte. De

sublinhar que neste contexto, 42% dos/as estudantes, já ponderaram desistir do Ensino Superior.

Embora a realidade pandémica tenha constrangido a vida de todos/as, este impacto foi desproporcional, tornando visíveis e, até adensando, vulnerabilidades previamente existentes. Os/as estudantes universitários/as não foram exceção, pelo que também eles/as tiveram experiências comuns, como o ensino à distância e a privação do contacto social, mas tantas outras experiências impostas pela pandemia, não foram partilhadas por todos/as, como o regresso à casa de família, o que obrigou a redefinição de dinâmicas, especialmente quando estamos perante contextos violentos e/ou não apoiantes. Também os cuidados decorrentes da realidade pandémica como fatores precipitantes de perturbações de ansiedade, perturbações depressivas, sintomatologia associada à Síndrome de Burnout, diminuição do rendimento académico e diminuição do autoconceito, que retroalimentam este ciclo de desconforto, por vezes de sofrimento clínico e até de ideação suicida. De sublinhar ainda a violência no namoro, as questões LGBTI e de género e os comportamentos de risco como altamente impactantes na saúde mental dos/as estudantes, tanto que os trouxemos para este manual, por forma a visibilizar a multiplicidade de dinâmicas, identidades, estares e sentires.

PORQUÊ:

Seguidamente apresentar-se-á cada uma das categorias, que serão caracterizadas e contextualizadas no domínio da saúde mental, somando-se alguns dos mais prementes dados que auxiliarão na compreensão. Através da dinâmica **“Mito ou Realidade?”**, pretende-se promover conteúdos teórico-práticos sobre cada uma das categorias, engajando os/as leitores/as naquele que é o mais basilar objetivo deste manual, promover conhecimento sobre a saúde mental.

1. Estigma sobre doença mental,
2. Depressão,
3. Ansiedade,
4. Burnout,
5. Comportamentos de risco,
6. Género,
7. Violência no Namoro,
8. Questões LGBTI
9. Auto cuidado

ESTiGMA SOBRE DOENÇA MENTAL



COFINANCIADO



Programa Nacional
para a Saúde Mental

ESTIGMA SOBRE DOENÇA MENTAL



A literacia em saúde é definida como a capacidade individual que cada indivíduo tem para aceder, comunicar, compreender, gerir, refletir e tomar decisões relativas à saúde, podendo desempenhar um papel premente e fundamental na manutenção da condição de saúde. O acesso a informação relevante e a compreensão da mesma influencia diretamente a saúde das pessoas, a segurança das mesmas e a melhoria nos serviços de saúde (OPP, 2015).

A literacia em saúde mental necessita de ser também difundida com intuito de dar estratégias às pessoas para que reconheçam, giram e previnam a doença mental (OPP, 2015).

Vários estudos revelam que Portugal apresenta uma prevalência elevada de baixa literacia em saúde (Cunha, et al. 2014; Espanha, et al. 2015; Pedro, et al. 2016; Saboga-Nunes, et al. 2014; Serrão, et al. 2015; Veiga & Serrão, 2016 as cited in Carneiro, 2017).

A baixa literacia em saúde poderá também explicar a existência de estigma e discriminação relacionada com a doença mental.

O estigma associado à doença mental apresenta várias consequências negativas, como a falta de procura de ajuda, o retardar deste pedido e do tratamento da doença mental,

assim como na recuperação da mesma (Cunha, 2020).

Este estigma, relacionado com a doença mental, é baseado em preconceitos e que isola as pessoas que padeçam de uma doença mental. Segundo a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, em Portugal, mais de um quinto da população sofre de alguma perturbação psiquiátrica (22,9%), sendo também o segundo país da Europa que maior prevalência de doença mental apresenta; é de referir ainda que, apenas um quarto das pessoas com doença mental recebe tratamento e só 10% têm tratamento considerado adequado.

MITO OU VERDADE?

A doença mental não é uma verdadeira doença médica.

MITO

Muitas vezes a doença mental poderá não ser tida em conta como uma doença realmente médica devido ao estigma que existe em torno da mesma. É de referir ainda que este estigma evidencia também problemas no que concerne ao acesso a seguros de saúde que cubram estes tratamentos (First, 2020).

“PROCURAR AJUDA É UM ATO DE CORAGEM, SABIAS?”

ESTiGMA SOBRE DOENÇA MENTAL



A literacia em saúde é preditora de melhor prevenção da doença.

VERDADE

O acesso a informação relevante e a compreensão da mesma influencia diretamente a saúde das pessoas, a segurança das mesmas e a melhoria nos serviços de saúde (OPP, 2015).

As pessoas que sofrem de uma doença mental sofrem, muitas vezes, de discriminação.

VERDADE

Não raras vezes, as pessoas que sofrem de uma doença mental, sofrem também de discriminação e são, também muitas vezes, culpabilizadas sobre o seu estado de saúde. O sistema de crenças da sociedade em relação à saúde mental torna persistente a estigmatização (Associação de Apoio aos doentes depressivos e bipolares, 2015).

Sensibilizar a comunidade para a saúde mental é relevante no pedido de ajuda.

VERDADE

A literacia em saúde é definida como a capacidade

individual que cada indivíduo tem para aceder, comunicar, compreender, gerir, refletir e tomar decisões relativas à saúde, podendo desempenhar um papel premente e fundamental na manutenção da condição de saúde. Estar atento/a aos primeiros sintomas permite intervir de forma prematura nas questões relacionadas com a saúde mental (OPP, 2015).

Portugal é um dos países da Europa com maior prevalência de doença mental.

VERDADE

Segundo a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (n.d.), Portugal é o segundo país na Europa com maior prevalência de doença mental, sendo apenas ultrapassado pela Irlanda do Norte.

Não devo falar com ninguém sobre o meu desconforto emocional ou vão chamar-me “maluco/a”.

MITO

O sistema de crenças relacionado com a saúde mental fomenta o preconceito, discriminação e estigma. É fundamental procurar ajuda especializada e compreender que desconfortos emocionais são naturais e fazem parte do quotidiano de cada um/a de nós (Associação de Apoio aos doentes depressivos e bipolares, 2015).

DEPRESSÃO



COFINANCIADO



Programa Nacional
para a Saúde Mental

DEPRESSÃO

Os problemas de saúde mental dos/as estudantes universitários/as representam um problema de saúde pública, uma vez que, as suas repercussões têm implicações quer ao nível individual, onde os/as estudantes universitários/as deparam-se com um comprometimento ao nível do funcionamento físico, emocional, cognitivo e académico, quer ao nível institucional, onde as instituições são confrontadas com novos desafios, ao nível da promoção do sucesso académico, abandono escolar e acompanhamento psicológico (Santos et al., 2010; Vaez e Laflamm, 2008; Stanley e Manthorpe, 2001).

Diante das perturbações psicológicas mais comuns nos/as estudantes universitários/as destacasse a depressão (Costa et al., 2010). A depressão é uma perturbação mental, habitualmente multifatorial, persistente, que afeta negativamente a forma como a pessoa se sente, pensa e age, tendo subjacente um sofrimento intenso e profundo, que, em última instância, pode ser indutor de suicídio (Afonso, 2004; Judith, 2011).

Ainda que a depressão se possa manifestar de forma completamente distinta de pessoa para pessoa, existem alguns sinais e sintomas comuns: humor deprimido, perda do interesse e incapacidade para sentir prazer,

diminuição da energia e cansaço fácil, falta de atenção e concentração, incapacidade para tomar decisões, ideias de culpa ou de inutilidade, baixa autoestima, ideias pessimistas quanto ao futuro, diminuição do apetite e perda de peso ou aumento do apetite e do peso, alterações do sono e ideias de autoagressão ou suicídio (Afonso, 2004; Judith, 2011). No caso dos/as estudantes, em particular, podem ainda estar presentes sentimentos de desvalorização e desmotivação académica e, conseqüentemente, declínio do rendimento académico (Costa et al., 2010). A depressão não é sinal de fracasso, nem falta de força de vontade, mas sim, um estado de humor duradouro que envolve tristeza, desespero e desesperança, que interfere com a capacidade de aproveitar as coisas boas da vida, nos deixa sem energia e motivação, ameaça a nossa integridade física e pode-nos fazer ter vontade de desistir de viver (Judith, 2011). Embora existam estratégias que nos possam auxiliar a sentirmo-nos melhor (e.g: adotar um estilo de vida saudável, realizar atividades prazerosas, expressar emoções, falar com pessoas das quais confiamos), é extremamente importante procurar ajuda especializada (Afonso, 2004; Judith, 2011). Quanto mais cedo for esse pedido de ajuda, melhor o prognóstico. A depressão se não for tratada, pode evoluir e agravar-se.



DEPRESSÃO



MITO OU VERDADE?

A sintomatologia depressiva pode-se manifestar de forma completamente diferente de pessoa para pessoa.

