

ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

EVIDÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL: DA CONCEÇÃO À AÇÃO

DA SAÚDE À SAÚDE MENTAL:
ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Ana Querido | Catarina Tomás | Carlos Laranjeira

FICHA TÉCNICA

Título:

EVIDÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL: DA CONCEÇÃO À AÇÃO

Organização:

Ana Querido | ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5021-773X>
Catarina Tomás | ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3713-3352>
Carlos Laranjeira | ORCID <https://orcid.org/0000-0003-1080-9535>
Daniel Carvalho | ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5058-525X>
José Carlos Gomes | ORCID <https://orcid.org/0000-0002-4089-1034>
Olga Valentim | ORCID <https://orcid.org/0000-0002-2900-3972>

Design gráfico, capa e paginação:

Dos autores

1ª Edição de 2019

ISBN: *****(e-book)

DOI: <https://doi.org/10.25766/bgaj-cv50>

Reservados todos os direitos

Escola Superior de Saúde de Leiria

Departamento de Ciências de Enfermagem | Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica

Instituto Politécnico de Leiria

2019

DA SAÚDE À SAÚDE MENTAL: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Catarina Tomás¹; Ana Querido¹; Carlos Laranjeira¹

¹PhD; MSc, MHN

Objetivos educacionais

Pretende-se que no final deste capítulo o estudante seja capaz de:

- Debater o conceito de saúde mental à luz do modelo tridimensional da saúde
- Distinguir saúde mental e doença mental
- Identificar características inerentes à pessoa com saúde mental / perturbação mental
- Identificar influências culturais na doença mental

O campo da saúde é vasto e inclui várias definições, conceitos e campos de atuação.

Dada a polissemia de conceitos, assumimos o conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde em 1947, que a define como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade¹.

Nesta ótica, é expectável a existência de uma saúde negativa e uma saúde positiva, esta última associada ao bem-estar, sendo possível a coexistência da situação de doença com a saúde o que torna o conceito complexo e de difícil operacionalização. Em consequência também o conceito de saúde mental é amplo, e por isso é consensual entre os autores que nem sempre é fácil a sua definição, nem a identificação dos fatores que a determinam². Não obstante é assumido que a saúde mental se refere a algo mais do que a ausência de perturbação mental, e é cada vez mais entendida como o produto de múltiplas e complexas interações envolvendo fatores biológicos, económicos e sociais que são determinantes para a saúde mental³.

A Organização Mundial de Saúde define a saúde mental como um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe as suas próprias capacidades, consegue enfrentar o stresse

normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera, e é capaz de dar um contributo para a sua comunidade⁴. Esta perspetiva fundamenta-se no princípio de que a saúde mental não significa apenas a ausência de doença mental, como incluiu também características psicossociais positivas no indivíduo que lhe permitem proteger-se perante as adversidades da vida⁵.

Na esteira deste pensamento, a Ordem dos Enfermeiros Portugueses⁶ reconhece a saúde mental como *um componente indissociável da saúde geral que reflete o equilíbrio entre o indivíduo e o ambiente*, constituindo-se como o substrato para o bem-estar pessoal e funcionamento efetivo da comunidade (p. 18). Trata-se assim de um *processo que envolve recursos individuais, fatores predisponentes, fatores precipitantes atuais (acontecimentos de vida), fatores protetores ou de suporte (como o contexto familiar e social), bem como diversas consequências e resultados* (p.18).

Também o modelo interativo de adaptação ao stress considera existir saúde mental sempre que exista uma *adaptação bem-sucedida aos agentes stressores do ambiente externo ou interno, evidenciada por pensamentos, sentimentos e comportamentos apropriados à idade e congruentes com as normas locais e culturais* (p. 15)⁷.

É axiomático afirmar-se que não é possível existir saúde sem saúde mental⁶⁻⁸. De uma forma geral, pode dizer-se haver saúde quando se verifica o desenvolvimento ótimo do indivíduo no contexto em que se insere, tendo em consideração as seguintes variáveis: biológica, psicológica, social, cultural e ecológica. Esta perspetiva é integrada na visão do Plano Nacional de Saúde português que visa maximizar os ganhos em saúde através da integração de esforços sustentados em todos os setores da sociedade, e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis⁹.

