

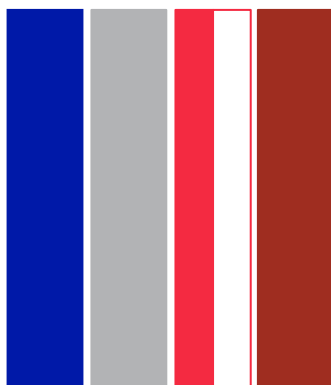
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO
VARIANTE EM CIÊNCIAS E CULTURA

**Plataformas digitais e comunicação da saúde
mental:
O Portal da Depressão e a pegada digital dos seus
utilizadores.**

Mariana Sousa Batista

M

2021



Mariana Sousa Batista

**Plataformas digitais e comunicação da saúde
mental:
O Portal da Depressão e a pegada digital dos seus
utilizadores.**

Dissertação realizada no âmbito do Mestrado em Ciências da Comunicação, orientada
pelo Professor Doutor José Manuel Pereira Azevedo
e pelo Professor Doutor Paulo Fontes.

Faculdade de Letras da Universidade do Porto

2021

Mariana Sousa Batista

Plataformas digitais e comunicação da saúde mental:

O Portal da Depressão e a pegada digital dos seus utilizadores.

Dissertação realizada no âmbito do Mestrado em Ciências da Comunicação, orientada pelo Professor Doutor José Manuel Pereira Azevedo e pelo Professor Doutor Paulo Fontes.

Membros do Júri

Professor Doutor (escreva o nome do/a Professor/a)

Faculdade (nome da faculdade) - Universidade (nome da universidade)

Professor Doutor (escreva o nome do/a Professor/a)

Faculdade (nome da faculdade) - Universidade (nome da universidade)

Professor Doutor (escreva o nome do/a Professor/a)

Faculdade (nome da faculdade) - Universidade (nome da universidade)

Classificação obtida: (escreva o valor) Valores

Dedico à minha avó Izaura e todas as mulheres da família Ramos.

Sumário

Declaração de honra	iii
Agradecimentos	iv
Resumo.....	v
Abstract	vi
Índice de Figuras	vii
Índice de Tabelas.....	ix
Lista de abreviaturas e siglas.....	x
Introdução.....	1
1.A importância da comunicação na saúde	3
1.1. Papel da comunicação na saúde mental	5
1.1.1. O poder dos <i>mass media</i>	7
1.2. Saúde mental na web 2.0	11
1.2.1. Exemplos de site sobre saúde mental	14
1.2.2. Análises da pegada digital em sites sobre saúde mental	16
1.3. O papel das tecnologias da informação e comunicação nos avanços da saúde mental....	17
1.3.1. Tratamento virtual: continuidade, abandono e desafios online	21
1.3.2. Novas tecnologias em saúde mental: BITS	23
1.3.3. Novas tecnologias em saúde mental: Big data	24
2.Marketing social e saúde	28
2.1. A tecnologia e seu papel mediador entre marketing social e saúde mental	33
3.Contextualização do estudo de caso e implicações metodológicas	36
3.1. Objeto de investigação.....	37
3.2. Metodologia: Fundamentos do método Web Analytics - Baseado em Melhoria Contínua (WACIC)	39
3.3. Web Analytics	39
3.3.1. Google Analytics: Ferramenta Web Analytics sugerida.....	40
3.3.2. Google Ads: Ferramenta complementar sugerida	44
4.Estudo de caso: O Portal da Depressão	46
4.1. Desenvolvimento do website	47
4.1.1. Área “Será que tenho depressão?”	49
4.1.2. Área “Tenho depressão. E agora?”	53

4.1.3. Área “Como ajudar uma pessoa com depressão?”	58
4.1.4. Informação institucional	62
4.2. Desenvolvimento das campanhas de CPC / Google Ads	65
4.3. – Análise de audiências e do comportamento dos utilizadores.....	68
4.4. Resultados	69
4.4.1. Resultado das campanhas Google Ads	69
4.4.2. Google Analytics: Resultados.....	72
4.4.3. Análise da pegada digital	75
4.5. – Discussão dos resultados.....	85
5. Conclusão	88
Referências Bibliográficas	94

Declaração de honra

Declaro que a presente dissertação é de minha autoria e não foi utilizado previamente noutro curso ou unidade curricular, desta ou de outra instituição. As referências a outros autores (afirmações, ideias, pensamentos) respeitam escrupulosamente as regras da atribuição, e encontram-se devidamente indicadas no texto e nas referências bibliográficas, de acordo com as normas de referenciação. Tenho consciência de que a prática de plágio e auto-plágio constitui um ilícito académico.

Porto, Setembro 2021

Mariana Sousa Batista

Agradecimentos

Pode parecer doloroso e intangível, mas acima de tudo, agradeço à minha depressão, aos meus genes e toda a minha trajetória de luta. São eles que me movem, há alguns anos, no combate aos estigmas e, assim, insuflam a minha vontade em contribuir para que possamos viver em uma sociedade mais justa para quem caminha ao lado de algum transtorno mental. Agradeço a Thaís Santos, minha psicóloga que, em um momento me disse que um dia eu iria agradecer por tanta dor e hoje estou aqui.

Agradeço ao meu professor, José Manuel que, desde o início embarcou na minha ideia, apoiou-me, acolheu minhas questões de saúde e me deu a oportunidade também de aprender com o Paulo Fontes, meu co-orientador, o qual, em pouco tempo, tive o privilégio de compartilhar aprendizados e crescer. Muito obrigada por toda a paciência e dedicação.

Quero agradecer à minha família e às minhas amigas que sempre me apoiaram nesse processo, principalmente nas horas mais difíceis.

Recebi muito apoio e ajuda para a realização deste trabalho, sobretudo, na construção do site. Quero agradecer a cada apoiador, as psicólogas Ana Catarina Teixeira, Marília Hormanez, Marta Silva e o psiquiatra Fernando Duarte. Também o Antonio Carlos Sandoval Pedro e a Marina Brecht. Em especial, meus grandes amigos, Roberto Brecht e Carlos Eduardo Lagunde. Eles foram essenciais para que todo esse trabalho acontecesse. Dedico esta dissertação à minha avó paterna, Izaura Ramos Batista, assim como a todas as mulheres da família Ramos, com as quais compartilho do mesmo DNA e ao que tudo indica herdei o gene do transtorno bipolar. O escritor Itamar Vieira Junior diz que: “encontrar a sua história é se conectar consigo mesmo” e, hoje, eu sei que sou a portavoza dessas mulheres, de gerações passadas que sofreram, ou que ainda sofrem, com transtornos mentais e foram silenciadas por seus maridos, pela sociedade ou por outras formas de cerceamentos. Acredito que eu seja o sonho das minhas antepassadas. Com certeza, elas sonharam em ser mulheres livres com direito a uma vida digna e a um tratamento adequado. Dedico este trabalho àquelas que vieram antes de mim e a todas as outras que não puderam ter liberdade, devido a seus transtornos. Dedico as que até hoje são tratadas como loucas e histéricas. E dedico, inclusive, as que estão por vir, como quem sabe, uma filha minha, para que juntas, na força, possamos enfrentar essa dor silenciosa que é a depressão.

Resumo

Um estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS), publicado em 2017, mostra que cerca de 5% da população mundial é afetada pela depressão. Em média, por ano, 800 mil pessoas morrem por suicídio. Os países Brasil e Portugal, apesar da diferença populacional, possuem uma taxa semelhante em relação aos números de casos, a prevalência de casos no país latino-americano é 5,8%, já no país europeu 5,7%.

Conhecida como a doença do século, o transtorno depressivo, muitas vezes, ainda é considerado um assunto tabu e estigma social. Estudos mostram uma grande deficiência e reforço negativo nos meios de comunicação ao informar sobre transtornos mentais. A grande mídia e as intervenções na internet têm um papel fundamental para alterar essa visão e combater preconceitos. Por esta razão, temos como um dos objetivos deste trabalho contribuir para uma comunicação mais eficaz e assertiva em saúde mental. Será elaborado um website sobre depressão e campanhas de marketing social sobre o tema. E, através da pegada digital, vamos mensurar dados e analisar o público. Este estudo pretende compreender quem é o público-alvo que busca informações sobre depressão e quais formas de comunicação mais eficientes para informá-los sobre o assunto.

Palavras-chave: Depressão, Google Analytics, Google Ads, Marketing Social, Pegada Digital

Abstract

Published in 2017, a World Health Organization (WHO) report shows that about 5% of the world's population suffers from depression. On average, 800,000 people die by suicide per year. Brazil and Portugal, despite the population density difference, have a similar rate of the number of cases, 5.8% in the Latin American country whereas 5.7% in the European country.

Known as the disease of the century, depressive disorder is often considered a taboo subject and social stigma. Studies show a major lack of information and negative reinforcement in the media when reporting mental disorders. The mainstream media and internet manifestations play an essential role in changing this view and fighting prejudice. For this reason, this paper aims to contribute to a more effective and assertive communication in mental health. To that end, a website about depression and social marketing campaigns on this subject are being created. Through digital footprint, audience data will be measured and analyzed to understand who is the target audience that seeks information about depression and which communication formats are more efficient to inform them about it.