VERDADE

A depressão pode-se manifestar de forma completamente diferente de pessoa para pessoa, significando que, apesar da doença ser a mesma numa perspetiva meramente biológica, a forma de apresentação do quadro clínico, pode variar bastante de pessoa para pessoa. Em medicina, cada doente é um caso único, na forma como adoece, embora o seu estado possa apresentar alguns (não obrigatoriamente todos os) sintomas habitualmente descritos para determinada patologia. No caso das doenças mentais, essa individualização é ainda maior, uma vez que, por detrás de cada pessoa existe um passado biográfico, uma cultura, uma linguagem e uma forma muito própria de exprimir e apresentar os seus sentimentos e emoções (Afonso, 2004).

Sentir-me triste significa que estou deprimido/a.

MITO

Ao longo da vida é natural experiencarmos o sentimento de tristeza. No entanto, este é um sentimento de curta duração, normalmente transitório, diferente do da depressão, que tende a ser mais profundo, prolongado e transversal. Assim, características como: duração, intensidade e causas são fundamentais para diferenciar a tristeza da depressão (Afonso, 2004).

Uma intervenção precoce permite alcançar um melhor prognóstico.

VERDADE

Sendo a depressão uma doença complexa e multifatorial, é natural que haja vários fatores a condicionar o seu prognóstico (Santos et al., 2010; Vaez & Laflamm, 2008; Stanley & Manthorpe, 2001). Contudo, uma intervenção o mais precoce possível permite alcançar um melhor prognóstico.

DEPRESSÃO

A depressão desaparece sem tratamento especializado.

MITO

A depressão não desaparece sem tratamento especializado, esta requer a necessidade de profissionais especializados na área da saúde mental, quer seja para o seu diagnóstico, quer seja para o seu tratamento (Afonso, 2004; Judith, 2011).

A depressão é uma das principais causas de suicídio.

VERDADE

Apesar do suicídio ser multifatorial, a maioria dos casos encontra-se associado a perturbações mentais, entre as quais, se destaca a depressão. Em casos de depressão as tentativas ou pensamentos autodestrutivos tendem a aparecer, daí ser extremamente importante a procura de ajuda especializada. É de salientar que, alguém que sofre de depressão não deseja colocar fim à própria vida, mas sim, acabar com o sofrimento que está a sentir (Afonso, 2004; Judith, 2011).



Quem está deprimido/a está sempre triste e a chorar.

MITO

As alterações de humor apesar de serem um dos sinais relacionados com a depressão, não é regra que a pessoa com depressão deva estar sempre triste, a chorar ou desanimada. Por vezes, a depressão pode estar “camuflada” por sorrisos, que escondem sentimentos como o vazio e a tristeza interna, muitas das vezes, associados ao medo e à vergonha de julgamentos sociais (Afonso, 2004; Judith, 2011).

“TU ÉS A TUA CASA.
JÁ LIMPASTE O SÓTÃO?”

ANSIEDADE



COFINANCIADO



Programa Nacional
para a Saúde Mental

ANSIEDADE

A ansiedade é uma reação normal ao stress do dia-a-dia. É natural e comum as pessoas sentirem-se ansiosas e isso até pode ser encarado como algo positivo e útil, na medida em que nos deixa num estado de alerta e de grande foco atencional. Contudo, quando a ansiedade é demasiado intensa, prolongada e tem impacto significativo negativo no nosso dia-a-dia, poderá, nesses casos, ser revelador de um problema de Saúde Psicológica (Graziani, 2005).

Existem diversas perturbações de ansiedade, são exemplos: as fobias, os ataques de pânico, a perturbação de ansiedade generalizada, o stress pós-traumático, entre outras (Graziani, 2005). Todas têm em comum um sentimento intenso de ansiedade, que se prolonga durante meses e constituem a perturbação psiquiátrica mais frequente.

Segundo a Sociedade Portuguesa Psiquiatria Saúde Mental (2016), Portugal é o segundo país com a prevalência mais elevada de doenças psiquiátricas da Europa, sendo que as perturbações de ansiedade são as que apresentam uma prevalência mais elevada (16,5%), seguidas pelas perturbações do humor, com uma prevalência de 7,9%.

A ansiedade pode ser definida como uma emoção desagradável que sentimos quando algo nos assusta ou inquieta. É, portanto, uma sensação de preocupação,

nervosismo ou receio do que poderá vir acontecer (David & Aaron, 2014; Dymand-Kannis & Carter, 2016; Graziani, 2005; Robert, 2012).

Esta tem subjacente diferentes formas de manifestação, que dependem de situação para situação e de pessoa para pessoa e os seus sintomas podem surgir de forma gradual ou progressiva, a nível corporal/físico, mental/psicológico e/ou comportamental (David & Aaron, 2014; Dymand-Kannis & Carter, 2016; Graziani, 2005; Robert, 2012). A nível corporal/físico são exemplos os seguintes sinais de alerta: tremores, ritmo/batimento cardíaco acelerado, palpitações, aperto no peito, falta de ar, tonturas ou fraqueza, tensão muscular, boca seca, dor de barriga e dor de cabeça; a nível mental/psicológico pode-se manifestar sob a forma crenças, pensamentos, ideias, imagens relacionadas com possíveis perigos presentes ou futuros; e a nível comportamental pode-se manifestar através de: evitamento de pessoas, locais ou situações, dificuldades em dormir e em relaxar, carência ou excesso de apetite, sentimentos de irritabilidade, de falta de concentração, entre outros (David & Aaron, 2014; Dymand-Kannis & Carter, 2016; Graziani, 2005; Robert, 2012).



ANSIEDADE

São várias as estratégias que existem para fazer face à ansiedade, contudo, é extremamente importante compreendermos que não existem estratégias que funcionem de igual forma para todas as pessoas. Devemos procurar encontrar quais estratégias que melhor se ajustam a cada um de nós, sendo que estas podem passar por: praticar desporto ou fazer exercício físico, incutir na rotina diária atividades prazerosas, ter rotinas de sono e hábitos alimentares saudáveis, recompensar quando atingimos um determinado objetivo; falar com familiares e/ou outras pessoas significativas nas quais depositamos confiança; construir uma lista de tarefas de coping adaptativas; dedicar tempo a momentos de relaxamento (e.g: meditação, yoga, técnicas de relaxamento, técnicas de respiração, entre outras) (David & Aaron, 2014; Dymand-Kannis & Carter, 2016; Robert, 2012).

“ABRAÇA O QUE O
TEU CORPO TE DIZ”

MITO OU VERDADE?

A ansiedade é uma emoção que está presente na vida de todas as pessoas e pode ser encarada como sendo útil.

VERDADE

A ansiedade é uma emoção que está presente na vida de todas as pessoas e é caracterizada por sentimentos de tensão, preocupação e insegurança. Esta pode ser útil, na medida em que potencia a identificação de situações de perigo e permite uma melhor preparação para as enfrentar. Quando bem controlada, atua sobretudo como estimulante, contribuindo, assim, para um estado de alerta (Dymand-Kannis & Carter, 2016).

Não existe qualquer associação entre ansiedade e comportamentos de risco.

MITO

Níveis superiores de ansiedade estão associados a diversos comportamentos de risco, como por exemplo: maior consumo de tabaco e de álcool. Além disso, pessoas com ansiedade severa tendem a apresentar um maior consumo de outras drogas, piores hábitos alimentares e mais inatividade física (David & Aaron, 2014).



ANSIEDADE

As técnicas de respiração e relaxamento podem ser um auxílio na redução da sintomatologia ansiosa.

VERDADE

Existem várias estratégias para fazer face à ansiedade. Contudo, é extremamente importante compreender que não existem estratégias que funcionem de igual forma para todas as pessoas. A prática de exercício físico, as técnicas de respiração e relaxamento, bem como, a prática de atividades prazerosas, são exemplos de estratégias fisiológicas, que potenciam o bem-estar, reduzem o stress e a ansiedade (Dymand-Kannis & Carter, 2016).

Medo e ansiedade são sinónimos.

MITO

Os conceitos medo e ansiedade são frequentemente usados como intercambiais, mas não são sinónimos. Ansiedade e medo são estados diferentes, embora se sobreponham. O medo consiste numa avaliação básica e automática de perigo ou ameaça. É, portanto, uma resposta emocional perante um risco ou uma ameaça real ou imaginária; A ansiedade é um estado mais duradouro de ameaça ou apreensão na qual está presente o medo,

mas também a crença associada de que certas situações ou coisas são incontrolláveis ou incertas (Dymand-Kannis & Carter, 2016).

Os sinais de alerta relacionados com a ansiedade podem-se manifestar de diferentes formas, dependendo de cada situação e da própria pessoa.

VERDADE

A ansiedade pode significar coisas diferentes para pessoas diferentes, no que respeita à forma como é sentida, mostrada e gerida (David & Aaron, 2014).

Os problemas relacionados com a ansiedade são sempre resultado de uma causa única.