A saúde mental assume-se assim como um recurso individual, contribuindo para diversas capacidades e competências individuais que reforçam a capacidade do indivíduo de contribuir para as comunidades locais, sociedade e diversas redes sociais em que se insere, incluindo a família⁶.

De forma específica, pode dizer-se que a saúde mental é a capacidade que a pessoa tem para:

- *Estabelecer relações ajustadas com o outro;*
- *Participar construtivamente com o meio ambiente;*
- *Resolver e/ou gerir os seus próprios conflitos internos;*
- *Investir em realizações sociais (p.19)¹⁰.*

Inclui características como o sentimento positivo de bem-estar, autoestima, otimismo e um sentimento de controlo pessoal sobre os acontecimentos de vida (locus de controlo interno), autoeficácia, sentido de coerência, capacidade de iniciar, desenvolver e manter relações interpessoais mutuamente satisfatórias, a capacidade de lidar com as adversidades e a resiliência⁶.

A *Public Health Agency of Canada*¹¹ considera que a saúde mental é a capacidade de cada um de nós sentir, pensar e agir de forma a melhorar a capacidade de aproveitar a vida, e lidar com os desafios que enfrentamos. É uma sensação positiva de bem-estar emocional e espiritual que respeita a importância da cultura, equidade, justiça social, interconexões e dignidade pessoal. Em suma, esta conceptualização de saúde mental representa a aproximação a um modelo de saúde mental biopsicossocial, menos centrado num modelo biomédico.

A este propósito, Galdersi et al.¹² propõem uma nova definição de saúde mental, de acordo com a qual esta representa *um estado dinâmico de equilíbrio interno que permite aos indivíduos usar as suas competências em harmonia com os valores universais da sociedade*, [designadamente]: - *competências cognitivas e sociais, habilidade para reconhecer, expressar, modelar as próprias emoções, assim como empatizar com os outros;* - *flexibilidade e habilidade para lidar com eventos de vida adversos e com as funções associadas com os seus papéis sociais;* e, - *uma relação harmoniosa entre corpo e mente representam componentes importantes da saúde mental que contribuem, em vários graus para o estado de equilíbrio interno (p.232).*

Jahoda (1958, citado por Townsend⁷) identificou seis indicadores sugestivos de saúde mental num indivíduo:

- **Atitude positiva para consigo próprio** - visão objetiva de si próprio, com conhecimento e aceitação das suas forças e limitações, ocorrendo um forte sentido de identidade pessoal e segurança dentro do seu ambiente;
- **Crescimento, desenvolvimento e capacidade de alcançar a auto-atualização** – existência de sucesso no alcance das tarefas em cada nível de desenvolvimento, com aquisição de motivação para avançar para o seu mais alto potencial;
- **Integração** – manutenção de equilíbrio entre os diversos processos da vida, incluindo a capacidade para responder adaptativamente ao ambiente e o desenvolvimento de uma filosofia de vida;
- **Autonomia** – capacidade de atuação autónoma e independente, com a realização de escolhas, e aceitação da responsabilidade pelos resultados;
- **Perceção da realidade** – perceção do ambiente sem distorções, e capacidade de ter empatia e sensibilidade social (respeito e preocupação pelos desejos e necessidades de terceiros);
- **Mestria ambiental** – alcance de um papel satisfatório dentro do grupo, sociedade ou ambiente, existindo capacidade de amar e ser amado, bem como capacidade de desenvolver estratégias, tomar decisões, mudar, ajustar-se e adaptar-se, mediante qualquer situação.

Deste modo, as ações de promoção da saúde mental pretendem potenciar um estado de equilíbrio que permita aos indivíduos compreenderem, interpretar e adaptarem-se ao meio circundante, estabelecerem relações significativas com os outros e tornarem-se um elemento produtivo da sociedade¹³.