Key-words: Depression, Google Analytics, Google Ads, Social Marketing, Digital Footprint

Índice de Figuras

FIGURA 1. <i>HOMEPAGE</i> : O PORTAL DA DEPRESSÃO, COM DESTAQUES NAS SUAS TRÊS GRANDES ÁREAS.....	48
FIGURA 2. SEÇÃO 1: SERÁ QUE TENHO DEPRESSÃO? COM DESTAQUES EM CINCO ÁREAS: SINTOMAS; TRISTEZA OU DEPRESSÃO?; TESTE SOBRE DEPRESSÃO; AJUDA PROFISSIONAL E BANNER PARA OBTER AJUDA:.....	49
FIGURA 3. PÁGINA: SINTOMAS.	50
FIGURA 4. PÁGINA: ENTENDA AS DIFERENÇAS ENTRE TRISTEZA E DEPRESSÃO.	51
FIGURA 5. PÁGINA: TESTE DE DEPRESSÃO:	52
FIGURA 6. PÁGINA: A IMPORTÂNCIA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE:.....	53
FIGURA 7. SEÇÃO 2: TENHO DEPRESSÃO. E AGORA?.....	54
FIGURA 8. PÁGINA: ESTOU COM DEPRESSÃO. O QUE DEVO FAZER?.....	55
FIGURA 9. PÁGINA: DEVO TOMAR REMÉDIO?.....	56
FIGURA 10. PÁGINA: GUIA PARA LIDAR COM A DEPRESSÃO:.....	57
FIGURA 11. SEÇÃO 3: COMO AJUDAR UMA PESSOA COM DEPRESSÃO.	58
FIGURA 12. PÁGINA: O QUE É A DEPRESSÃO?.....	59
FIGURA 13. PÁGINA: COMO POSSO AJUDAR UMA PESSOA COM DEPRESSÃO?	60
FIGURA 14. PÁGINA: CANAIS DE AJUDA.....	61
FIGURA 15. PÁGINA: SOBRE NÓS	62
FIGURA 16. PÁGINA: APOIADORES	63
FIGURA 17. PÁGINA: LINKS ÚTEIS.....	64
FIGURA 18. PÁGINA: CONTATO	65
FIGURA 19. CRONOGRAMA DO O PORTAL DA DEPRESSÃO E CAMPANHAS DO GOOGLE ADS:	66
FIGURA 20. CAMPANHA 1 (PT 1/BR 1): SEGMENTADA PARA PESSOAS QUE DESCONFIAM QUE ESTÃO COM DEPRESSÃO:	66
FIGURA 21. CAMPANHA 2 (PT 2/BR 2): SEGMENTADA PARA PESSOAS QUE JÁ ESTÃO DIAGNOSTICADAS COM DEPRESSÃO:	67
FIGURA 22. CAMPANHA 3 (PT 3/BR 3): SEGMENTADA PARA QUEM DESEJA AJUDAR UMA PESSOA DIAGNOSTICADA COM DEPRESSÃO:	67
FIGURA 23. CAMPANHAS DO GOOGLE ADS DIVIDIDAS PELAS TRÊS CATEGORIAS DO SITE E SEGMENTADAS ENTRE OS PAÍSES, PORTUGAL E BRASIL:	68
FIGURA 24. VISÃO GERAL DOS RESULTADOS DAS CAMPANHAS DO GOOGLE ADS:.....	69
FIGURA 25. VISÃO DETALHADA DOS RESULTADOS DAS CAMPANHAS DO GOOGLE ADS:	70
FIGURA 26. FASE 1 DAS CAMPANHAS DO SITE O PORTAL DA DEPRESSÃO (24 DE JUNHO A 19 DE AGOSTO DE 2021):	70

FIGURA 27. FASE 2, DAS CAMPANHAS DO SITE O PORTAL DA DEPRESSÃO (3 A 9 DE SETEMBRO DE 2021):.....	71
FIGURA 28. VISÃO GERAL DO PORTAL DA DEPRESSÃO APRESENTADA NO GOOGLE ANALYTICS:.....	72
FIGURA 29. RANKING DAS 10 PÁGINAS MAIS ACESSADAS NO SITE O PORTAL DA DEPRESSÃO:.....	73
FIGURA 30. INTERVALO DE DURAÇÃO DAS SESSÕES EM O PORTAL DA DEPRESSÃO:.....	74
FIGURA 31. FLUXO INICIAL DE COMPORTAMENTO DOS USUÁRIOS:	74
FIGURA 32. CANAIS DE ORIGEM DO TRÁFEGO NO O PORTAL DA DEPRESSÃO:	75
FIGURA 33. VISÃO GERAL DE IDADE E SEXO NO TOTAL DE ACESSOS	76
FIGURA 34. FAIXAS ETÁRIAS DOS UTILIZADORES DO BRASIL E PORTUGAL:.....	76
FIGURA 35. VISÃO DETALHADA DO SEXO DOS UTILIZADORES DO SITE:	77
FIGURA 36. (GRÁFICO DE SETORES) DADOS DE NÚMERO DE USUÁRIOS BRASILEIROS POR ESTADOS:	77
FIGURA 37. MAPA GRÁFICO DE USUÁRIOS BRASILEIROS POR ESTADOS:	78
FIGURA 38. (GRÁFICO DE SETORES) DADOS DE NÚMERO DE USUÁRIOS BRASILEIROS POR CIDADES:	78
FIGURA 39. MAPA GRÁFICO DE USUÁRIOS BRASILEIROS POR CIDADES:	79
FIGURA 40. (GRÁFICO DE SETORES) DADOS DO NÚMERO DE USUÁRIOS PORTUGUESES POR CIDADES:	79
FIGURA 41. MAPA GRÁFICO DE USUÁRIOS PORTUGUESES POR CIDADES:	80
FIGURA 42. (GRÁFICO DE SETORES) DADOS DO NÚMERO DE USUÁRIOS PORTUGUESES POR DISTRITO:.....	80
FIGURA 43. MAPA GRÁFICO DE USUÁRIOS PORTUGUESES POR DISTRITO:.....	81
FIGURA 44. DIAS DA SEMANA QUE MAIS TIVERAM ACESSO NO SITE O PORTAL DA DEPRESSÃO.....	81
FIGURA 45. HORÁRIOS DE VISITAS NO SITE:	82
FIGURA 46. CATEGORIA DE AFINIDADE:	82
FIGURA 47. SEGMENTO NO MERCADO:	83
FIGURA 48. OUTRA CATEGORIA:	84
FIGURA 49. VISÃO GERAL DOS DISPOSITIVOS DE ACESSO AO SITE:.....	84
FIGURA 50. INFORMAÇÃO DETALHADA SOBRE OS MODELOS DOS DISPOSITIVOS MÓVEIS:	85

Índice de Tabelas

TABELA 1. FONTES POPULARES DE INFORMAÇÃO SOBRE DOENÇAS MENTAIS NO CANADÁ (2014)	12
TABELA 2. SITES SELECIONADOS COMO REFERÊNCIA INICIAL PARA ESTUDO DE CASO:	15
TABELA 3. DEFINIÇÃO DOS TERMOS UTILIZADOS NAS PLATAFORMAS DO GOOGLE:	43
TABELA 4. AMOSTRAS DE TERMOS DE PESQUISA DE PALAVRAS-CHAVE USADOS NAS CAMPANHAS DO O PORTAL DA DEPRESSÃO NO GOOGLE ADS:	68

Lista de abreviaturas e siglas

BITS	BEHAVIORAL INTERVENTION TECHNOLOGIES
CBT	TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL FACE A FACE
DSM-5	MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS
EUTIMIA	ALIANÇA EUROPEIA CONTRA A DEPRESSÃO EM PORTUGAL
FMUSP	DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA
GA.....	GOOGLE ANALYTICS
ICBT	INTERNET-DELIVERED COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
OPAS	ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
TCC	TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL
WAA.....	WEB ANALYTICS ASSOCIATION
WACIC	WEB ANALYTICS CONTINUOUS IMPROVEMENT CYCLE

Introdução

O autor Andrew Solomon (2014) diz que a depressão ocorre com frequência e, em geral, afeta a vida de todos, direta ou indiretamente, e que muitas vezes os números mentem. Ao fazer buscas rápidas pela internet, podemos encontrar diversas estatísticas sobre a depressão, suicídios e outros transtornos mentais. O cenário de saúde mental ficou ainda mais ameaçado após a pandemia de Covid-19.

A última atualização realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) aconteceu em 2017. Na publicação “*Depression and Other Common Mental Disorders - Global Health Estimates*” as estimativas são que mais de 300 milhões de pessoas sofrem de depressão, quase 5% da população, sendo 5,1% mulheres e 3,6% homens. Os números de pessoas com transtornos mentais comuns estão aumentando em todo o mundo, particularmente em países de baixa renda, acrescenta o estudo. Em média, por ano, 800 mil pessoas morrem por suicídio no mundo, sendo essa a segunda principal causa de morte entre pessoas com idade entre 15 e 29 anos.

A depressão pode afetar todas as pessoas, de todas as idades e todas as classes sociais, mas a OMS enfatiza que este risco aumenta pela pobreza, desemprego, eventos da vida como a morte de um ente querido, rompimentos de relacionamentos, doenças físicas e problemas causados por uso de álcool e drogas.

Mas afinal de contas, o que é a depressão? De acordo com uma definição para profissionais de saúde, do *Manual MSD* o transtorno:

“Caracteriza-se por tristeza suficientemente grave ou persistente para interferir no funcionamento e, muitas vezes, para diminuir o interesse ou o prazer nas atividades. A causa exata é desconhecida, mas provavelmente envolve hereditariedade, alterações nos níveis de neurotransmissores, alteração da função neuroendócrina e fatores psicossociais. O diagnóstico baseia-se na “história” do indivíduo. (American Psychiatric Association, 2014)¹

Devido a essa dificuldade de se obter um diagnóstico, muitas vezes, a depressão é reconhecida como preguiça ou levada a ser taxada por outros estigmas. Todavia, nos últimos anos, sobretudo com o acesso à informação, devido ao avanço da comunicação e

¹ Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psi%C3%A1tricos/transtornos-do-humor/transtornos-depressivos>

tecnologias digitais, foi possível mudar esse cenário. E a depressão e os outros transtornos mentais foram reconhecidos com mais exatidão e tratamentos adequados começaram a ser considerados.

O conceito de saúde mental é impreciso pela própria OMS quando diz que “Diferenças culturais, julgamentos subjetivos, e teorias relacionadas afetam o modo como a saúde mental é definida. Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional”². Assim, fatores biológicos, que eram considerados como os únicos responsáveis pelos transtornos mentais, não o são mais, já que fatores como a cultura, os costumes e a sociedade interferem inquestionavelmente na saúde mental das pessoas. Neste sentido, a compreensão do que é saúde mental, suas implicações e alternativas de tratamento vêm tomando mais corpo, com uma maior escuta e responsabilização pelo que a pessoa diz sentir.