MITO

Em regra geral, os problemas relacionados com ansiedade não têm uma causa única, mas são resultado de uma combinação de fatores, podendo ser endógenos e exógenos. Os fatores endógenos (internos) estão associados a questões biológicas, à própria herança genética (hereditária) da pessoa ou a alterações do organismo; Os fatores exógenos (externos) encontram-se

ligados aos eventos que vão ocorrendo ao longo da vida e que podem ser de ordem pessoal, familiar, relacional, profissional e/ou social (Graziani, 2005).



BURNOUT



COFINANCIADO



Programa Nacional
para a Saúde Mental

BURNOUT

Embora a síndrome de Burnout tenha sido inicialmente associada a profissões de saúde, expostos diariamente a situações de elevado stress, atualmente o conceito pulverizou-se para outras áreas, como o domínio académico. Assim, o Burnout académico, manifesta-se através de um elevado nível exaustão emocional, elevada descrença relativamente à utilidade dos estudos e elevada ineficácia académica, resultado complexo (motivacional, cognitivo, emocional e comportamental) de um processo de acumulação de stress crónico e que se desenvolve devido às particularidades do contexto académico. Aqui, a síndrome é potenciada por fatores como a falta de apoio financeiro, relações negativas entre estudantes e docentes, falta de rede de suporte, excessiva competitividade académica, conflitualidade entre colegas e a não participação em atividades extracurriculares (Caballero et al., 2015; Marôco et al., 2020).

As manifestações de Burnout ocorrem sobretudo em 3 níveis:

i) Ao nível emocional destaca-se a tristeza, apatia, frustração, perda de prazer e motivação em tarefas outrora prazerosas, aborrecimento, desesperança, ansiedade, baixa auto estima, irritabilidade, labilidade emocional e isolamento;

ii) Ao nível cognitivo, destaque para a dificuldade na concentração, atenção, memória, diminuição da criatividade e produtividade. Ainda hipervigilância e pensamentos persistentes relativamente às tarefas por desenvolver (dificuldade em desligar). Estas manifestações têm impacto na motivação, no desempenho e auto eficácia, com quebra no desempenho.

iii) No que diz respeito ao nível físico, as manifestações encontram-se sobretudo relacionadas com a ansiedade, como tonturas, falta de ar, taquicardia, enxaquecas, astenia, problemas gastrointestinais, sudorese, tensão arterial alta, tensão muscular, distúrbios de sono e de apetite e fragilização da resposta imunitária. Ainda disfunções sexuais e alterações do ciclo sexual.

A conjugação de algumas destas manifestações traz um sofrimento profundo que pode levar a perturbações de humor, nomeadamente depressão e à automedicação, consumos de álcool e outras substâncias, absentismo, baixa médica, abandono escolar, constringendo a saúde mental e física e, sobretudo, o bem estar da pessoa, sendo necessário acompanhamento profissional e especializado.

As estratégias de coping são dos recursos mais eficazes para combater o burnout, podendo-se desdobrar em



“PERMITE-TE
FALHAR”

BURNOUT

estratégias de coping centradas no problema e estratégias de coping centradas nas emoções. As primeiras requerem uma reflexão sobre - Como cheguei aqui? Que fatores estão a contribuir para que me sinta assim? – podendo passar por organizar, planificar e ajustar horários, tarefas e atividades, não descurando o descanso ativo, o auto cuidado e o suporte familiar e social. De sublinhar que se deve desacelerar ou mesmo parar sem sentir culpa e que não deve haver lugar a constrangimentos para pedir ajuda. No que diz respeito às segundas - estratégias de coping centradas nas emoções - deve-se refletir profundamente sobre quais as emoções negativas sentidas e perceber qual a sua origem e o que as facilita, para forma a reconhecê-las, assinalá-las e ajustá-las a uma forma adaptativa, sendo sempre aconselhável o recurso a um profissional de saúde mental.

MITO OU VERDADE?

A síndrome de Burnout é caracterizada por 3 dimensões: exaustão emocional, descrença e redução da realização pessoal.

VERDADE

A síndrome de Burnout trata-se de uma resposta prolongada a fatores stressores e é composta por 3 dimensões:

- i) Exaustão emocional, que diz respeito a uma esgotamento de recursos humanos emocionais e psicológicos, traduzindo-se na falta de energia, não conseguindo dar resposta às tarefas do quotidiano;
- ii) A descrença, que diz respeito a um distanciamento afetivo ou indiferença emocional em relação às outras pessoas, como colegas de faculdade ou de trabalho, produto de uma falta de interesse e consequente desinvestimento no curso, no trabalho ou na carreira;
- iii) A redução de realização pessoal está diretamente relacionada com as dimensões anteriores, associando-se a uma diminuição da competência e auto eficácia e, por conseguinte, da motivação e interesse (Jordani et al., 2012; Marôco & Tecedor, 2009).



BURNOUT



O síndrome de burnout ocorre apenas em contexto profissional, sobretudo em profissionais que executam serviços ou tarefas de apoio a outras pessoas.

MITO

O termo Burnout significa “Queimar até ao fim”, pelo que foi inicialmente associado a profissões particularmente exigentes, como profissionais de medicina ou enfermagem, especialmente em unidades de cuidados intensivos, mas também psicólogos/as e advogados/as. Mais tarde foi também associado a contextos familiares, no caso das pessoas cuidadoras informais e também à esfera parental (Roskam et al., 2021).

Quando associado ao contexto universitário falamos de burnout académico, com potencial de impacto severo na saúde física e mental destes/as estudantes, nomeadamente baixo desempenho cognitivo, sintomatologia depressiva, perceção de menor autoeficácia, diminuição do desempenho académico, absentismo e, potencialmente, abandono escolar, podendo levar ao fracasso na conclusão do seu ciclo de estudos e a entrada no mercado de trabalho (Marôco & Assunção, 2020).

O envolvimento académico é um fator protetor da Síndrome de Burnout.

VERDADE

O envolvimento académico contribui para sentimentos mais positivos face à instituição de ensino, corpo docente e colegas, bem como uma maior motivação para desenvolver competências e enfrentar novos desafios, promovendo a autoeficácia e, conseqüentemente, diminuindo a taxa de absentismo escolar, funcionando assim como um fator protetor da burnout (Maroco & Assunção, 2020).

De acordo com um estudo desenvolvido em 2020, metade dos/as estudantes do Ensino Superior desenvolveram sintomatologia compatível com Burnout.

VERDADE

O estudo, da autoria de João Marôco e Hugo Assunção (2020), investigadores do Instituto Superior de Psicologia Aplicada, contou com 1066 inquiridos a estudantes universitários, mostrando que 52% das pessoas inquiridas estão exaustas. De sublinhar que no mesmo estudo,

BURNOUT

um em cada três estudantes indicou tomar medicação, sobretudo para a redução de ansiedade, dificuldade em dormir, sintomatologia depressiva, problemas de sono e sintomas de depressão (Marôco & Assunção, 2020).

Apenas variáveis individuais são preditoras da síndrome de burnout.

MITO

Além das variáveis individuais, onde se distinguem: Não ter uma rotina de estudo, a dificuldade na planificação do seu tempo, falta de autonomia e tendência para desenvolver ansiedade durante o período de avaliações, estão também presentes outras variáveis que poderão facilitar o desenvolvimento da síndrome de burnout, especificamente variáveis académicas e sociais. Aqui, destaque para a perceção, ou real falta de suporte e/ou orientação por parte do corpo docente e/ou grupos de trabalho e/ou inflexibilidade dos/as docentes com a calendarização ou avaliação curricular. Ainda a pressão orientada para os resultados e a competitividade intra e interturmas e cursos (Alarcon et al., 2011; Caballero & Bresó, 2015).



A prevenção da Síndrome de Burnout passa sobretudo pela organização e planificação das tarefas/ atividades?

FALSO

A prevenção da burnout passa por estratégias individuais, organizacionais e combinadas. No que diz respeito às primeiras, destaque para a eliminação ou redução de fontes indutoras de stress, a promoção da assertividade, proatividade e gestão eficaz do tempo, onde a planificação, mas também o autocuidado como o sono, uma alimentação equilibrada e o descanso ativo têm destaque, mas também pelo recurso a redes de apoio, seja família, amigos/as ou colegas. No que diz respeito às estratégias organizacionais, destaque para a comunicação horizontal e positiva, resolução de conflitos proativa, relação positiva entre os/as trabalhadores/as e estes/as e chefias, condições de trabalho adequadas e valorização das pessoas (Espada, 2009; Spindola & Martins, 2007).

COMPORTAMENTOS DE RISCO



COFINANCIADO



Programa Nacional
para a Saúde Mental

COMPORTAMENTOS DE RISCO



O ingresso no ensino superior é caracterizado por mudanças a vários níveis e para as quais, não raramente, os/as estudantes não estão preparados/as. Este é um período de desenvolvimento de adultez emergente, em que existe uma dualidade entre o ser jovem e o ser adulto/a. O processo de adaptação ao ensino superior é fulcral na medida em que define a plasticidade ou não nesta adaptação (fatores negativos e/ou positivos), determinando o (in)sucesso escolar. A entrada no ensino superior é também associada a um possível afastamento da supervisão parental e, não raras vezes, existe adoção de comportamentos de risco para a saúde global.