O continuum saúde mental – doença mental e a visão tridimensional da saúde

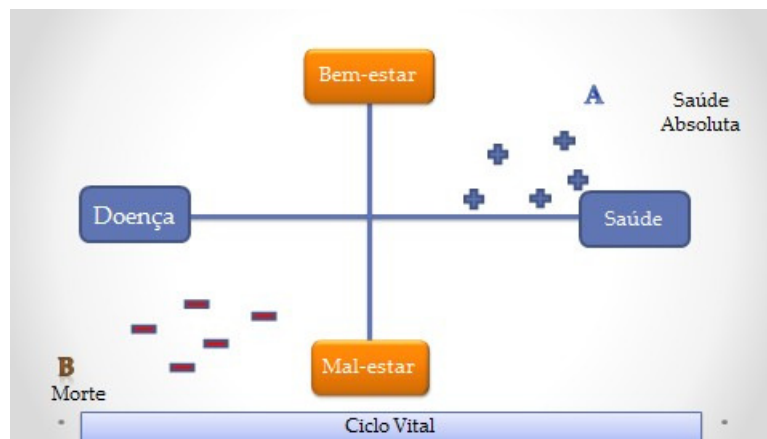
Segundo Sequeira¹⁰, a saúde e a doença podem naturalmente ser visualizadas como um processo contínuo que varia desde a saúde extremamente deficiente ou de morte eminente, até um máximo de elevado bem-estar. Este processo contínuo pode ser redutor se considerarmos o conceito de saúde como bem-estar. Outra limitação deste modelo resulta da implicação de que alguém com uma doença mental não pode

experimentalmente uma saúde mental positiva¹⁴. A este propósito, Gomes¹⁵ vai mais longe e sugere uma visão tridimensional da saúde, que acresce o conceito de bem-estar, num processo contínuo ao longo de todo o ciclo vital (constituído por uma sequência de diferentes períodos em que o anterior afeta sempre os que se seguem).

Entendendo a saúde mental numa perspetiva multidimensional, devemos considerar a linha horizontal saúde/doença representando um continuum, onde o nosso nível de saúde se posiciona minuto-a-minuto, hora-a-hora, dia-a-dia, mais próxima da saúde ou da doença, num processo dinâmico e permanentemente mutável; a linha vertical do bem-estar/ mal-estar que se move ao longo do quotidiano em resposta aos desafios que nos são colocados; e por fim, a linha do ciclo vital que condiciona a dinâmica deste processo.

Conforme ilustrado na figura 1 a saúde absoluta corresponderia à melhor saúde possível associada ao melhor bem-estar possível, representado pelo ponto A. Já no extremo oposto a pior saúde possível representa o extremo da doença absoluta – a pior saúde associada ao mal-estar extremo, representado pelo ponto B.

Figura 1 – Representação tridimensional da saúde



Nesta visão tridimensional - bem-estar, saúde e ciclo vital, Gomes¹⁵ refere-se a duas dimensões distintas de saúde mental:

- Saúde mental positiva – entendida como um valor em si mesmo, renovável: a capacidade para pensar e comunicar com os outros, e a capacidade de perceber, compreender e interpretar o ambiente, adaptar-se a ele e alterá-lo se necessário;

- Saúde mental negativa – perturbações mentais e de comportamento, relacionada com os transtornos mentais, sintomas e os problemas de saúde mental.

Com base nesta representação, a saúde mental é um recurso individual que contribui para a qualidade de vida do indivíduo e pode ser aumentada ou diminuída pelas ações da sociedade. Um aspeto da boa saúde mental é a capacidade de relacionamentos mutuamente satisfatórios e duradouros atingível através do equilíbrio e da harmonia entre as diferentes dimensões do indivíduo. Trata-se de um percurso dinâmico entre indivíduo e o ambiente, isto é, constrói-se desde os primeiros anos de vida¹⁶, sendo influenciada pelas diferentes dimensões da pessoa, pelas condições em que se vive e cresce, e pelo estadio de desenvolvimento em que se encontra.

O normal e patológico

Sendo a conduta humana multidimensional, é pertinente a compreensão de saúde e doença mental, não como definições distintas, mas como pontos extremos de um continuum de normalidade (Vásquez, 1990, citado por Sequeira¹⁰).

As fronteiras entre normalidade e patologia, [e consequentemente o julgamento de anormalidade] diferem culturalmente, havendo limiares de tolerância de sintomas e comportamentos específicos distintos em diferentes culturas, ambientes sociais e famílias. As normas internalizadas pela pessoa e aplicadas pelos que a rodeiam permitem julgamentos de normalidade e anormalidade distintos, levando a interpretações de psicopatologia que poderão beneficiar ou não o diagnóstico¹⁷.