O presente trabalho tem saúde mental, comunicação e novas tecnologias como tema central, analisando como a internet e as ferramentas de dados podem contribuir para prevenção dos transtornos mentais e combater estigmas e preconceitos. A questão da saúde mental e novas tecnologias é fundamental nessa discussão.

Este estudo é composto pelo enquadramento teórico, metodologia de investigação, apresentação e análise dos dados e conclusões. No enquadramento teórico, começamos por definir o papel dos meios de comunicação tradicionais na saúde mental e a importância do online para novas perspectivas, em seguida discutiremos a função do marketing social em políticas de saúde e saúde mental.

Posteriormente, apresentamos nosso objeto de estudo, um website criado para esta investigação, cujo nome é **“Fortemente: O Portal da Depressão”** (<https://portaldadepressao.com>). Depois, a metodologia é identificada: *Web Analytics - Baseado em Melhoria Contínua (WACIC – Web Analytics Continuous Improvement Cycle)*, será aplicada com auxílio de duas ferramentas *“Google Ads”* e *“Google Analytics”*, para promoção de campanhas publicitárias e análise dos dados de acesso ao website e pegada digital dos utilizadores. Por fim, serão apresentadas as conclusões do estudo, onde responderemos às questões de investigação; esclarecemos quais as imitações da pesquisa, assim como apresentaremos algumas propostas para estudos futuros.

² Disponível em <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>

1. A importância da comunicação na saúde

Segundo o autor Xavier (2006), a comunicação, na área de saúde, surgiu a partir da década de 80 e de uma forma sutil é dividida em duas vertentes: comunicação em saúde e saúde na mídia. Mesmo que haja uma semelhança nas denominações, as formas de comunicarem caminham para finalidades e estratégias diferentes, e privilegiam questões sociais distintas.

A “comunicação em saúde” tem uma função institucional, que muitas vezes está ligada à comunicação pública, que serve ao Estado e suas políticas, como governo, conselhos de saúde, meios acadêmicos e organizações não governamentais. Nesse caso, o objetivo é levar uma mensagem de reflexão, nem sempre se terá grande repercussão e abrangência. Já a “saúde na mídia” podemos dizer que é a comunicação que estamos mais acostumados a acompanhar sobre saúde, em jornais, revistas, rádios, portais da web e outras mídias. O conceito deste termo é basicamente o de “mediar” a saúde. Aqui, a comunicação circula por vários meios de comunicação de massa e é composta pelos elementos tradicionalmente conhecidos pela Teoria da comunicação: emissor – mensagem – receptor, que levam à uma conscientização social.

Embora as duas definições acima tenham concepções diferentes, ambas têm o objetivo de promover a saúde. Mas, para o autor Teixeira (2004) a comunicação em saúde vai além destas finalidades, algumas delas são: promover a saúde e educar para a saúde; evitar riscos e ajudar a lidar com ameaças para a saúde; prevenir doenças; sugerir e recomendar mudanças de comportamento; recomendar exames de acompanhamento; informar sobre a saúde e sobre as doenças; informar sobre exames médicos que são necessários realizar e sobre os seus resultados; receitar medicamentos e recomendar medidas preventivas e atividades de autocuidados em indivíduos doentes.

(Rosa, Loureiro & Sousa, 2014, p. 23) caracteriza a comunicação como uma troca (mensagens, pensamentos, informação) que deve promover a compreensão, a escuta e a observação críticas, muitas vezes realizada entre profissional e paciente, pois a comunicação em saúde, sobretudo, se destina a informar e influenciar decisões apropriadas à melhoria de saúde. Essa troca de informação e comunicação, muitas vezes, pode ser realizada com a utilização de textos, materiais audiovisuais, Internet. Porém, para a produção de conteúdo eficaz esses instrumentos deverão ser rigorosos,

equilibrados, consistentes, compreensíveis e especialmente, atenderem à lógica da competência cultural.

Os meios de comunicação de massa possuem um papel social fundamental, pois propagam informações para muitas pessoas, o que torna a mídia responsável por opiniões e transmissão de conhecimento. Essa responsabilidade das mídias foi estudada pela autora Tabakman (2013), que verifica que um dos locais que os pacientes mais buscam informações sobre saúde são nos meios de comunicação:

(...) perguntei a um grupo de médicos qual era hoje a principal fonte de informação sobre saúde de seus pacientes. A resposta foi clara: 90% disseram que era a mídia, 55% achavam que essa informação de massa tinha influência média ou alta nas decisões médicas das pessoas e 85% lamentavam que o nível de qualidade dessa informação era médio ou baixo e 55% estavam convencidos de que a mídia piorava a relação dos médicos com os pacientes. (Tabakman, 2013, pp. 21-22)

A comunicação tem um papel importante como fio condutor nessa relação de noticiar e influenciar a sociedade, positivamente ou não. Alguns pontos devem ser levados em consideração, em relação à mídia e saúde: a credibilidade da fonte; a especialização e/ou experiência do jornalista e o “tom noticioso”, que muitas vezes pode soar sensacionalista; além da divulgação de dados científicos que ainda não foram comprovados.

Como exemplo, vejamos a diferença da comunicação de alguns países durante a pandemia, provocada pela COVID-19. No Brasil e EUA não houve um trabalho de prevenção à população e incentivo dos governantes para a prevenção dos vírus e ocorreram muitas mortes e contaminação da população. Já países como Portugal e França investiram em uma comunicação preventiva com apoio das autoridades e o número de casos e mortes foi muito menor que nos países da América. É importante referir o papel dos meios de comunicação durante a pandemia, em especial nos países ocidentais, uma vez que todas as informações sobre saúde e outros temas foram noticiados através dos grandes meios, como jornais, rádios e internet. O mundo inteiro seguiu orientações vindas de fontes midiáticas. Avisos à população, sobre confinamento e desconfinamento, medidas de prevenção e orientações, números de mortes e casos confirmados e outras estratégias de promoção à saúde na pandemia, foram transmitidos quase que exclusivamente pelos meios de comunicação.

Portanto, para Tabakman (2013) essa influência da mídia pode salvar vidas, induzir mudanças, vender produtos, criar ídolos ou destruir credibilidade. O jornalista como transmissor, mediador, criador e divulgador tem seu papel fundamental em fazer o elo entre a saúde e a comunicação. Ele é a ligação entre o médico, cientista ou pesquisador e público. Tem o poder, portanto, de traduzir a mensagem para a população, sempre levando em conta as necessidades sociais e de saúde pública da população.

1.1. Papel da comunicação na saúde mental

Em 2006, a OMS destacou a importância da mídia para as questões de saúde mental, fundamentalmente sobre o impacto que publicações de informações corretas e válidas sobre o assunto produzem na redução do estigma associado às pessoas com transtornos mentais.

Sugerimos que um dos desafios que está em comunicar questões de saúde mental está associado a um longo histórico de preconceito, exclusão social e falta de conhecimento sobre os transtornos mentais. Mas, para definir alguns conceitos, vamos retomar um pouco a história. Para o autor do *A história da melancolia*, Táki Athanássios Cordás (2017) médico e professor do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina (FMUSP) da Universidade de São Paulo (USP), a igreja católica tem grande influência sobre o entendimento das doenças mentais e dissociação da mente e do corpo. Na Idade Média Ocidental, a loucura e melancolia eram associadas a possessões demoníacas. A melancolia, em especial, estava ligada aos sete pecados capitais, responsável por encadear preguiça e tristezas profundas. Lacerda e Porto (2018) explica que na Idade Média essa melancolia, que hoje sabemos que é a depressão, era vista como o despertar de demônios, e os “doentes” eram submetidos a confissões, trabalho forçado ou mesmo à condenação de ser queimado vivo, como bruxo. “Os padres passaram a competir com os médicos, como especialistas que poderiam ‘tratar’ tal doença, gerando uma confusão de conceitos, que persiste até hoje em alguns contextos religiosos”. (Lacerda e Porto, 2018, p. 3)

Um dos grandes marcos na história da saúde mental aconteceu em 1801, através do Dr. Philippe Pinel, considerado o principal precursor do processo de mudança na psiquiatria. Neste ano, ele publicou o “*Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*”, onde explicava a loucura e identificou três formas de causa: físicas, que se ligavam às fisiológicas; danos hereditários e exposição excessiva a situações de estresse.

A Academia Nacional de Medicina Brasileira acrescenta que Pinel defendia a cura da loucura por meio do chamado "tratamento moral", que consistia numa ampla pedagogia normalizadora com horários e rotina rigidamente estabelecidos, medicamentos receitados somente pelo médico e atividades de trabalho e lazer.

Atualmente, os diagnósticos de transtornos mentais são definidos através do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Trata-se de um manual diagnóstico e estatístico feito pela Associação Americana de Psiquiatria (2014) para ser utilizado por psicólogos, médicos e terapeutas ocupacionais.

Mas, mesmo considerando este avanço clínico e até mesmo social, ainda há questões sociais enraizadas culturalmente que fazem com que os transtornos mentais sejam mal vistos ou pouco reconhecidos como uma doença, de fato. O psiquiatra, Dr. Fernando Duarte, no *podcast Mamilos*³, episódio 75, fala que, caso uma pessoa necessite usar óculos, ela irá em busca de um oftalmologista, pois precisa ver. Se alguém quebra parte de um braço ou uma perna, vai imediatamente ao hospital cuidar dos curativos e da dor. Já as doenças mentais, não podem ser “vistas”. Então, alguém que está se sentindo mal, muitas vezes, nem sabe que pode ser um transtorno mental e que realmente necessita de ajuda médica. E quem está à sua volta nem sempre reconhece ou leva a sério o pedido de ajuda.

O autor Andrew Solomon (2014) em seu livro *O Demônio do meio-dia*, descreve que embora a depressão seja descrita pela imprensa e pela indústria farmacêutica como uma doença de efeito único, tal como a diabetes, ela não o é. Isso demonstra o quanto é necessário que os meios de comunicação sejam eficientes ao divulgar informações sobre saúde mental.