Os comportamentos de risco mais frequentes para este grupo são o consumo de substâncias (álcool, drogas, tabaco), não descurando também a existência de influência na saúde por parte de uma alimentação não-saudável ou não prática de exercício físico. O consumo de substâncias no ensino superior pode ser explicado por diversos fatores: pressão social e pessoal e procura de desinibição que facilite a adaptação e o sentimento de pertença. A prática de comportamentos de risco como o consumo de substâncias, muitas vezes, acaba por despoletar outro tipo de comportamentos de risco: é o caso de comportamentos de risco sexuais. (e.g. abuso de álcool e prática de relações

sexuais não protegidas).

Apesar da luta contra o estigma relativamente ao HIV, a literatura (Grilo et al.) tem-nos mostrado que os adultos emergentes são um grupo especialmente vulnerável no que concerne à saúde sexual e reprodutiva por várias razões: envolvimento afetivo e interpessoal, por vezes precoce, e pelos riscos ligados à atividade sexual.

Mais se acrescenta que uma alimentação saudável e prática de exercício físico são determinantes como fatores protetores da saúde, não só mental, mas geral. Sendo também um facilitador de aquisição de estratégias para lutar contra alguns desconfortos (e.g. ansiedade).

MITO OU VERDADE?

O aumento do consumo de substâncias pelos/as estudantes do ensino superior é preocupante.

VERDADE

O consumo excessivo de álcool está associado a consequências negativas, entre elas, a depressão. É de referir que esta substância está também correlacionada com estados ansiosos (Sarmiento, 2013).

COMPORTAMENTOS DE RISCO



Não fazer exercício físico é um comportamento de risco.

VERDADE

A prática de exercício físico é um fator protetor da saúde mental, pois tem grande impacto enquanto estratégia para lidar com o desconforto psicológico (e.g. ansiedade) (Santos et al, 2016).

O consumo de substâncias é um comportamento de risco, que pode intensificar outros comportamentos de risco diversos.

VERDADE

O consumo de substâncias afeta o estado de consciência, comprometendo a capacidade de avaliação de riscos, podendo despoletar atitudes/ações não protetoras relativamente a si. Por exemplo, um/a estudante consumir álcool e ter relações sexuais não protegidas; envolver-se em situações de violência, entre outros (Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida, s.d.).

Os/as estudantes do ensino superior constituem um grupo especialmente invulnerável no que concerne à saúde sexual e reprodutiva.

MITO

Os/as estudantes do ensino superior são um grupo especialmente vulnerável no que concerne à saúde sexual e reprodutiva por várias razões: envolvimento afetivo e interpessoal, por vezes precoce, e pelos riscos ligados à atividade sexual (Baptista, 2017).

O consumo da maioria das substâncias dos/as estudantes universitários/as está, muitas vezes, relacionado com o consumo de pares e aprovação de amigos/as.

VERDADE

Existe uma forte necessidade de relacionamento interpessoal com o grupo de pares, e os/as estudantes universitários/as recorrem, muitas vezes, a consumos como forma de desinibição. (Read et al, 2003).

COMPORTAMENTOS DE RISCO



O consumo de álcool em estudantes do ensino superior está, muitas vezes, associado a um aumento de sintomatologia depressiva.

VERDADE

O consumo excessivo de álcool está associado a consequências negativas, entre elas, a depressão. É de referir que esta substância está também correlacionada com estados ansiosos (Sarmiento, 2013).

“O TEU CORPO É A TUA CASA.
CUIDA DELE”

GÉNERO



COFINANCIADO



desde 1899
Programa Nacional
para a Saúde Mental

MANUAL DE BOAS PRÁTICAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO ENSINO SUPERIOR

ASSOCIAÇÃO
PLANO

GÊNERO



O gênero apresenta-se como uma categoria de análise social fundamental para a compreensão das relações sociais. Estreitamente relacionado com as relações e discursos sociais, encontram-se os estereótipos de gênero, que funcionam como esquemas cognitivos que controlam o tratamento da informação recebida e a sua organização, a interpretação que se faz dela e os comportamentos a adotar (Neto et al., 2000). Neste sentido, os estereótipos de gênero funcionam como crenças, socialmente aprendidas e reproduzidas acerca do se espera que os comportamentos, atitudes, valores e gostos de homens e mulheres sejam. Quando estes estereótipos não são cumpridos, poderá dar lugar a comportamentos opressivos, seja a crítica, a violência ou o bullying.

Entre os estereótipos de gênero masculinos destaca-se a Dominância – relacionada a segurança e força física (i.e., porte atlético); a Instrumentalidade – associada à ambição, capacidade de liderança, resiliência e competitividade e, no âmbito do erotismo, valoriza-se a virilidade, mas também o cavalheirismo. Entre os estereótipos de gênero femininos valoriza-se a Expressividade – relacionada com o cuidado, a ternura e a submissão; a Emocionalidade – associado à insegurança, o pessimismo, a fragilidade e “instinto” maternal e no âmbito do erotismo feminino, valoriza-se

a aparência física, simultaneamente a timidez (Cerqueira et al., 2016; Vieira et al., 2017).

Esta lente polarizada começa a tomar forma desde antes do nascimento, com a associação dos meninos ao azul e das meninas ao cor de rosa, à qual se soma os brinquedos comercializados sob a mesma lógica, no que se designa de socialização diferencial do gênero. Esta última apresenta impactos significativos nos percursos pessoais, escolares e profissionais. Por exemplo, a taxa de feminização das profissões no ramo da educação é superior a 80% e saúde com 77%, contrastando com cerca de 25% no ramo da indústria (DGEEC, 2017). As questões de gênero estão também presentes na forma como homens e mulheres percebem, reconhecem e valorizam a sua sintomatologia, física ou psicológica, ditando o prognóstico da patologia, mostrando-se os homens, tendencialmente mais resistentes no pedido de ajuda formal e informal, já que é visto como uma fraqueza, podendo deixá-los mais vulneráveis a comportamentos de risco (Pinto et al., 2018).

MITO OU VERDADE?

O género é uma categoria determinante na saúde mental.

VERDADE

O género é uma categoria social com impacto em todas as esferas da nossa vida, desde a pessoal, familiar, profissional e académica, à esfera da intimidade e da saúde.

Os estereótipos de género, como crenças estruturais construídas socioculturalmente, privilegiam determinadas atitudes e padrões comportamentais e emocionais, a homens e mulheres. Ao nível da saúde mental, estes estereótipos condicionam a perceção de doença, nomeadamente a forma como o sofrimento e demais sintomatologia clínica é experienciada, mas também a perceção da rede de suporte, a ativação do pedido de ajuda e ainda os comportamentos de risco (Raposo, et al., 2016; Pinto et al., 2018; Vieira et al., 2017).



As raparigas e mulheres apresentam maior sintomatologia depressiva e maior número de suicídios.

MITO

As mulheres tendem a reconhecer, valorizar e reportar mais vezes a sua sintomatologia, recorrendo mais vezes aos serviços de saúde, muitas vezes no seguimento de questões relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva, apresentando, na generalidade uma atitude (mais) preventiva, em relação à saúde (mental), com impacto na esperança média de vida. Por outro lado, as representações em torno da masculinidade – masculinidades hegemónicas - conduzem a comportamentos, consumos e estilos de vida prejudiciais para a saúde física e mental dos rapazes e homens, verificando-se entre estes, números superiores de acidentes de viação, maior consumo de álcool e drogas, maior número de acidentes de trabalho (Rodrigues, 2011). Esta representação de masculinidade, desmotiva a externalização das emoções, percebendo-a como uma fraqueza, tornando-se um obstáculo ao pedido de ajuda especializado ou informal e subdiagnosticando psicopatologias - “Homem que é homem não chora”, podendo associar-se a um maior número de suicídios,

GÉNERO



embora as mulheres apresentem, em maior número, sintomatologia depressiva (Raposo, et al., 2016; Pinto et al., 2018).