Havendo uma grande variabilidade espacial e temporal do conceito de normalidade em função dos padrões socioculturais e de interpretações variadas, será cientificamente incorreto relacionar saúde com normalidade, sendo difícil distinguir os conceitos de normalidade e anormalidade¹⁰.

Vásquez (1990, citado por Sequeira¹⁰) identificou um conjunto de cinco características que distinguem normalidade de anormalidade, sendo que não é necessário estarem todas presentes no caso de anormalidade:

- Sofrimento pessoal ou “mal-estar subjetivo” - umas das características mais notórias nesta dualidade conceptual, obrigando o indivíduo que está ou se sente doente a pedir ajuda;
- Falta de adaptação ao meio - observa-se pelos comportamentos considerados desviantes e que contribuem fortemente para o desajustamento do indivíduo no seu meio, gerando relações interpessoais desequilibradas;
- Sofrimento para o observador – gerado por comportamentos agressivos e violentos [ou outro tipo de comportamentos] por parte do indivíduo doente;
- Irrracionalidade, incompreensibilidade, peculiaridade – características de condutas anómalas que despertam atenção, considerando-se existir uma perda do senso comum, definida por Kant como a característica comum da “loucura”;
- Violação dos códigos vigentes – a principal característica que permite às sociedades identificar o doente mental.

O mesmo autor refere, ainda, que para se definir anormalidade nenhum destes elementos é necessário existir de forma concreta ou isolada, não existindo assim nenhum elemento que isoladamente seja suficiente para definir uma conduta anormal, mesmo perante comportamentos agressivos e/ou autodestrutivos. A anormalidade de uma conduta é definida por uma combinação de critérios, sendo um conceito multifatorial. Para além disso, nenhuma conduta pode ser considerada por si só anormal, devendo a mesma ser contextualizada.

A Perturbação Mental

Com base nos dados epidemiológicos recolhidos na última década, é hoje evidente que as perturbações psiquiátricas e os problemas relacionados com a saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura, principalmente nos países ocidentais industrializados. Uma parte importante das pessoas com doença mental grave permanecem sem acesso a cuidados de saúde mental, e muitos dos que têm acesso continuam a não beneficiar dos modelos de intervenção (programas de tratamento e de reabilitação psicossocial), hoje considerados essenciais.

O termo psicopatologia deriva do grego *psyché* (alma e patologia), significando “patologia do espírito”. Segundo Sims¹⁸, corresponde *ao estudo sistemático das vivências, cognições e comportamentos que são produto de uma mente perturbada* (p. 2). É um ramo teórico da psiquiatria, que se ocupa dos fenómenos patológicos do psiquismo, tendo por objeto de estudo a atividade psíquica anómala, procurando compreender as disfunções mentais e explicar a operatividade patológica¹⁰.

Perturbação mental é, segundo a *American Psychiatric Association*¹⁷ (p. 22), *uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa da cognição, da regulação da emoção, ou do comportamento do sujeito que reflete uma disfunção dos processos psicológicos, biológicos ou do desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental*. Trata-se de uma situação patológica em que ocorrem distúrbios da organização mental, ocorrendo um estado de desequilíbrio entre o ambiente e os sistemas biológico, psicológico e sociocultural, ocorrendo incapacidade de exercício dos papéis sociais do indivíduo (familiar, laboral e comunitário). Resulta assim, segundo Sequeira¹⁰, de uma relação conflituosa entre indivíduo e sociedade organizada, por existir uma diferença entre ambos muito acentuada ou predisposição do indivíduo para a doença, resultando numa alteração da integração, adaptação e autonomia do indivíduo.

Não se considera perturbação mental quando a resposta a um fator de stresse comum ou a uma perda é expectável ou culturalmente aprovada, e só no caso de ocorrer disfunção do indivíduo se poderá considerar perturbação mental, um comportamento socialmente desviante (por exemplo, político, religioso, ou sexual) ou um conflito primário entre o indivíduo e a sociedade¹⁷.

Segundo Horwitz (2002, citado por Townsend⁷), apesar da influência cultural associada a este conceito, existem elementos associados à perceção do doente mental, nomeadamente a incompreensibilidade (incapacidade de perceber a motivação que leva ao comportamento) e a relatividade cultural.