Baun (2009, citado por Bento, 2014) acredita que os meios de comunicação social são a fonte de informação pública mais significativa sobre a doença mental.

A mídia, portanto, tem um papel fundamental de representação na prevenção, nos tratamentos e no fim do estigma para os transtornos mentais. Para isso, é preciso uma comunicação eficaz, responsável, consistente, fundamentada e humanizada nos meios de comunicação de massa.

³ Disponível em: <https://www.b9.com.br/shows/mamilos/mamilos-75-depressao/>

Silva (2016, citado por Zanonato 2021) traz comparações preocupantes sobre essa questão de saúde pública e suas campanhas de prevenção e conscientização. O autor salienta que existe grande visibilidade nas campanhas nacionais brasileiras para doenças como o câncer de mama, a síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS), o autismo, o câncer de próstata etc. Ele cita, como exemplo, que uma das formas de alerta e conscientização da população para essas doenças são as corridas, as maratonas e até mesmo fitinhas em apoio à causa, o que não ocorre com a depressão. Silva aponta que essa ausência está sintetizada em uma única palavra: estigma, e reforça que até hoje existe um enorme tabu associado à depressão por grande parte do público leigo e até mesmo por uma pequena parcela dos profissionais da área da saúde, que ainda enxergam a depressão como uma fraqueza ou falha de caráter.

1.1.1. O poder dos *mass media*

A definição de *mass media*, ou meios de comunicação para Silva (s/d citada por Bento, 2014), é que os meios permitem a difusão de uma mesma mensagem a um público amplo e heterogêneo. De acordo com o conceito, eles podem ser a rádio, a televisão, os jornais, a internet, as revistas, o teatro e o cinema, e estão presentes em praticamente todas as esferas do mundo contemporâneo.

De acordo com o *Relatório Mundial da Saúde* (World Health Organization, 2002), os meios de comunicação em massa podem ser utilizados para promover atitudes e comportamentos mais positivos da comunidade para com as pessoas com transtornos mentais. Eles possuem o poder de monitorar, remover ou impedir o uso de imagens, mensagens ou notícias que podem trazer consequências negativas para pessoas que sofrem de transtornos psíquicos. Além disso, têm função de informar o público, persuadir e motivar a mudança individual de atitudes e comportamentos, assim como influenciar na mudança dos fatores sociais, estruturais e econômicos, os quais afetam os transtornos mentais e comportamentais.

Na dissertação “O Estigma da Doença Mental e os Meios de Comunicação”, Mariana Bento (2014) traça um contexto de como as grandes medias abordam e apresentam ao público as doenças mentais.

“A falta de conhecimento diante dos transtornos mentais faz com que os meios de comunicação transformem assuntos de saúde mental em problemas de segurança, capitalizando medo, violência e irracionalidade na comunidade, contribuindo mais ainda para a incompreensão da doença em questão”. (Bento, 2014, p. 66)

Fagot-Largeault (2006) defende que, na maioria dos casos, ao abordarem a depressão, as matérias jornalísticas trazem bases científicas não claras a respeito de associações e temporalidade do transtorno. O autor faz um comparativo entre a AIDS e a depressão, duas doenças epidêmicas, e suas formas de divulgação. No caso da AIDS, é publicado todo o processo de detalhamento de dados, delineamento dos traços da doença e a caracterização do quadro de epidemia, com seus modos de transmissão e fatores agravantes. Já na análise sobre a depressão, por mais que esse detalhamento seja parecido, não corresponde ao efeito da causa, mesmo porque nem sempre são tão óbvios.

Um estudo realizado por Clair (2012) analisou quatro décadas de matérias sobre depressão no jornal *Folha de S. Paulo*, um dos maiores meios de comunicação do Brasil. Ao todo, 178 matérias foram colhidas durante esse período, desde os anos 70 até 2009. É curioso perceber que houve um aumento significativo de publicações ao longo do período: na década de 1970, houve 4% de publicações; na década de 1980 foram 10%; na década de 1990, aumentou para 31% e por fim, na década de 2000, o estudo detectou 55% de publicações. Para o autor, esse crescimento de publicações sobre a depressão deve-se a uma “moda” sobre o tema na comunidade científica.

Cavaca, Nunes, Ferreira e Vasconcellos-Silva (2015) analisaram as matérias do tradicional jornal português *Público*, durante o período de 01 de maio a 31 de julho de 2013, com o objetivo de verificar a cobertura e invisibilidade de temas sobre saúde na mídia e imprensa portuguesa e constatou que no total de 154 matérias publicadas sobre saúde, somente 5 eram sobre saúde mental, ou seja, 3,2%.

Os autores entenderam que as divulgações publicadas pela mídia portuguesa estão relacionadas às necessidades de saúde da população = patologias de alta prevalência = recorrência na mídia, teoricamente, o que é de interesse do público. A saúde mental foi “esquecida”, mesmo representando uma taxa expressiva de morbidade e baixo índice de mortalidade, porém com alta prevalência dessas condições, enquanto o suicídio é

percebido como condição subnoticiada. A conclusão que chegaram é que a saúde mental e suicídio são temas midiaticamente negligenciados pela mídia portuguesa.

A abordagem jornalística à saúde mental deve ter em atenção a potencial estigmatização dos transtornos mentais, pois, as informações apresentadas pela mídia sobre portadores de doenças psiquiátricas contribuem para formação de opinião e atitudes dos indivíduos e da sociedade, além de poder influenciar para comportamentos a nível micro e macro. Caso essas informações não sejam favoráveis, há uma contribuição significativa para o preconceito, estigma, discriminação e barreiras em torno da recuperação e/ou tratamento do paciente.

Estas questões levantam, no entanto, a necessidade de uma profunda reflexão sobre o papel dos *mass media* em relação aos transtornos mentais e seus impactos causados na sociedade e nas pessoas que possuem algum transtorno em si. Qual seria a maneira ideal da saúde mental ser representada pela mídia? Como seria uma mídia eficaz para a saúde mental? Como podemos combater os estereótipos e preconceitos já impostos? Como a mídia pode ajudar alguém que sofre de um transtorno mental? Estas perguntas podem ser respondidas a partir das reflexões dos autores, que apresentamos ao longo deste trabalho, mas até aqui, podemos identificar a abordagem dos grandes meios de comunicação ao longo dos anos, em relação à cobertura dos transtornos mentais.

Guarniero, Bellinghini e Gattaz (2012) diz que os *mass media* tiveram um papel decisivo, tanto na divulgação de informações sobre o câncer como da AIDS e, dessa forma, contribuíram e ainda contribuem para a prevenção e detecção precoce dessas doenças. Essa mesma participação poderia ocorrer ao se falar sobre transtornos mentais com o objetivo de combate ao estigma que um paciente psiquiátrico carrega, em especial, os portadores de esquizofrenia. É necessária uma mobilização, em especial dos profissionais de saúde mental, para a redução da estigmatização da psiquiatria e dos transtornos mentais.

Os autores citados acima acrescentam um exemplo que ocorreu nos meios de comunicação de massa no Canadá, onde foi desenvolvida uma estratégia voltada para os jornais locais de maior circulação, com o objetivo de aumentar o número de reportagens com abordagens positivas sobre a esquizofrenia, além de sugestões de pautas diretamente aos repórteres e editores, além de conferências e eventos para esclarecimento à imprensa.

O resultado do projeto foi, em média, um aumento de 33% de reportagens positivas e aumento na contagem de palavras, em 22% por reportagem; já nos casos de matérias negativas também ocorreu um aumento, em 25%, e sua contagem de palavras, por reportagem, dobrou. A conclusão que o comitê obteve foi que: é possível alcançar a população e influenciar o noticiário local de uma forma positiva. Mas, no caso do noticiário global não, devidos a - casos populares que ocorreram na época e influenciaram as redações através de pautas internacionais que atribuíam o diagnóstico de esquizofrenia a atos de violência.

Existe outro parâmetro, em relação às informações publicadas pela mídia, que importa ainda referir. Edney (2004) revelou que portadores de transtorno mental têm consciência de que é deles que os meios de comunicação estão falando e se sentem mal representados. Isso prejudica a autoestima e confiança dos pacientes, aumentando a probabilidade de não falarem nada com ninguém sobre o transtorno e não buscarem por tratamento. (Wahl, 2003 citado por Edney, 2004)

Discorremos sobre os meios de comunicação em massa, portanto, é razoável considerar que grande parte das pessoas com transtornos mentais também leem jornais, assistem aos noticiários e utilizam a internet, e podem identificar que suas questões de saúde, de alguma forma, estão expostas nessas mídias. Pensamos que é necessário haver um cuidado em relação à autoestima dessas pessoas sobre as informações veiculadas. Pois, o ideal é haver uma identificação positiva da parte delas.

Para Horwitz e Wakefield (2007), esse processo de identificação pode contribuir para a ampliação de diagnósticos de transtornos mentais, já que quem está lendo se identifica com os sintomas e histórias de vida, e se autodiagnostica como portador do mesmo transtorno.

Soares e Caponi (2011) propõe que através da identificação com apresentação de histórias e uma maior divulgação de pessoas, anônimas ou famosas, com estado depressivo, vindo à tona para os meios de comunicação, há uma possibilidade de pessoas que, por meio da identificação, aceitem o título ou o diagnóstico de serem portadores de um transtorno mental.

Arriscamos a dizer que esse processo de identificação é extremamente essencial para iniciar um tratamento adequado. Podemos, assim, considerar três passos importantes que

podem contribuir para quem sofre de algum transtorno mental: i) o autodiagnóstico, ii) compartilhamento e/ou pedido de ajuda a alguém de confiança e por fim, iii) a busca por tratamento.

1.2. Saúde mental na web 2.0

Antes de adentrarmos em saúde mental no mundo virtual, vamos contextualizar e definir o termo *web 2.0*. Ele é utilizado para definir a segunda geração da *World Wide Web* que reforça o conceito de troca de informações e a colaboração entre os usuários no ambiente digital, como sites e outras plataformas virtuais. Esses canais de mídia se tornam mais democráticos e há possibilidades neles de manifestações culturais, interações e contribuições, como já dito. Dessa forma, a maneira, o modo de comunicação é revolucionado e se quebram barreiras entre as pessoas, e no caso de saúde, até mesmo barreiras entre profissionais e seus pacientes.