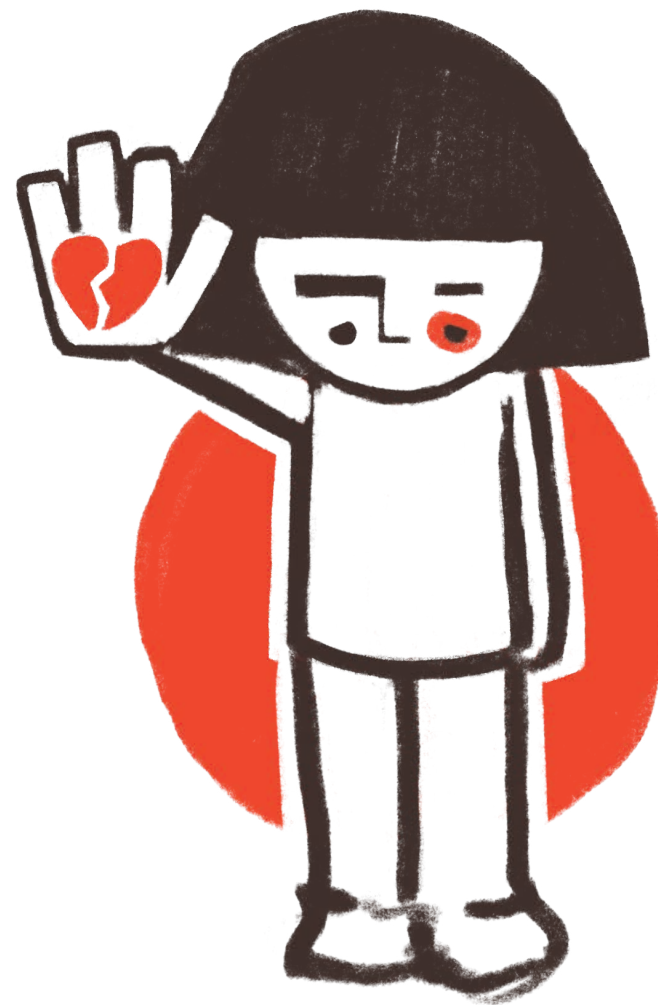
As situações indutoras de stress são idênticas para homens e mulheres.

MITO

Turner & Avison (2003) verificaram que homens e mulheres parecem estar expostos a diferentes formas de stress social. Assim sendo, as mulheres parecem mais vulneráveis a mais situações indutoras de stress durante o ciclo de vida, sobretudo no que diz respeito às suas pessoas significativas, diretamente relacionado com as funções de cuidadora a si atribuídas. No que diz respeito às situações indutoras de stress por parte dos homens, estas ficam-se em eventos traumáticos, nomeadamente violentos e perceção de discriminação.

“O TEU GÉNERO NÃO PODE
LIMITAR AS TUAS EXPERIÊNCIAS”

VIOLÊNCIA NO NAMORO



COFINANCIADO



MANUAL DE BOAS PRÁTICAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO ENSINO SUPERIOR



VIOLÊNCIA NO NAMORO



A violência no namoro é um grave e complexo fenómeno de saúde pública e um forte preditor de violência doméstica, manifestando-se com taxas de perpetração no ensino secundário e universitário a rondar os 25% (Machado et al., 2010). É, desde 2013, crime público, tipificado na alínea b do Artigo 152º do Código Penal Português - Violência Doméstica.

Embora seja um fenómeno de origem multifatorial, considerando um nível individual (e.g., traços de personalidade, psicopatologia, adição) e interpessoal (e.g., experiência de vitimação na família), os fatores socioculturais têm-se mostrado os que melhor explicam a origem estrutural da violência no namoro, sobretudo a presença de crenças de género conservadoras, i.e., aceitação e reprodução de estereótipos associados a mulheres e homens, com dados empíricos a reportarem que, pessoas agressoras e pessoas vítimas em relações de namoro, tendem a ter visões mais conservadoras das relações sociais de género (Duarte et al., 2013; Neves et al., 2021).

As relações de namoro violentas caracterizam-se, à semelhança do que acontece nas relações pautadas pela violência em idade adulta, pelo seu carácter cíclico, concetualizado por Lenore Walker, através do Ciclo da

Violência, composto por três fases - na primeira fase - fase da tensão, verificam-se formas mais insinuosas de violência, sobretudo ao nível da violência psicológica, adotando a vítima frequentemente uma postura pacificadora, no sentido em tende a minimizar qualquer comportamento que possa despoletar ou escalar a agressão, vivendo numa inquietude ansiógena. A tensão invariavelmente aumenta, pelo que na segunda fase - fase da explosão - erupta, confirmando-se a escalada, sendo descarregada toda a tensão acumulada na primeira fase. Após a explosão de violência, seguem-se manifestações mais ou menos óbvias de arrependimento e conseqüentes tentativas de justificação por parte da pessoa agressora - trata-se da terceira fase do ciclo da violência, adaptada e reconhecida como fase lua de Mel, que tem um papel fundamental na manutenção da relação violenta, bem como nos avanços e recuos nas decisões respeitantes à rutura ou à denúncia.

No que diz respeito à tipologias da violência, além da física, psicológica, social e social, comuns às relações violentas em idade adulta, destaque na violência no namoro para os fenómenos online associados à coação ou divulgação sem consentimento de conteúdo sexual, possível desfecho de sexting, reconhecido como “pornografia de vingança” (Neves et al., 2017; Walker, 2004). Como impactos da vitimação

COFINANCIADO



VIOLÊNCIA NO NAMORO



no namoro, destaque para o isolamento, diminuição do rendimento académico, humor deprimido, transtornos de ansiedade, sintomatologia psicossomática (e.g., insónias, enxaquecas), abuso de substâncias, sintomatologia traumática, perturbações alimentares, comportamento auto lesivo e ideação suicida.

De sublinhar que a violência no namoro, perpetrada em casais de pessoas do mesmo sexo ou de sexo diferente, é reconhecida legalmente no Código Penal Português como um crime público, sob o mesmo artigo da Violência Doméstica, não sendo por tal dependente de denúncia por parte da vítima. Embora a maioria dos estudos sobre violência no namoro não distingam a orientação sexual ou identidade de género dos/as protagonistas, os resultados do estudo de Dank et colabs (2014) indicam que jovens LGB estarão em maior risco de experienciarem violência física, emocional e social e sexual, amplificando a sua vulnerabilidade pré existente, sobretudo quando não têm suporte social e familiar mais vulneráveis e/ou não fizeram o seu outing, obstaculizando o pedido de ajuda (Paulos & Rêgo Moreira, 2017).

Se és ou foste vítimas de violência no namoro podes contactar o espaço UNi+, onde podes ter atendimento

psicológico especializado e ainda apoio jurídico e/ou social (anónimo, gratuito e confidencial) - unimais@associacaoplanoi.org ou liga para +351 932 698 756.

MITO OU VERDADE?

A violência no namoro é um crime público.

VERDADE

A Violência no namoro pode ser definida como a prática de atos (ou intenção de os praticar) de natureza física, psicológica, emocional, social e/ou sexual com carácter abusivo, que ocorre no âmbito de relações juvenis, entre pessoas do mesmo sexo ou de sexo diferente, e que é levada a cabo por um/a ou ambos/as os/as parceiros/as.

Encontra-se, desde 2013, enquadrada no artigo 152º – Violência Doméstica - do Código Penal Português. Desta forma, a violência perpetrada entre duas pessoas, que têm ou mantiveram uma relação de namoro, encontra-se tipificada como crime público sob a mesma moldura penal que o crime de Violência Doméstica, o que significa que não dependente de denúncia por parte da vítima:

VIOLÊNCIA NO NAMORO



a) Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade, ofensas sexuais ou impedir o acesso ou fruição aos recursos económicos e patrimoniais próprios ou comuns:

b) A pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação de namoro ou uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação.

A violência no namoro tende a ocorrer em casais mais jovens, com vínculos de relação mais frágeis.

MITO

De acordo com o Estudo Nacional da Violência no Namoro no Ensino Superior (Neves et al., 2021): 23.2% dos/as estudantes afirmam já ter sido culpados/as, criticados/as, insultados/as, difamados/as ou acusados/as sem razão; 19.3% relatam que já foram alvo de controlo na sua forma de vestir, penteado ou imagem, locais frequentados ou amizades ou companhias; 15.7% afirmam já ter sido ameaçados/as verbalmente ou através de comportamentos; 9.4% reportam que já foram fisicamente magoados/as,

empurrados/as, pontapeados/as, esbofeteados/as ou alvo de murros ou cabeçadas; 8.7% afirmam já ter sido forçados/as a ter relações sexuais.

Entre outros dados, verifica-se que quem pratica violência possui crenças de género mais conservadoras, assim como quem sofre de violência, mostrando-se necessária a intervenção ao nível da desconstrução das crenças legitimadoras dessa mesma violência.

A violência no namoro apresenta-se como um comportamento imaturo.

MITO

A violência no namoro, não só não está relacionada com a imaturidade da pessoa agressora, como se trata de um fenómeno complexo, multidimensional, potencialmente fatal, tipificado como crime público na lei portuguesa, o que significa que outra pessoa, que não a vítima, poderá denunciar a situação.