Aspetos culturais face à saúde / perturbação mental

Os fatores culturais influenciam e contribuem para o desenvolvimento e manifestações da perturbação mental. Por outro lado, a cultura também facilita a organização das

expressões comportamentais em categorias e ainda organiza a resposta a estas expressões.

Horowitz estudou a influência da cultura na saúde e especificamente na percepção das pessoas face à doença mental, e identificou dois elementos que determinam a categorização das pessoas como tendo perturbação mental - incompreensibilidade e relatividade cultural (Horowitz, 2002, citado por Townsend⁷), que clarificamos de acordo com os autores referidos:

- Incompreensibilidade – diz respeito à incapacidade de percebermos a motivação que está por detrás do comportamento do outro. Quando não conseguimos compreender o comportamento e não percebemos o seu significado, surgem com frequência os rótulos a esse comportamento;
- Relatividade cultural – assume que a cultura determina as regras que definem a normalidade e anormalidade de determinado comportamento. Assim, é possível que um comportamento que é considerado normativo numa cultura seja considerado mentalmente doente noutra, e vice-versa.

De acordo com Horowitz (2002, citado por Townsend⁷), estes são alguns dos aspetos culturais que influenciam as atitudes face à doença mental que importam ser consideradas pelo enfermeiro na sua prática, especificamente no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica:

- Os membros de uma comunidade leiga reconhecem as manifestações iniciais de um comportamento desviante de um indivíduo mais cedo, do que os profissionais de saúde mental;
- É menos provável que as pessoas próximas de um indivíduo (que façam parte do mesmo grupo cultural ou social) classifiquem o seu comportamento como mentalmente doente do que as pessoas afastadas ou culturalmente distantes. A família tenta com frequência arranjar uma explicação para o comportamento, “normalizando” a situação;
- As normas locais ou culturais definem o comportamento patológico, e os psiquiatras veem com maior frequência as pessoas cujas famílias já não conseguem negar a doença mental e quando o comportamento é causa de muito sofrimento;

- Os indivíduos de classe social mais baixa tendem a demonstrar maior quantidade de sintomas de doença mental, são mais tolerantes no que respeita aos comportamentos desviantes, e é menos provável que os considerem como doença mental. O rótulo de doença mental é frequentemente aplicado pelos profissionais de psiquiatria;
- Quanto mais alta é a classe social, maior é o reconhecimento dos comportamentos de doença mental. Habitualmente as pessoas de classes sociais altas rotulam-se a elas próprias ou são rotuladas pela famílias e amigos. Com frequência procuram assistência psiquiátrica aquando dos primeiros sinais de perturbação emocional;
- Quanto mais culta for a pessoa mais facilmente reconhece os comportamentos de doença mental. O tipo de educação é muito relevante neste aspeto e é mais provável que os profissionais ligados às humanidades (advogados, professores, enfermeiros, assistentes sociais, artistas) procurem mais ajuda do que os executivos, informáticos, contabilistas e engenheiros;
- É mais provável que os judeus procurem mais ajuda psiquiátrica comparativamente aos católicos e protestantes;
- É mais provável que as mulheres reconheçam os sintomas de doença mental, do que os homens, e procurem ajuda;
- Quanto menor for a ligação à sociedade convencional (caso dos imigrantes) maior é a possibilidade da reação negativa da sociedade à doença mental dessas pessoas. Há maior tendência a internamentos compulsivos e tratamento coercivo.

Podemos assumir que neste contexto, a saúde mental será a resposta adaptativa aos agentes stressores de ambiente externo ou interno, manifestada por sentimentos, pensamentos e comportamentos congruentes com as normas locais e culturais do indivíduo, de modo a permitir-lhe um funcionamento físico, social, ocupacional e espiritual capaz de lhe trazer bem-estar.

Nesta perspetiva, cultura e educação são determinantes importantes para a saúde mental. Daqui nasce a cada vez mais emergente necessidade de o comum cidadão

adquirir conhecimento sobre as perturbações mentais o que permitirá o reconhecimento, gestão e prevenção. Falamos no conceito de Literacia em Saúde Mental [LSM], atualmente definida como a capacidade de: a) obter e manter a saúde mental positiva; b) compreender as perturbações mentais e os seus tratamentos; c) diminuir o estigma relacionado à doença mental; e d) melhorar a eficácia da procura de ajuda [saber quando e onde procurar ajuda, e desenvolver competências destinadas a melhorar os cuidados de saúde mental e as capacidades de autogestão]¹⁹⁻²⁰.