Portanto, além dos meios de comunicação em massa e as outras mídias tradicionais, não podemos deixar de reforçar a importância e o papel que a internet tem diante desse cenário de humanização dos pacientes de transtorno mental e a possibilidade de criar um cenário de comunicação mais eficaz e livre de preconceito e estigmas.

O projeto sobre saúde mental “Criando laços via recursos informatizados”, que ocorreu através de um blog, observou que estes espaços de diálogos e a apropriação da Internet como canal de comunicação e divulgação para o desenvolvido no serviço de saúde mental são uma ferramenta para a diminuição do preconceito. (Francisco, 2007).

Então por que não utilizar da internet para criar esse diálogo e combater os preconceitos em relação aos transtornos mentais? Abelha (2014)⁴ diz: “Vencer o estigma, promover atitudes positivas da comunidade em relação aos portadores de transtornos mentais e estimular a procura pelo tratamento são atitudes e questões urgentes da saúde pública”.

De acordo com a revisão literária dos meios de comunicação de massa e doenças mentais da Associação Canadense de Saúde Mental, Ontário, produzida em 2004, a população consome informações sobre saúde mental através de diversos meios. Vejamos os dados apresentados pela instituição na tabela abaixo:

⁴ Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/BLrBJNVsYBZrMk9d3wYXcCw/?lang=pt>

Tabela 1. Fontes populares de informação sobre doenças mentais no Canadá (2014)

Fontes populares de informação sobre doenças mentais	
Revista de notícias (<i>TV newsmagazine shows</i>)	70%
Jornais	58%
Noticiário de TV	51%
Revistas de notícias	34%
<i>Talk shows</i> de TV	31%
Notícias do rádio	26%
Outras revistas	26%
Internet	25%
Livros de não-ficção	25%
Talk shows na rádio	18%
Revistas femininas	18%

Fonte: Associação Canadense de Saúde Mental, de Ontário (2004)

Ou seja, através desta pesquisa, podemos dizer que a internet representa cerca de um quarto das buscas por informações sobre transtornos mentais. Teixeira (2004) considera que para a sociedade desenvolver literacia de saúde, além de algumas atividades propostas, o autor propõe como importante ferramenta de conhecimento o acesso à internet, como fator essencial para aumentar a acessibilidade à informação de saúde, bem como contato com técnicos e serviços de saúde. E consideramos válido seu conceito no âmbito de saúde mental também.

O *Relatório Mundial da Saúde*, da OMS (2002), que apresentamos anteriormente, considera a internet um poderoso instrumento de comunicação e de acesso a informações sobre saúde mental. Cada vez mais, a web tem sido utilizada para informar e educar pessoas com o transtorno, estudantes, profissionais de saúde, grupos de utentes, organizações não-governamentais e a população em geral sobre saúde mental. Também possibilita promover encontros de ajuda mútua, contribui para a formação de grupos de

discussão para proporcionar cuidados clínicos. A internet, como fonte de informação, oferece à sociedade a oportunidade de mais conhecimento e, por isso mesmo, gera expectativas maiores em relação ao tratamento e cuidados que recebe dos prestadores. Em contrapartida a esse cenário produtivo, há um negativo, por isso é preciso analisar e compreender uma grande quantidade de publicações complexas, com diferentes graus de exatidão. (Griffiths & Christensen, 2000 citado por World Health Organization, 2002). No artigo “Reconhecimento e procura de ajuda em saúde mental: Uma revisão dos estudos realizados em amostras de adolescentes”, os autores também citam a importância da internet em relação à saúde mental e concluem, em sua investigação, que a internet pode oferecer um acesso conveniente e confidencial em relação à procura de informações sobre saúde mental e evidenciam que os adolescentes buscam informações em sites. (Rosa, Loureiro & Sousa, 2014)

Andersson e Titov (2014) notaram que a internet é amplamente utilizada tanto pelos pacientes quanto por seus familiares e entes queridos para buscar questões sobre saúde mental. Este dado é essencial e reforça a contribuição e criação de sites e plataformas online para combater estigmas, auxiliar nos tratamentos e prevenção das doenças mentais. De acordo com Song et al. (2018), intervenções em saúde mental na internet geram diversos potenciais, como possibilidade de tratamentos eficazes e eficientes, além de influenciar na prevenção de doenças mentais, e assim, atrair profissionais de saúde e pesquisadores que estão a explorar formas de como utilizar estas intervenções, sendo elas os principais componentes para o processo de saúde mental.

Segundo Rice et al. (2014), após testarem uma série de intervenções online e de rede sociais para o tratamento de depressão em jovens, o estudo percebeu que estas intervenções parecem ser promissoras na redução da depressão em jovens. Conforme o entusiasmo dos jovens pela internet, o desenvolvimento de soluções inovadoras online pode melhorar tratamentos e/ou aceitação do transtorno mental. Além disso, plataformas de redes sociais estão se tornando caminhos para suporte e comunicação, especialmente entre jovens, e pode se tornar fundamental no envolvimento com serviços de saúde mental.

E como já falamos anteriormente, em relação aos meios de comunicação, na internet, em sites ou outras plataformas virtuais também deve-se evitar o estigma e preconceito e criar um ambiente na web com linguagem humanizada, livre de preconceitos e eficaz. Griffiths

e Christensen (2006) revelaram, através de seu estudo, que sites sobre depressão são de baixa qualidade de informação, o que só reforça o que citamos sobre a comunicação em saúde, que é necessário criar ambientes digitais de qualidade para informar sobre transtornos mentais.

1.2.1. Exemplos de site sobre saúde mental

Aqui, vamos explorar alguns sites que abordaram a temática saúde mental. Griffiths e Christensen (2006) garante em seu estudo que há uma oferta de sites sobre saúde mental semelhante à quantidade de livros, mas que existem indícios que os profissionais de saúde são menos propensos a recomendar sites a seus clientes. Diante dessa informação, apenas um terço dos psicólogos recomendam sites para seus pacientes. Os autores afirmam que, mesmo com estas informações, a utilização dos sites em saúde mental é vantajosa, já que eles têm uma série de benefícios. Um desses benefícios é, por exemplo, o fato de não exigir pagamento. Um segundo benefício é o fato de poder ser acessado anonimamente (havendo evidências de que quem consome informações sobre saúde mental prefere o formato multimídia ao invés de outros, como brochura).

Outra vantagem é que os sites podem ser atualizados frequentemente, adaptados e seus recursos possibilitam criar links ou fazer outra alteração interativa relevante, até mesmo personalizada. E uma das funções que podem auxiliar até mesmo os profissionais de saúde é a base de dados de um site, que garante informações que podem apoiar o tratamento, dar suporte ao paciente e auxiliar o médico no progresso de quem sofre do transtorno mental. (Griffiths e Christensen, 2006)

Em 2020, realizamos uma breve busca no *Google* com as palavras-chave “depressão” (com e sem aspas), depois pesquisamos “site depressão” (com e sem aspas). Analisamos anúncios patrocinados, no topo das buscas, e identificamos que a maioria são de clínicas psiquiátricas. Verificamos diversos domínios, e de acordo com os critérios de nossa pesquisa, encontramos somente sete sites, que categorizamos da seguinte forma: Formato; *Website*; Como aborda sintomas e tratamentos e Por quem é escrito. (Tabela 2)

Tabela 2. Sites selecionados como referência inicial para estudo de caso:

Nome	Site
Vittude	https://www.vittude.com/blog/13-sintomas-de-depressao/
Clínica da Mente	https://www.clinicadamente.com/depressao/
Minha Vida	https://www.minhavidacom.br/saude/temas/depressao
Ministério da Saúde (Brasil)	https://saude.gov.br/saude-de-a-z/depressao
Eu Luto Contra a Depressão	https://eulutocontraadepressao.eutimia.pt/
Medley	https://www.medley.com.br/podecontar/preciso-ajuda/ansiedade-e-depressao
Saindo da Depressão	https://saindodadepressao.pt/

Somente três destes consideramos que poderiam auxiliar alguém que está com depressão. Os outros são páginas ou sites sensacionalistas, com informações superficiais ou com objetivo comercial. Há também diversas páginas que propagam a religião como tratamento para a depressão e algumas vendem produtos e tratamentos. Destes sete, vamos trazer os que consideramos os melhores exemplos de comunicação eficaz e de uma plataforma de conscientização e prevenção a doenças mentais.

O site português *Eu Luto Contra a Depressão*, da instituição EUTIMIA - Aliança Europeia Contra a Depressão em Portugal, oferece um conteúdo completo sobre o transtorno mental, com teste, depoimentos de pessoas que já sofreram de depressão, dados e informações acerca da depressão. Algumas abas do menu não estão atualizadas, mas não possuem erros. No geral, o site tem um conteúdo que esclarece quem busca informações sobre saúde mental com clareza e sem estigmas.

Já o portal *Minha Vida* possui uma página chamada “Depressão: sintomas, causas, tratamento e tem cura?”, que mesmo não sendo uma plataforma inteira dedicada uma parte à saúde mental, possui um conteúdo muito completo e disponibiliza informações de sintomas, teste de depressão, causas, fatores de risco, tipos de depressão, formas de tratamento e outros, além de conteúdos audiovisuais.