De acordo com o mais recente estudo Nacional da Violência Nacional em Contexto Universitário (2021), entre 4365 estudantes inquiridos/as, verificou-se que 53.6% (n=1900) das mulheres, 55.1% (n=435) dos homens e 46.2%

VIOLÊNCIA NO NAMORO



(n=6) das pessoas não-binárias já terem sido alvos de, pelo menos, um ato de violência no namoro, destacando-se o facto de 5.8% (n=202) das mulheres e 4.9% (n=38) dos homens terem relatado já ter sofrido empurrões, pontapés, bofetadas, murros e/ou cabeçadas por parte do namorado ou namorada e 6.4% (n=222) das mulheres e 5.1% (n=40) dos homens inquiridos terem relatado já sido ameaçados/as de morte. No que diz respeito à violência sexual, verifica-se que 10.7% (n=369) das estudantes e 5.8% (n=45) dos estudantes relatam já ter sido obrigados/as a ter comportamentos sexuais não desejados. Entre outros dados igualmente graves, sublinha-se o facto de 12% (n=509) das pessoas inquiridas relatarem já terem sido vítimas de stalking e 13.5% (n=573) terem já sido proibidos de contactar amigos/as e/ou família, por parte do namorado ou namorada. O facto de frequentemente não se perceber a gravidade destas dinâmicas e, amiúde, associar-se ao facto de serem jovens ou a manifestações de ciúmes, esvazia a complexidade e multidimensionalidade do fenómeno, facilitando a manutenção da relação abusiva, preditora da violência na intimidade adulta (Neves et al., 2021).

Se as vítimas de violência no namoro não terminam a relação é porque a violência não é grave.

MITO

São várias as razões que levam à manutenção da relação violenta, entre elas:

- i) O ciclo da violência, cuja fase lua de mel traz a esperança que a pessoa agressora vá mudar, facilitando uma nova oportunidade;
- ii) O não reconhecimento da vítima enquanto tal, devido à legitimação e romantização de comportamentos como o ciúme e o controlo por parte da pessoa agressora – Não é por mal, ele é ciumento;
- iii) O desânimo aprendido, que diminui a motivação das vítimas para reagir, i.e., romper com a relação, com impacto também ao nível da sua perceção do perigo, sendo que quanto mais desanimadas e desmotivadas se encontram, menor a probabilidade de ativarem uma resposta efetiva de rutura com o abuso (Walker, 1994).

VIOLÊNCIA NO NAMORO



As dinâmicas das relações de namoro violentas são as mesmas das relações violentas na idade adulta.

VERDADE

As relações violentas, independentemente de serem perpetradas no namoro ou em idade adulta, são pautadas por dinâmicas de poder e controlo, ou seja, há por parte da pessoa agressora um sentimento de posse em relação à pessoa vítima, que lhe (auto) legitima as restrições de liberdade, a interferência na tomada de decisões, a monitorização das rotinas e da vida familiar, social, académica e profissional da vítima. Este controlo é, por norma, operacionalizado através de ciúmes, que muitas vezes é apresentado como uma prova de amor, cuidado e preocupação, promovendo a minimização e, por vezes, a justificação dos atos e a manutenção da relação (Ferreira et al, 2019; Neves et al., 2021).

Na violência no namoro a violência tende a ser mútua e recíproca.

VERDADE

No caso da violência no namoro, mulheres e homens tendem a assumir o duplo estatuto de pessoas vítimas e pessoas agressoras, embora com especificidades relativamente às tipologias da violência. Assim, a vitimização tende a ser mútua e recíproca, embora a percentagem de perpetração seja tendencialmente superior nos homens e de vitimização tendencialmente superior nas mulheres. No que diz respeito à violência física e sobretudo à violência sexual, esta disparidade aumenta, sendo que os estudos têm vindo a concluir que a violência praticada por rapazes contra raparigas é geralmente mais grave, trazendo consequências mais severas, associando-se também a estas crenças de género mais conservadoras, que frequentemente legitimam estes comportamentos (Ferreira et al, 2019; Neves et al., 2021).

"CIÚMES NÃO É AMOR"

QUESTÕES LGBTI



COFINANCIADO



Programa Nacional
para a Saúde Mental

MANUAL DE BOAS PRÁTICAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO ENSINO SUPERIOR

ASSOCIAÇÃO
PLANOJ

QUESTÕES LGBTI



A sigla LGBTI representa as pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo. As primeiras três letras dizem respeito à orientação sexual, a letra T a questões de identidade de género/expressão de género e a letra I às características sexuais.

A orientação sexual é uma variante da sexualidade humana e diz respeito à atração sexual e/ou afetiva por homens, mulheres e/ou ambos.

A identidade de género é uma experiência subjetiva face aos papéis, normas e padrões de género consoante as expectativas que a sociedade tem para homens e mulheres, tendo em conta as diferenças biológicas entre sexos. A identidade de género não tem de corresponder ao sexo atribuído à nascença, podendo cada pessoa ser cis ou trans. As pessoas cis assumem a sua identidade no mesmo sentido do sexo que lhes foi atribuído à nascença. As pessoas trans têm uma identidade de género diferente do sexo atribuído à nascença.

As pessoas LGBTI sofrem um impacto evidente de exclusão social e discriminação, estas violências têm especificidades e, como tal, importa referir a tríade do insulto, invisibilidade e isolamento (Moleiro et al, 2016).

Quanto ao insulto, as pessoas LGBTI crescem a escutar um conjunto de palavras dirigidas à sua comunidade que têm um carácter pejorativo e que as diminui enquanto pessoas. Estes insultos, normalizados pela sociedade, fazem com que as pessoas construam a sua identidade a acreditar que a sua orientação sexual ou identidade de género são um defeito e, deste modo, aumenta a probabilidade de sofrer de homofobia, bifobia e transfobia internalizada (Moleiro et al, 2016).

A estigmatização/discriminação em relação a uma pessoa LGBTI ocorre depois da sua externalização, não sendo possível visualizar a sua orientação sexual ou identidade de género a não ser que seja feito um coming out. Algumas pessoas continuam invisíveis em muitos contextos para evitar esta estigmatização e exclusão social. É importante referir que muitas pessoas, mesmo não fazendo um coming out, são percecionadas como sendo pessoas LGBTI e, desta forma, sofrem da mesma discriminação. A invisibilidade é também fruto da sociedade cisheteronormativa em que nos inserimos, sendo que à partida, a maior parte das pessoas são percecionadas com cis e hetero nas primeiras interações sociais e/ou até fazerem o seu coming out (Moleiro et al, 2016).

QUESTÕES LGBTI



Na maior parte das vezes, as pessoas LGBTI não crescem perto de outras pessoas LGBTI, tendo à sua volta padrões cisheteronormativos, não encontrando perto de si pessoas com as quais se identifiquem e partilhem pareças identitárias. Esta não existência de relações com pessoas significativas LGBTI aumenta o isolamento. Este isolamento é também muito associado à invisibilidade. A visibilidade social das questões LGBTI é importante para que existam mais referências e representatividade na vida das pessoas LGBTI.

Em 2018, a legislação avançou mais um passo na garantia dos direitos das pessoas Trans e Intersexo, com a Lei n.º 38/2018 de 7 de agosto - Direito à autodeterminação da identidade de género e expressão de género e à proteção das características sexuais de cada pessoa. Desde este momento, a lei veio garantir que as pessoas têm direito a dizer quem são e a defender a sua identidade de género e proteger as pessoas intersexo. Esta lei proíbe a discriminação em função da identidade de género, garantindo o reconhecimento jurídico da mesma, assim como estabelece garantias e medidas de proteção em diversos âmbitos.

MITO OU VERDADE?

As pessoas intersexo têm de ser intervencionadas precocemente para se adequarem ao sistema binário de género.

MITO

Segundo a Lei n.º 38/2018 de 7 de agosto: Direito à autodeterminação da identidade de género e expressão de género e à proteção das características sexuais de cada pessoa, salvo em situações de comprovado risco para a sua saúde, os tratamentos e as intervenções cirúrgicas, farmacológicas ou de outra natureza que impliquem modificações ao nível do corpo e das características sexuais da pessoa menor intersexo não devem ser realizados até ao momento em que se manifeste a sua identidade de género.

As questões LGBTI são também questões de igualdade.

VERDADE

A legislação tem sido um instrumento de mudança, reforçando o princípio da Igualdade e da Não-Discriminação.

QUESTÕES LGBTI



Não existe reconhecimento jurídico da identidade de género em Portugal.

MITO

Existe reconhecimento jurídico da identidade de género em Portugal. Como nos diz a legislação relativa a estas questões: *“O reconhecimento jurídico da identidade de género pressupõe a abertura de um procedimento de mudança da menção do sexo no registo civil e da consequente alteração de nome próprio, mediante requerimento”*.

A identidade de género é a forma como me vejo, me sinto e me construo.

VERDADE

Por identidade de género entende-se o “sentido subjetivo do self em indivíduos como sendo masculino ou feminino” (ou nenhum, ou ambos), relacionando-se com os papéis de género, ou seja “todas as normas de comportamento e aparência estereotipadamente ligadas a cada género, incluindo tanto características adotadas por uma pessoa, como características baseadas no género que lhe são atribuídas pelos outros” (Appleby e Anatas, 1998, citado por Brandão, 2008: 3, citado em Nogueira & Oliveira, 2010).

A homossexualidade é uma doença do foro mental.