Todavia, é importante que a LSM seja específica ao contexto (por exemplo, desenvolvida e aplicada em situações da vida quotidiana), adequada ao desenvolvimento (por exemplo, adaptada ao estadió do ciclo vital de cada indivíduo) e efetivamente integrada nas estruturas sociais e organizacionais existentes (como escolas e organizações comunitárias)¹⁹.

São diversos os desafios colocados às intervenções de LSM e à clarificação dos seus resultados. Atualmente existem dois instrumentos validados para a sua avaliação na população portuguesa: o *European Health Literacy Survey* (HLS-Eu) e o Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (QuALiSMental), sendo este último um instrumento direcionado para a saúde mental. Este instrumento trata-se de uma adaptação do *Survey of Mental Health Literacy in Young People – Interview Version*, traduzida, adaptada e validada para adolescentes e jovens²¹. Engloba o reconhecimento das perturbações mentais, o conhecimento sobre os tratamentos disponíveis, o conhecimento sobre as estratégias (quer de autoajuda quer de ajuda aos outros), e o conhecimento sobre a prevenção de doenças mentais.

De salientar que as intervenções de LSM precisam de ser contextualmente desenvolvidas e aplicadas. Ou seja, embora os principais componentes das intervenções de LSM devam ser considerados em todas as situações, estes devem-se encaixar no contexto em que serão implementados. Pelo que pode não ser razoável argumentar que as intervenções de LSM são um sapato de tamanho único. Por exemplo, se pensarmos nas intervenções de LSM dirigidas aos professores estas não são sobreponíveis às intervenções de LSM dirigidas aos policiais, embora devam refletir os mesmos princípios básicos (conhecimento, atitudes ou estigma, e eficácia da procura de ajuda)¹⁹.

No que concerne aos programas de LSM a investigação atual começa a relevar a importância do incremento das novas tecnologias nestes programas com recurso à *internet* como fonte de informação e de promoção. Os benefícios associados ao uso das novas tecnologias de informação e comunicação incluem a facilidade de acesso, potencial de suporte pelos pares, a inclusão de indivíduos que residam em áreas isoladas e a adequação à situação²². As intervenções *e-mental health*¹ e as redes sociais online são meios promissores e acessíveis para manter a saúde mental demonstrando eficácia social e económica²⁴. Adicionalmente permitem capacitar os cidadãos proporcionando-lhes oportunidades e ambientes para desenvolverem as suas capacidades, confiança e conhecimento, por forma a tornarem-se parceiros ativos no cuidado à sua saúde²⁵.

QUESTÕES DE REVISÃO

- Caracterize a Perturbação mental.
- O que é ter saúde mental?
- Será possível ter doença mental e saúde mental em simultâneo? E apresentar ausência de doença mental e saúde mental? Justifique as respostas.
- Que competências e capacidades devem estar presentes numa pessoa que se considere ter saúde mental?
- Quais os indicadores sugestivos de saúde mental? Explique-os sucintamente.
- Como se define a normalidade de um comportamento?
- Onde se situa a fronteira entre normalidade e anormalidade? E a fronteira entre saúde e doença mental? Explique.
- Quais as características que caracterizam a anormalidade? Descreva-as sucintamente.
- Identifique três aspetos culturais que influenciem a perceção da perturbação/ doença mental.

¹ *E-mental health* corresponde aos serviços de saúde mental e informações disponibilizadas e aprimoradas com recurso à internet e às novas tecnologias relacionadas²³.

Situação clínica:

O Sr. João, de 74 anos é viúvo há 15 anos. Um ano depois da esposa falecer, a filha deu-lhe um cão chamado Fiel. Tratava-se de um cão rafeiro, divertido, e que desafiava o dono para brincar. O Sr. João e o Fiel tornaram-se inseparáveis. Fiel viveu sempre ao lado do dono e morreu nos seus braços há 2 anos.