1.2.2. Análises da pegada digital em sites sobre saúde mental

Além de nossa pesquisa, trouxemos outros portais voltados para a saúde mental e com resultados ligados ao seu público-alvo. A seguir, vamos descrever caso a caso:

*Walk Along*⁵ é um site canadense voltado à saúde mental direcionado para jovens. Sua atividade foi monitorada de 13 de novembro de 2013 a 13 de novembro de 2014. O objetivo do estudo foi utilizar o *Google Analytics* (GA) para avaliar as estratégias dos usuários, melhorias na plataforma e avaliar os processos de interações de saúde mental, baseados na web. As variáveis selecionadas foram o engajamento do site, incluindo páginas visitadas por sessão, taxas de utilização, formas de acesso e localização do usuário. Neste período, de um ano, os resultados incluíram o acesso de 3.076 usuários que visualizaram 29.299 páginas. Dessa forma, foi possível identificar quais páginas tiveram mais e menos tempo de acesso. Na ferramenta *Screener*, os usuários gastaram em média 3 minutos e 4 segundos, já nas ferramentas de autoajuda o tempo médio foi de 35 segundos, em *Mind Steps*, e 1 minuto e 08 segundos nos auto exercícios. Uma das principais informações que a equipe concluiu com os resultados do portal foi que o *Google Analytics* desempenha um papel vital e destaca as preferências de quem busca informações e utilizam ferramentas de saúde mental na internet. (Song et al., 2018)

Neste momento, vale falar que em nossos próximos capítulos vamos nos aprofundar nas metodologias do *Google Analytics* e suas variáveis nas plataformas e comportamentos dos usuários.

Outro site, que utilizou da mesma estratégia para avaliar seus acessos e perceber a eficiência de seus conteúdos, foi o portal indiano *Malayalam*⁶, que era abastecido de artigos científicos, todos eles sobre saúde mental. Ao todo estavam disponíveis 93 artigos. Por meio do GA, foi analisado o comportamento dos usuários durante os sete primeiros anos de criação (fevereiro de 2014 a fevereiro de 2021), neste período houve 82.137 sessões, das quais 21,81% eram de visitantes de retorno, 64,03% estavam localizados na Índia e 35,54% eram do estado de Kerala, ainda na Índia. A duração média da sessão foi de 2 minutos e 18 segundos. A maioria das palavras-chave que trouxe os usuários até o site, através dos mecanismos de pesquisa, era sobre amor e sexo, e os artigos mais

⁵ Disponível em: <https://www.walkalong.ca>

⁶ Disponível em: <http://www.mind.in/>

populares no portal também eram sobre o mesmo assunto. A conclusão do site *Malayalam* também foi relativa à utilização do *Google Analytics*, onde o monitoramento fornece informações que os proprietários de sites de saúde mental e criadores de conteúdo podem explorar para atrair mais visitantes e melhorar o envolvimento com quem acessa e busca informações. (Ameen, 2021)

Por fim, vamos apresentar o programa que ocorreu na Austrália⁷. Conhecido por ter um papel influente na mídia e na desconstrução e perpetuação de estereótipos negativos. O objetivo da plataforma é incentivar o jornalismo responsável e apresentar uma visão respeitosa das doenças mentais. A instituição convida a população para divulgar denúncias consideradas ofensivas ou estigmatizadas. Após verificadas essas notificações, o *StigmaWatch* se comunica com os responsáveis e explica os efeitos prejudiciais dos estereótipos negativos. E assim, foi percebido que a maioria dos indivíduos muda prontamente quando o dano é explicado. (Stuart, 2003)

De acordo, com relatório da SANE de 2019 a 2020, o número de visitantes únicos nos fóruns online aumentou 19%, em comparação com o ano anterior, com uma média de 12.678 visitantes por mês e o *Media Center* e *StigmaWatch*, plataformas da organização, foram mencionadas 997 vezes na mídia com um alcance de público de mais de 7,9 milhões de pessoas.

Neste período também foi criado o site *You Are Not Alone*, uma iniciativa que fornece informações e ferramentas para cuidadores em todos os estágios para apoiar alguém que tentou o suicídio, ou está em risco.

1.3. O papel das tecnologias da informação e comunicação nos avanços da saúde mental

O desenvolvimento das tecnologias da informação e comunicação introduziu novas possibilidades e novas formas de interação interpessoal com elevado potencial de intervenção na saúde mental. O termo “intervenções baseadas na Internet” pode ser direcionado para tratamentos que são realizados principalmente pela internet, ou em parte do processo, através de um computador. Algumas delas já foram utilizadas para tratamento de transtornos mentais. Andersson e Titov (2014) em “*Advantages and*

⁷ Disponível em: www.sane.org

limitations of internet-based interventions for common mental disorders” afirmam que há um grande corpo de evidências que sugere que as intervenções na Internet para saúde mental funcionam. (Andersson e Titov, 2014)

No campo da pesquisa da saúde mental, há necessidade de maiores investimentos e estudos para subsidiar políticas públicas de saúde que utilizem as tecnologias digitais como ferramentas de intervenção e de capacitação. (Capella, Maraschin, Maurenre & Rickes, 2008). É possível construir uma relação entre saúde mental e tecnologia, mas é necessário explorar novas ferramentas da web identificando fontes para contribuições no campo de estudo e pesquisa da saúde mental (Bittencourt, Francisco, & Mercado, 2013). A eficácia da intervenção baseada na internet foi demonstrada por um grande número de ensaios para uma série de problemas de saúde mental, incluindo depressão, transtornos de ansiedade, álcool, abuso de substâncias e insônia. (Mohr, Burns & Schueller, 2013). Porém, Francisco D. (2009) completa que essas iniciativas ainda são pouco exploradas: A busca por dispositivos que possibilitem a construção de um comum e espaços de subjetivação e cidadania em saúde mental é um desafio dos tempos atuais, nos quais as políticas públicas, o preconceito, a globalização, o desenvolvimento da farmacologia disputam o cotidiano e se defrontam na atenção ou contenção da saúde mental. Apostase na construção de redes de convívio que ultrapassem as fronteiras geográficas e que possam ser veículos de fala e de posicionamento de formas de existência não hegemônicas. (...) Saúde mental existe e é possível atingi-la e a inclusão digital é de muita importância, pois vem quebrar um monte de preconceitos, como o medo de aprender ou mesmo de errar, o de estar entre pessoas diferentes, mas humanas, sensíveis e compreensíveis. (...) A aposta na inclusão digital como um caminho possível para a inclusão de pessoas em sofrimento psíquico, na construção de um plano coletivo, mesmo que instável e aberto às inflexões do tempo e dos movimentos tanto dos sujeitos quanto das instituições envolvidas. (Francisco, 2009, p. 36)

Andersson e Titov (2014) relatam sobre este tabu dentro da dinâmica de pacientes com transtornos mentais e clínicas especializadas e os benefícios da web neste contexto:

Permitir que os pacientes se refiram às intervenções da Internet oferece múltiplas vantagens. É evidente que muitas pessoas com transtornos de humor e ansiedade nunca chegam a clínicas especializadas e às vezes hesitam em mencionar seus problemas ao

consultar médicos de clínica geral, e por meios de recrutamento online o tratamento versus demanda a lacuna pode diminuir. (Andersson & Titov, 2014, p. 2)

Os estudiosos ainda descrevem que uma pessoa com um possível transtorno mental pode permanecer por anos sem tratamento psicológico ou outro tipo de tratamento necessário. Com as intervenções da internet, torna-se possível que um potencial paciente reflita antes do tratamento e o ajude numa tomada de decisão que possa comprometê-lo. (Andersson & Titov, 2014, p. 2)

São levantadas questões, estatísticas dos pacientes que utilizam os serviços online, assim como as clínicas tradicionais presenciais. Nessas pesquisas, foi observado que em testes de internet os participantes tendem a ser mais educados do que o geral da população, isso os levou à hipótese de exclusão digital, ou seja, o fato de que o acesso à Internet reflete o aspecto socioeconômico diante das características, embora tais diferenças possam atenuar à medida que o acesso continua a aumentar em todos os grupos sociais. (...) “Nossa experiência é que os pacientes que usam serviços fornecidos pela internet para os tratamentos representam uma ampla gama de pessoas. Esses, incluem pessoas com baixo e alto nível de educação e diferentes grupos culturais. Isso representa um desafio para o design e entrega de terapia cognitivo-comportamental, baseada na Internet (ICBT)”. (Andersson & Titov, 2014, p. 2)

Para Anderson e Titov, o acesso à internet reflete características do aspecto socioeconômico, embora existam diferenças que demonstram uma exclusão digital. É contínuo o aumento de acessos em todos os grupos sociais.

“Com o advento da Internet, um novo formato de entrega emergiu. O ICBT baseado na Internet (ICBT) disseminou a terapia cognitivo-comportamental (TCC)”. (Hedman, Ljótsson & Lindefors, 2012, p. 3).

Hedman, Ljótsson e Lindefors (2012) relatam que a utilização de CBT possui grandes efeitos positivos em tratamentos para a depressão, transtornos de ansiedade e outros transtornos mentais. Ainda ressaltam que, embora seja uma opção promissora de tratamento para vários transtornos, só pode ser considerada como um tratamento bem estabelecido para depressão, transtorno do pânico e fobia social. Assim, por ser tão eficaz quanto o convencional, então o ICBT também funciona.

“As intervenções online com um amplo foco cognitivo-comportamental parecem promissoras na redução da depressão (...). O desenvolvimento de soluções inovadoras e

intervenções psicossociais online podem ajudar a melhorar o tratamento, a aceitabilidade e o engajamento para jovens experimentando sintomas depressivos”. (Rice & Simon, 2014)

Mas, vale ressaltar que, as intervenções na internet devem ser consideradas como um complemento de outros serviços, ao invés do substituto para as terapias face a face (principalmente em pacientes com casos severos). Um problema relacionado a isso é que os médicos podem se sentir ameaçados e temem perder seu trabalho como psicólogos ou terapeutas, se as intervenções da web forem disseminadas. (Andersson & Titov, 2014). Segundo Hedman, Ljótsson e Lindefors (2012), o ICBT é tão eficaz quanto a CBT face a face para depressão, fobia social e transtorno do pânico. Uma das principais vantagens é que o ICBT requer menos recursos do terapeuta. Por exemplo, o tempo gasto semanalmente pelo profissional em cada paciente na unidade ICBT é menor que 20 min, isso significa que um psicólogo trabalhando em tempo integral pode tratar até 80 pacientes simultaneamente na semana. Em 5 anos, é previsto que o acesso à TCC para esses pacientes será muito maior e o tempo de espera será significativamente reduzido. Isso, por sua vez, provavelmente levará à redução do sofrimento e aumento da qualidade de vida para muitos pacientes, que atualmente sofrem pela falta de acesso a tratamento psicológico. Quanto à relação custo-eficácia, os estudos desta revisão sugerem, claramente, que o ICBT pode ser um tratamento com boa relação custo-benefício. (Hedman, Ljótsson & Lindefors, 2012).