MITO

Evelyn Hooker (1957) foi uma das primeiras psicólogas a demonstrar a inexistência de patologias mentais em função da orientação homossexual (Clarke et al, 2010 citado em Nogueira & Oliveira, 2010), evidenciando também o enviesamento de terapeutas e investigadores/as que tentavam estabelecer relações entre a homossexualidade e as doenças mentais. Assim e face à crescente investigação empírica que mostrava a ausência desta relação, mas também aos protestos de alguns/mas técnicos/as de saúde mental e do próprio movimento gay, a homossexualidade é finalmente retirada do DSM em 1973. Dois anos mais tarde, em 1975, a Associação Americana de Psicologia adotou esta proposta e solicitou aos/às profissionais de psicologia que recusassem estigmatizar as pessoas lésbicas, gay e bissexuais como pessoas com doença mental associada às questões LGBTI.

Nogueira, C., & de Oliveira, J. M. (2010). Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade género.

QUESTÕES LGBTI



As pessoas bissexuais são indecisas.

MITO

As primeiras investigações na área da Psicologia Afirmativa iam no sentido da desvalorização da identidade sexual bi, indo ao encontro àquelas que são as crenças sociais, afirmando que a bissexualidade seria “uma fase”. A partir de 1995, Ronald Fox (cited in. Ellis et al. (2019) traz-nos a validação da bissexualidade como identidade sexual e identifica os fatores envolvidos no desenvolvimento das identidades bissexuais positivas.

“TU É QUE SABES QUEM ÉS”

AUTO CUIDADO



COFINANCIADO



Programa Nacional
para a Saúde Mental

MANUAL DE BOAS PRÁTICAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO ENSINO SUPERIOR

ASSOCIAÇÃO
PLANOJ

AUTOCUIDADO

A teoria do autocuidado parte do pressuposto de que cada pessoa tem necessidade de cuidar de si mesma (Godfrey et al., 2010). Segundo a OMS o autocuidado é definido como “a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades de promover a saúde, prevenir doenças, manter a saúde e lidar com doenças e deficiências com ou sem o apoio de um/a profissional de saúde” (WHO, 2018). Assim, o autocuidado diz respeito a um conjunto de atividades nas quais as pessoas praticam diariamente ao longo da vida, para promover uma boa saúde, prevenir doenças, detectar precocemente sintomas e/ou controlar doenças crônicas. Este envolve todas as atividades que, regularmente, são colocadas em prática com vista a manter ou melhorar o bem-estar e saúde, incluindo a saúde psicológica (OPP, 2021). O envolvimento em atividades de autocuidado pode resultar em experiências diversas, dependendo do conjunto de atividades que são realizadas e dos motivos para a sua realização. O autocuidado compreende dois componentes principais: o cuidado terapêutico (e.g. administração de medicamentos; adesão a tratamentos de saúde) e o cuidado pessoal (e.g. atividades da vida diária - vestir-se, tomar banho, comer, entre outros) (Godfrey et al., 2010). Investir no autocuidado contribui para nos mantermos saudáveis, torna-nos mais eficientes, menos vulneráveis,

ajuda a prevenir e diminuir estados como o stress e a ansiedade, potencia a nossa confiança, autoestima, energia e, conseqüentemente, a nossa qualidade de vida (OPP, 2021). Existem várias estratégias que podemos e devemos incutir na rotina diária, com o intuito de potenciar o autocuidado e, paralelamente, o bem-estar - são exemplos as seguintes (OPP, 2021)

- Fazer escolhas saudáveis, ter uma alimentação saudável;
- Praticar exercício físico regularmente;
- Ter bons hábitos de sono;
- Criar e manter relações afetivas positivas;
- Equilibrar a vida pessoal, social e profissional;
- Expressar emoções e sentimentos junto de familiares, amigos/as ou outras pessoas significativas;
- Elaborar uma checklist de atividades prazerosas a incutir diariamente na rotina e das quais não devem ser lesadas por outras tarefas ou prioridades emergentes;
- Pedir ajuda especializada, também é uma forma de autocuidado.



AUTOCUIDADO

MITO OU VERDADE?

Investir no autocuidado torna-nos mais eficientes, potencia a nossa confiança, autoestima e energia.

VERDADE

O autocuidado contribui para nos mantermos saudáveis, torna-nos mais eficientes, menos vulneráveis, ajuda a prevenir e diminuir estados como o stress e a ansiedade, potencia a nossa confiança, autoestima, energia, e consequentemente, a nossa qualidade de vida.

Autocuidado é um ato egoísta.

MITO

Priorizar o autocuidado e reservar tempo para cuidar de nós próprios/as não é, de todo, um ato egoísta. Muito pelo contrário, é fundamental e imprescindível que nos sintamos bem, para que estejamos mais capazes para ajudar outras pessoas.

O autocuidado deve estar presente no dia a dia de qualquer pessoa.

VERDADE



O autocuidado deve estar presente na rotina diária de todas as pessoas. Reservar tempo para o autocuidado deve ser um hábito a inculcar, a manter e a não deixar que seja prejudicado por outras tarefas e/ou influenciado por outras prioridades.

Tudo aquilo que me satisfaz é autocuidado.

MITO

Na verdade, o autocuidado nem sempre é tudo aquilo que nos faz sentir bem ou nos satisfaz, mas sim, tudo o que faz bem à nossa saúde física e psicológica. Isto significa que, as práticas de autocuidado devem sempre contribuir para uma melhor saúde e maior bem-estar físico e mental.

Fazer escolhas saudáveis são formas de autocuidado.

VERDADE

Fazer escolhas saudáveis, como por exemplo: ter uma alimentação saudável, praticar exercício físico regularmente, ter bons hábitos de sono, são exemplos de múltiplas formas de investir no autocuidado.

AUTOCUIDADO



Praticar o autocuidado exige de mim recursos das quais percepciono não ter, como por exemplo: tempo.

MITO

O autocuidado deve estar presente na vida de todas as pessoas. Por vezes, pensamos que, para isso, é necessário investir muito tempo ou ter muito tempo livre. Contudo, isso não é verdade. O autocuidado pode passar pela simples prática de atividades que durem apenas alguns minutos do dia, todos os dias, como por exemplo: a prática de meditação e técnicas de respiração.

“PRECISAS DE OUVIR ISTO:
PRIMEIRO TU”

CONTACTOS ÚTEIS

PROGRAMA UNI +

Apoio psicológico, social e jurídico a vítimas de violência no namoro.
Serviço gratuito, presencial (Braga) ou online
Informações e marcações para

animais@associacaoplanoi.org ou **+351 932 698 756**

SERVIÇO DE INFORMAÇÃO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

serviço gratuito, anónimo, confidencial e 24h

800 202 148 ou **SMS 3060**

(Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género)

LINHA NACIONAL DE EMERGÊNCIA SOCIAL (LNES) **144**

é um serviço telefónico público, gratuito, de funcionamento ininterrupto, 24h.

Guia de recursos de informação georreferenciada de todos os serviços que concorrem para o apoio a situações de violência doméstica:

<https://www.cig.gov.pt/area-portal-da-violencia/portal-violencia-domestica/guia-de-recursos/>

Formulário de queixa eletrónica para a comunicação de factos que possam eventualmente consubstanciar prática(s) de discriminação em razão do sexo, da orientação sexual e da identidade de género:

<https://www.cig.gov.pt/area-servicos/servicos/queixa-por-discriminacao/>

CENTRO GIS - CENTRO DE RESPOSTAS LGBTI

Apoio psicológico, social, informativo, jurídico e médico (gratuito):
966 090 117 (24h)

LINHA SOS VOZ AMIGA

Linha de apoio emocional e prevenção ao suicídio:

213 544 545 / 912 802 669 / 963 524 660

(diariamente das 15h30 às 00h30)

SEXUALIDADE EM LINHA: 800 222 003

LINHA SOS DROGA: 1414

Linha de aconselhamento psicológico integrada no serviço SNS 24:

808 24 24 24 (24h/ dia)

CONVERSA AMIGA: 925 512 884 | 925 512 887 | 808 237 327 | 210 027 159 (15h às 22h)

TELEFONE DA AMIZADE: 22 832 35 35 | 222 080 707 (16h às 23h)

SOS ESTUDANTE: 969 554 545 (20h à 01h)

LINHA DE EMERGÊNCIA SOCIAL: 114 (24h/dia)

COFINANCIADO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, P. (2004). *Será depressão ou simplesmente tristeza?* Edições Principia.

ALARCON, G. (2011). A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes. *Journal of Vocational Behavior*, 79, 2, 549-562;

Cabelero, C.C., Bresó, E. & Guitierrez, O. (2015). Burnout en estudiantes universitarios. *Psicología desde el Caribe*, 32, 3.

ALVES, T. (2018). Interfaces entre gênero e saúde mental abordadas por estudos qualitativos das ciências sociais e humanas: foco nas experiências subjetivas. *Gênero*, 18(2), 155-167

ARAÚJO, E. V. (2015). Comportamentos de risco em jovens universitários: Consumo de substâncias psicoativas. *Universidades dos Açores*.

Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares. (2015). *Estigma e Saúde Mental*.

BAPTISTA, A. M. (2017). Comportamentos e atitudes dos estudantes do ensino superior em relação à sexualidade. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. *Revista INFAD de Psicologia*, 2 (1).

CARNEIRO, V. (2017). Literacia em saúde: um retrato da população adulta portuguesa. *Revista de Estudos e Investigación En Psicología y Educación*, 133-137. <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.14.2559>.

CERQUEIRA, C., CABECINHAS, R., MAGALHÃES, S. (2016). Gender in focus:(new) trends in media. Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade Universidade do Minho.

Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida. (s.d.). Programa de troca de seringas - manual de procedimentos. Ministério da Saúde.

COSTA, E. F.; ANDRADE, T. M.; SILVANY NETO, A. M.; MELO, E. V; ROSA, A. C.; ALENCAR, M. A.; SILVA, A. M. (2010). Common mental disorders among medical students at Universidade Federal de Sergipe: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32 (1), 11-19.

CUNHA, M. (2020). Promoção da Saúde nos Estudantes do ensino superior: Saúde mental positiva e literacia em saúde mental em análise. Repositório IPVC. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2515/1/Marcia_Cunha.pdf.

DAVID C., & AARON B. (2014). *Vencendo a ansiedade e a preocupação*. Edições Artmed.

Decreto Lei nº 38/2018 de 7 de agosto. Diário da República: I série, No 151 (2018). Disponível em www.dre.pt.

DREW, E. (2020) Coord. SAGE – Systemic Action for Gender. Comissão Europeia;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gabinete de Estratégia e Planeamento (2020). Relatório Único. Ministério do Trabalho e da Segurança Social.

DYMAND-KANNIS, L., & CARTER, J. (2016). *Como viver sem ansiedade*. Edições Pergaminho.

ELLIS, S., RIGGS, D., & PEEL, E. (2019). *Lesbian, Gay, Bisexual, Trans, Intersex, and Queer Psychology: An Introduction* (2nd ed.). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/9781108303750.

ESPADA, C. (2009). Manual de gestão de stress para empresas. Bnomics Spindola, T. e Martins, E.R.C. (2007). O estresse e a enfermagem: a percepção das auxiliares de enfermagem de uma instituição pública, 11, 212-219.

FERREIRA, M., ABREU, A.L., NEVES, S.(2019). Guião para a prevenção da violência no namoro em contexto universitário. Associação Plano i. Disponível em

<https://www.cig.gov.pt/2019/09/guiaoprevencao-da-violencia-no-namoro-contexto-universitario/>

FIRST, M. (2020). Considerações gerais sobre doença mental. Manual MSD.

GODFREY M, HARRISON B, LYSAGHT R, LAMB M, GRAHAM D & OAKLEY P. (2010). The experience of self-care: a systematic review. *JBI Libr Syst Rev.* 8 (34) 1351-1460.

GRAZIANI, P. (2005). *Ansiedade e perturbações de ansiedade*. Climepsi Editores.

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v2.937>.

JORDANI, P. C., ZUCOLOTO, M. L., BONAFÉ, F. S. S., MAROCO, J., & CAMPOS, J. A. D. B. (2012). *Aspects of university life and burnout syndrome*. *Psychology, Community & Health*, 1(3), 246-25

JUDITH, B. (2011). *Cognitive behavior therapy*. The Guildord Press.

MACHADO, T., & BRANDÃO, A. (2012). How equal is equality? Discussions about same-sex marriage in Portugal. *Sexualites*, 15 (5/6), 662-678.

MARÔCO, J. & TECEDEIRO, M. (2009). Maslach Burnout Inventory – Student Survey: Portugal-Brazil cross cultural adaptation. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10 (2), 227-235.

MAROCO, J., & ASSUNÇÃO, H. (2020). Envolvimento e Burnout no Ensino Superior em Portugal. In H. Pereira, S. Monteiro, G. Esgalhado, A. Cunha, & I. Leal (Eds.), 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde - Actas, (pp. 399-407). ISPA.

MOLEIRO, C., PINTO, N., OLIVEIRA, J. M. D., & SANTOS, M. H. (2016). Violência doméstica: boas práticas no apoio a vítimas LGBT: guia de boas práticas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

para profissionais de estruturas de apoio a vítimas. Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.

NEVES, S. & CORREIA, A. (2018). *Violências no namoro*. Edições ISMAI.

NEVES, S. & COSTA, D. (2017). *Violências de género*. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

NEVES, S. (2020). *Violências de género na intimidade*. Edições ISMAI.

NEVES, S., FORTE, A, CORREIA, A & FERREIRA, M. (201). *Género e Violência*. Strey, M & Cúnico, S (Coords). EdiPUCRGS.

NEVES, S., JAMAL, S., PEIXOTO, S., BORGES, J. (2021). *Estudo Nacional sobre as Crenças e as Práticas da Violência no Namoro*. Associação Plano i.

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015). *Literacia em Saúde*. Lisboa.

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021). *Fact sheet autocuidado e bem-*

estar. OPP. World Health Organization (2018). *What do we mean by self-care?* WHO.

PAULOS, R. & MOREIRA, C.R. (2018). *Violência no Namoro entre casais do mesmo sexo*. *Violências no Namoro*. Neves, S. & Correia, A. (Coord.). Edições ISMAI.

PINTO, P.C., COSTA, D., COELHO, B., MACIEL, D., REIGADINHA, T., THEODORO, E. (2018). *Igualdade de género ao longo da vida*. Torres, A. (Coord). Fundação Francisco Manuel dos Santos.

PORTER, L. S., MARCO, C., SCHWARTZ, J., NEALE, J. ET AL. (2000). Gender differences in coping: A comparison of trait and momentary assessments. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 480-498.

RAPOSO, J., COSTA, A.C., SILVA, M., PEREIRA, J., VALENÇA, P., FRANÇA, C. & VIVIANE COLARES (2016). *Condutas de saúde de*

adolescentes segundo o sexo: uma revisão sistematizada. *Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde*. 17, 2, 214-235.

READ, J. P., WOOD, M. D., KAHLER, C. W., MADDOCK, J. E., & PALFAI, T. P. (2003). Examining the role of drinking motives in college student alcohol use and problems. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(1), 13-23. <https://doi.org/10.1037/0893-164x.17.1.13>

ROBERT L. (2012*). *Livre de ansiedade**. Edições Artmed.

RODRIGUES ET AL (2020) in Magalhães, M. J. (Coord.). *Estudo Nacional da Violência no Namoro em Portugal: Vitimação e Conceções Juvenis*. UMAR.

RODRIGUES, E. (2011). *Masculinidades e fatores sociais de risco para a saúde: um retrato nacional*. *Saúde e tecnologia*, 6, pp. 24-31.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SANTOS M, RUA A, LOURENÇO A, NUNES F, GRAÇA A. Estilos de vida em estudantes do ensino superior. In: Marques S, Bernardes S, editors. Resumos do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, ISCTE-IU, 26-29 de janeiro de 2016. Psicologia, Saúde & Doenças. 2016;16(Supl):58.

SANTOS, L.; VEIGA, F.; PEREIRA, A. (2010). Bem-Estar, Sintomas Emocionais e Dificuldades Interpessoais dos Estudantes do Ensino Superior. Actas Do VII Simpósio Nacional de Investigação Em Psicologia Univ. Minho, 2652 – 2662.

SARMENTO, M. (2013). Saúde mental e comportamentos de risco no estudante do ensino superior. Universidade de Aveiro.

Sociedade Portuguesa Psiquiatria Saúde Mental (2016). Informemente. Guia essencial para jornalistas sobre saúde mental. Disponível em: [https://www.sppsm.org/wp-content/](https://www.sppsm.org/wp-content/uploads/2016/09/informemente-set2016.pdf)

<https://www.sppsm.org/wp-content/uploads/2016/09/informemente-set2016.pdf>.

Sociedade Portuguesa Psiquiatria Saúde Mental. (n.d.). Perturbação Mental em Números. <https://www.sppsm.org/informemente/guia-essencial-para-jornalistas/perturbacao-mental-em-numeros/>.

STANLEY, N; MANTHORPE, J. (2001). Responding to student's mental health needs: impermeable systems and diverse users. *Journal of Mental Health*, 10 (1), 41–52.

TURNER, R. J. & AVISON W. R. (2003). Status Variations in Stress Exposure: Implications for the Interpretation of Research on Race, Socioeconomic Status, and Gender. *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 488-505.

VAEZ, M.; LAFLAMME, L. (2008). Experienced stress, psychological symptoms, self-rated health and academic achievement:

a longitudinal study of Swedish university students. *Social Behavior and Personality An International Journal*, 36 (2), 183-196.

VIEIRA, C. (2017). Conhecimento, Género e cidadania no Ensino Secundário. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.

WALKER, L. (1994). Abused women and survivor therapy: A practical guide for the psychotherapist. American Psychological Association.

COFINANCIADO