A filha do Sr. João procurou o enfermeiro de saúde mental por causa do pai. Afirmou que ele não quer saber dela, passa o tempo entre a igreja e a campa do Fiel. Reza pelo cão e nas conversas que tem com ela e com os vizinhos só fala dele. Desde há dois dias que diz não ter fome e só bebe líquidos.

Questões para a situação clínica:

- Classifique a situação de saúde/ doença mental do Sr. João à luz do modelo tridimensional de saúde.
- Indique quais as características de normalidade/ anormalidade do comportamento do Sr. João.
- Indique três motivos pelos quais a filha do Sr. João possa ter pedido ajuda (considere as questões culturais para responder à questão).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial da Saúde (1946). *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946*. Recuperado a 20 de outubro de 2019 em <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAdede/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>
2. Alves, A. & Rodrigues, N. (2010). Determinantes sociais e económicos da saúde mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2): 127-131.
3. Organização Pan Americana da Saúde (OPAS); Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001). Relatório sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. Organização Mundial de Saúde.
4. World Health Organization. (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging practice*. Geneva: World Health Organization.
5. Keyes, C. (2013). *Mental Well-Being: International Contributions to the Study of Positive Mental Health*. Dordrecht, The Netherlands: Springer.
6. Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
7. Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. (S. Rodrigues, Trad.). Loures: Lusociência.
8. Quartilho, M. (2010). *Saúde Mental: Estado de arte*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
9. Direção Geral de Saúde [DGS] (2015). *Plano nacional de saúde – revisão e extensão a 2020*. Lisboa: DGS.

10. Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica: Do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto.
11. Public Health Agency of Canada. (2006). *The Human Face of Mental Health and Mental Illness in Canada*. Recuperado a 4 de novembro de 2019 em https://cpa.ca/docs/File/Practice/human_face_e.pdf.
12. Galderisi S., Heinz A., Kastrup M., Beezhold J. & Sartorius N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World psychiatry*, 14: 231-233.
13. Cepêda, T., Brito, I. & Heitor, M. (2006). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais*. Lisboa: DGS. Recuperado a 20 de outubro de 2019 em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/promocao-da-saude-mental-nagravidez-e-primeira-infancia-manual-de-orientacao-para-profissionais-de-saude.aspx>.
14. Lakasky, C. (2006). *Operationalizing Mental Health for Population Mental Health Promotion* (unpublished). Ottawa: Public Health Agency of Canada.
15. Gomes, J. (2010). A saúde mental no ciclo vital. In: Sequeira & Sá (coordenadores). *Do diagnóstico à Intervenção em saúde mental* (pp. 19-35). Sociedade Portuguesa de Saúde Mental.
16. Nogueira, M. (2017). *Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior: fatores protetores e fatores de vulnerabilidade*. Universidade de Lisboa – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa: Dissertação de Doutoramento em Enfermagem.
17. American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 5ª edição. (C. Agostinho et al., Trad.). Lisboa: Climepsi Editores.
18. Correia, D., Barbosa, A., Costa, C., Sampaio, D., Guerreiro, D., Cerejeira, J., ... Coelho, R. (2014). *Manual de Psicopatologia*. 2ª edição. Lisboa: Lidel - edições técnicas.
19. Kutcher, S. Wei, Y. & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: past, present and future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 3(6): 154-158.
20. World Health Organization (2013). *Health literacy: the solid facts*. Geneva: WHO Regional Office for Europe.
21. Loureiro, L. Mendes, A. Barroso, T. Santos, J. Oliveira, R. & Ferreira, R. (2012).

Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, 6: 157-166.

22. Mohr, D. et al. (2010). Interest in behavioural and psychological treatments delivered face-to-face, by telephone, and by internet. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(1): 89-98.

23. Shalini, L. & Adair, C. (2014). E-mental health: a rapid review of the literature. *Psychiatric Services*. 65(1): 24-32.

24. Beentjes, T. Gaal, B. Goossens, P. & Schoonhoven, L. (2016). Development of an e-supported illness management and recovery programme for consumers with several mental illness using intervention mapping, and design of an early cluster randomized controlled trial. *BioMed Central Health Services Research*, 16: 20.

25. Nakos, G. Magita, A. Mechili, A. & Diomidous, M. (2015). The empowerment of patients with mental conditions and addictions through e-health. *Enabling Health Informatics Applications*, 213: 210-212.