“Os procedimentos de cuidados podem ser uma solução, onde as intervenções da Internet são apresentadas como uma etapa de um processo escalonado. (...) As avaliações usando a internet oferecem vantagens consideráveis”. (Andersson e Titov, 2014, p. 5)

Como já dito, as intervenções baseadas na web são eficazes para uma variedade de distúrbios de saúde, inclusive a depressão. Os testes de eficácia da web mostram níveis de adesão de bons a excelentes, porém sites de acesso aberto foram associados à baixa adesão e abandono. (Christensen, Griffiths & Farrer, 2009)

De acordo com Christensen, Griffiths e Farrer (2009), há poucos motivos para esperar que as taxas de adesão de sites com acesso aberto na web sejam tão fortes. Esses sites fornecem informações e conteúdos diretamente para os usuários da comunidade sem nenhum ou com mínimo custo. Os dados de adesão desses sites são baseados nas

atividades espontâneas de usuários que os acessam, muitos deles não têm expectativa do conteúdo oferecido.

1.3.1. Tratamento virtual: continuidade, abandono e desafios online

Um dos desafios na *web* é identificar o engajamento do usuário no contexto de saúde mental. Para Song et al. (2018), existe uma grande vulnerabilidade e taxa de desengajamento, mas que necessitam de supervisão. As taxas de abandono nas intervenções baseadas na *web* são altas e podem fornecer apenas resultados limitados, independentes da sua eficácia comprovada. O abandono de tratamentos tradicionais já é uma preocupação para os especialistas em transtornos mentais, pois doenças crônicas requerem avaliações frequentes com um conjunto de gestões a longo prazo, conforme as necessidades do paciente.

Como já citado, o estigma em saúde mental pode ser um fator preocupante. “As barreiras do acesso ao tratamento incluem a escassez de profissionais treinados, listas de espera, custos e barreiras pessoais, como estigma. (Cuijpers, 1997). Nos últimos anos, tentativas de superar barreiras ao acesso foram abordadas através de computadores personalizados baseados em programas de tratamento. Estes se tornaram os formatos mais comuns de administração para tratamento da depressão, tanto em pesquisa quanto em ambientes clínicos Andersson & Cuijpers, 2009 citado por Richards & Richardson, 2012). Rice e Simon (2014) ainda complementam: “O uso de serviços de saúde mental é baixo entre os jovens por uma série de razões, incluindo desconfiança dos profissionais de saúde e estigma. Por isso, há uma necessidade de melhores estratégias de tratamento da depressão em jovens que maximizam o envolvimento e reduzem a probabilidade de recaída ou recorrências”. (Rice e Simon, 2014, p.2)

“Em primeiro lugar, mais pesquisas são necessárias para determinar o melhor tipo, frequência e duração do suporte humano para usuários (Marks, Cavanagh, & Gega, 2007). Em segundo lugar, o abandono é uma causa contínua de preocupação, com apenas pouco mais da metade de usuários completando todas as sessões (Waller & Gilbody, 2009)” (Richards & Richardson, 2012, p. 2)

Para Christensen, Griffiths e Farrer (2009), os motivos para o abandono de sessões de intervenções na *web* são: restrições de tempo, falta de motivação, problemas técnicos ou de acesso ao computador, episódio depressivo, doença física, falta de contato face a face,

preferência por tomar medicação, percepção da falta de eficácia do tratamento, melhora na condição e/ou carga do programa.

Alguns estudos aplicados em jovens comprovam uma preferência por intervenções na internet devido ao anonimato e ao imediatismo do ambiente online. Além disso, a intervenção da web tem potencial de alcançar quem não está inclinado ou incapacitado de buscar ajuda em fontes tradicionais, devido sua capacidade de transcender fronteiras geográficas e fornecer informações 24 horas por dia, acessibilidade e alcance. (Rice & Simon, 2014)

Christensen e Griffiths (2006) reforçam a hipótese de que os sites atraem pessoas que preferem o tratamento anônimo.

Os estudiosos, Song e Ward (2018) acreditam que uma das etapas fundamentais para melhorar o engajamento é identificar maneiras de absorção do público com intervenções no mundo real através de processos de avaliação. O objetivo é informar estratégias para alcançar o engajamento ideal e a eficácia da intervenção. Outros aspectos que influenciam na adesão são as características técnicas de uma intervenção (...), os quais recomendam uma combinação de diferentes aspectos de adesão, como tempo gasto online, módulos concluídos ou melhorias de um modo geral para adesão. (Fuhr et al., 2018, p. 2) Por fim, acreditam que o envolvimento do usuário ocorre através de uma abordagem de métodos mistos, tanto quantitativa quanto qualitativa, por indicadores que podem medir coletivamente as percepções e/ou comportamento dos usuários. (Song et al., 2018)

Mohr, Burns e Schueller (2013) consideram uma desvantagem para as intervenções baseadas na web a ação de “puxar” o usuário para acessar o conteúdo. Muitos desenvolvedores recorrem a recursos que “empurram” as informações para quem está acessando, como e-mails para lembrar de voltarem a acessar o site. Muitas dessas ações são planejadas para serem utilizadas durante um período, exigindo novos conteúdos e ferramentas. Os sites podem variar em sua aparência, assim como a dificuldade de engajamento. Uma hipótese levantada é que a qualidade e o design dos sites podem influenciar na adesão e nos resultados, embora estes aspectos não tenham sido testados com rigor.

1.3.2. Novas tecnologias em saúde mental: BITs

Na área dos BITs (*Behavioral Intervention Technologies*)⁸, poucas pesquisas sobre saúde mental foram conduzidas. Os BITs fornecem caminhos promissores para a criação de novos fluxos para recursos de prevenção de problemas de saúde mental. Os auxílios de novas tecnologias dão suporte para uma melhor tomada de decisão, regulação emocional ou interações interpessoais. (Mohr, Burns & Schueller, 2013).

Os autores citados acima acrescentam que essa tecnologia de intervenção utiliza recursos de informações e comunicações para obter resultados sobre saúde mental e comportamental. E tem o potencial de atingir populações, que de alguma forma, não possuem acesso a cuidados específicos, como suporte físico, comportamental e mental. Com os BITs, acredita-se ser possível superar barreiras de acesso, oferecer um novo meio de tratamento para saúde mental e possibilitar novas intervenções. Por exemplo, as tecnologias móveis podem aproveitar seus sensores e computação ubíqua para um monitoramento contínuo e/ou intervir no ambiente do paciente. (Mohr, Burns & Schueller, 2013).

Já existem abordagens e utilização dos BITs em avanços clínicos. Segundo os autores, Mohr, Burns & Schueller, (2013), há uma tendência recente do uso de BITs móveis na coleta de dados passivos para contornar a relutância dos pacientes em registrar informações. Estes dados permitem detectar horários em que a intervenção é necessária, sem necessidade que o paciente registre seu estado atual. Estas coletas são realizadas automaticamente por sensores que podem inferir no estado do paciente. Os sensores podem ser localizados dentro do dispositivo móvel (por exemplo, sistema de posicionamento global (GPS), bluetooth, acelerômetro etc.) ou em dispositivos externos, disponíveis através de uma conexão sem fio (como, sensores de frequência cardíaca ou de resposta galvânica da pele).

Para além do mais, os autores argumentam sobre a entrega de dados das intervenções, que podem ocorrer de duas maneiras. A primeira abordagem desenvolve algoritmos que preveem os estados do paciente usando algoritmos derivados a priori do conhecimento científico ou clínico e criam hipóteses sobre os pacientes usando os dados do sensor e

⁸ Tradução livre: Tecnologias de intervenção comportamental

estimativas, conseqüentemente determinando a necessidade de intervenção. A segunda abordagem usa técnicas de aprendizado de máquina em que são aplicadas simultaneamente os dados coletados do sensor e relatórios do paciente. Nesta abordagem, um modelo é desenvolvido para descrever a relação entre o sensor, valores e estados auto relatados do paciente. A vantagem da última abordagem é que os modelos são de auto-gerenciamento e personalizado para cada paciente individual. Dessa forma, Mohr, Burns & Schueller (2013) completam: “Este aplicativo de aprendizado de máquina é uma estratégia nova e desafiadora que tem sido usado para detectar atividade física, estado afetivo e contexto social com diferentes graus de precisão.” (Mohr, Burns & Schueller, 2013).

Para finalizar, os autores referem que para aprimorar o design de BITs no campo da saúde mental, nos modelos teóricos é necessário explicar como os usuários interagem com as tecnologias e como tais interações podem levar à mudança de comportamento e melhorias nos resultados clínicos. (Mohr, Burns & Schueller, 2013).

1.3.3. Novas tecnologias em saúde mental: Big data

Ao se falar em novas tecnologias é imprescindível, abordar as “pegadas digitais” deixadas pelos usuários na internet. Usuários fornecem dados que de alguma forma falam sobre o seu comportamento, personalidade e rotina. (Lima & Calanzas, 2013). Diante dessas pegadas digitais e seu armazenamento nas redes, surgiu um desafio para a *web* 4.0, nomeadamente referente ao processo destes dados.

A quantidade exorbitante de rastros digitais deixados na rede cresce à medida que diminui a própria capacidade mundial de guardá-los e processá-los. Este é um desafio: organizações estão diante de um enorme volume de informação, mas não sabem como extrair valor dela, pois a maior parte está em formato bruto ou não-estruturado, de maneira que é difícil saber o que vale a pena guardar. Por conta dessas mudanças, surgiu o conceito de “Big Data”, antes discutido apenas entre profissionais da tecnologia e, agora, cada vez mais problematizado em outras esferas (...). (Lima & Calanzas, 2013, p. 3)

Margalhães, Hartz e Martins (2016), ao citar O'Reilly (2007), sugerem o termo *Big Data* – um gigantesco banco de dados atualizado em tempo real, que atinge facilmente milhares de *terabytes* de armazenamento em diversos formatos.

Segundo Wikipediaminer citado por Magalhães et al (2013), do volume diário de dados adicionados à web, 47% são relacionados com saúde e, destes, 43% referem-se à saúde pública (Magalhães, 2014; J. Margalhães e Z. Hartz, 2016). Recursos do *Big Data* para pesquisa têm atraído cada vez mais interesse em saúde, mas aplicações em saúde mental permanecem relativamente limitadas, até agora”. (Stewart & Davis, 2016).

É importante buscarmos identificar, extrair e tratar o *Big Data* da Saúde existente neste mundo globalizado, a fim de focarmos a informação essencial para os tomadores de decisão do presente século. Portanto, o início do século 21, mostra que não é trivial a existência de ferramentas que possam gerenciar e "tratar" a grande quantidade de dados científicos e tecnológicos da área da saúde. (Margalhães & Hartz, 2016).

Os autores mencionam que, na ciência, há o desafio de compartilhar dados. Os primeiros esforços de compartilhamento têm permitido desenvolver tratamento para doenças raras e algumas formas de cancro. Porém, tal benefício só atingirá toda a população quando médicos e pesquisadores poderem ceder e comparar dados de milhões de indivíduos (The Global Alliance for Genomics and Health, 2016 citado por Margalhães & Hartz, 2016). Para Chiavegatto Filho e Alexandre Dias Porto (2015) apesar de a revolução da tecnologia na saúde estar apenas começando, já é possível identificar três áreas auspiciosas para os próximos anos: a medicina de precisão, os prontuários eletrônicos do paciente e a internet das coisas.

O *Big Data* depende de inúmeras e diferentes fontes de informação. A ampla disponibilidade de tecnologias móveis está, sem dúvida, entre os fatores mais significativos que impulsionaram o seu potencial. (Hidalgo-Mazzei et al. 2016)

Sobre os dados automaticamente gerados pela internet das coisas, ou seja, as pegadas digitais da utilização de objetos dia a dia, Manyika et al. (2011) definem como um dos benefícios do uso do *Big Data* é que ele pode proporcionar para os cidadãos melhorias na saúde, através do rastreamento de seus hábitos e as pegadas digitais deixadas por eles.

Grandes corporações tecnológicas não perderam esta oportunidade, e oferecem uma série de dispositivos e serviços em nuvem que podem armazenar e integrar

todos os dados de saúde gerados. (...) Um problema que afeta não apenas as ciências comportamentais, mas todas as tecnologias móveis que poderiam fornecer um componente essencial do *Big Data*, é o da fragmentação. A fragmentação do mercado de sistemas operativos atuais representa um problema crescente e ainda não resolvido no campo. (Hidalgo-Mazzei et al. 2016, p. 2)

Um exemplo de como a pegada digital pode ser utilizada para aprimorar a saúde pública é o caso da empresa estadunidense *Google*. Em 2009, através do rastreamento das buscas realizadas pelos usuários, combinados com modelos matemáticos de disseminação de vírus, a empresa foi capaz de prever a trajetória do vírus H1N1 em tempo real. A ideia era identificar áreas infectadas pelo vírus da gripe pelo que as pessoas buscavam na internet. (Mayer-Schönberger & Cukier, 2013 citado por Lima & Calanzas, 2013).

Essas tecnologias podem trazer muitas vantagens sobre os métodos tradicionais de pesquisa em saúde mental. Por exemplo, avaliações momentâneas permitem uma coleta de dados contínua e em tempo real no próprio ambiente do sujeito. Além disso, as interações dos usuários com seus dispositivos móveis e seus respectivos sensores podem fornecer informações passivas e objetivas sobre seus padrões de comportamento. Em tese, esse tipo de informação tem o potencial de auxiliar no desenvolvimento de novas estratégias de prevenção, além de permitir tratamentos personalizados. (Hidalgo-Mazzei et al. 2016)

Alguns países têm grandes conjuntos de dados sobre cada cidadão, criando milhares de variáveis que podem nos permitir dar sentido às experiências individuais no contexto social mais amplo de estruturas, seja de saúde ou de assistência social. Para a psiquiatria tradicional, a utilização de dados é um campo novo e estimulante, onde o uso de grandes conjuntos de dados pode nos permitir prever respostas e resultados. Máquinas, como smartphones e computadores, são partes integrante do funcionamento e da vida humana. Projetados os algoritmos, eles nos dizem se gostamos de um livro ou música em particular e se preferimos o livro B ou a música B. Esses algoritmos podem ser úteis. (Passos, Mwangi & Kapczinski, 2019).

A tecnologia *Big Data* tradicionalmente é caracterizada por três 'Vs': volume (tamanho de conjuntos de dados), velocidade (aquisição rápida, 'em tempo real' de dados) e variedade (múltiplas fontes e tipos). Agora cinco, uma vez que, variabilidade e veracidade

foram adicionados mais recentemente para refletir a falta de confiabilidade de informações provenientes de algumas fontes. Além disso, há um potencial de expansão para, por exemplo, visualização e valor, tal como proposto por (Stewart & Davis, 2016). Para exemplificar os Vs no contexto de saúde mental, podemos considerar o uso de um smartphone. De acordo com Torous, Namiri e Matcheri (2019):

Alta velocidade, são fluxos de dados, como geolocalização, rastros do teclado e registros de chamadas telefônicas, todos estão constantemente fornecendo informações dos dispositivos para computadores onde os dados podem ser armazenados. Os dados de alto volume são recursos como acelerômetro e CPU, que fornecem milhões de dados prontos em questão de horas. Além da velocidade e do volume, os smartphones são um exemplo da variedade de *Big Data*, considere a ampla gama de tipos de dados que um smartphone pode coletar, que é relevante para a saúde mental, variando de geolocalização, para dados meteorológicos, registros de chamadas e de texto para sensores de luz, dados de voz para toques no teclado e mais. Ao considerar a velocidade, volume e variedade dos dados do smartphone para saúde mental, é fácil perceber que o *Big Data* é diferente da maioria dos outros dados coletados e utilizados atualmente em psiquiatria clínica. (Torous, Namiri & Matcheri, 2019, p. 38)

O *Big Data* em saúde é premente e emergente, pois proporciona agilidade nos processos para tomadas de decisão. (Magalhães, Hartz & Martins, 2016).

A análise desses grandes conjuntos de dados e posteriormente suas aplicações viáveis é o ponto crucial do aprendizado das máquinas. O aprendizado de máquina capacita médicos e pesquisadores, analisam dados de pacientes, usando métodos novos para a clínica. A natureza do *Big Data* significa que precisamos de computadores para ajudar a encontrar significado ou padrões nos dados. Isso não significa que um psiquiatra permita que o computador faça julgamentos clínicos, mas sim que sugira informações potencialmente úteis, obtidas de um mar de grandes volumes de dados, por exemplo, o smartphone de um paciente. Talvez o algoritmo de aprendizado de máquina tenha notado um padrão que quando o paciente não sai de casa e nem faz exercícios, o humor piora. Esta são informações que o psiquiatra pode usar para perguntar mais e iniciar uma discussão com

o paciente. Para encontrar esses padrões nos dados, a máquina acessa a massa de dados e os organiza usando métodos de aprendizagem estatística. (Torous, Namiri & Matcheri, 2019)

Embora o aprendizado de máquina não substitua os psiquiatras, pode ajudar a fazer seu trabalho mais eficiente. As máquinas têm a capacidade de automatizar totalmente tarefas genéricas dentro da psiquiatria, como triagem da gravidade dos sintomas. Por exemplo, em 2019, o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido estava avaliando a inteligência artificial de um aplicativo, desenvolvido pela empresa *Babylon*, para cerca de 1,2 milhão de usuários em Londres, Inglaterra (Burgess, 2017). Em vez de os cidadãos ligarem para o serviço de saúde não-emergencial, que normalmente não tem pessoal suficiente e é operado por uma equipe sem treinamento médico individual, o aplicativo oferece uma alternativa promissora por meio de um médico virtual. Este aplicativo possui um banco de dados de sintomas que é utilizado pelo *chatbot* para ajudar os pacientes a descobrir instantaneamente a urgência de seus problemas de saúde. Quando apresentado com um caso sério, conforme avaliado pela máquina, o *chatbot* conecta o paciente diretamente a um médico. O *app* demonstrou a capacidade de avaliar a doença do paciente de maneira mais precisa do que as operadoras de linha telefônica, ao mesmo tempo economizando recursos do governo. (Torous, Namiri & Matcheri, 2019).

É crucial a aprendizagem através dos meios de inteligência coletiva, pois é importante para a democratização da ciência, uma vez que está interligada com a cultura baseada no conhecimento e sustentada pela partilha de ideia coletiva, portanto, vem a contribuir para uma melhor compreensão da diversidade da sociedade (Burke, 1991; “Collective intelligence”, 2016; Trigo, Gouveia, Quoniam, & Riccio, 2007 citado por Margalhões & Hartz, 2016).

2. Marketing social e saúde

Nos últimos 60 anos, o marketing tradicional passou por transformações. Deixou, por exemplo, de ter sua atenção voltada centralmente para o produto e passou a ter suas estratégias voltadas e focadas para os consumidores. Foi preciso alinhar as tendências e ir se ajustando para melhor detectar as ansiedades e os desejos humanos (Lima & Calazans, 2013). Neste capítulo, veremos como alguns estudiosos, dependendo de seu

contexto social e histórico, conceituaram uma nova vertente do marketing e como surgiu o conceito de marketing social.

Kotler e Levy, em 1969, grandes nomes do marketing, no artigo seminal “*Broadening o conceito de marketing*” (Kotler & Levy, 1969a) propuseram que o marketing iria além da venda de produtos. E de acordo, com Weinrich (2011)⁹, surge o conceito de utilização da ferramenta para atender as organizações sem fins lucrativos. Essa transformação do marketing, onde os princípios de venda foram modificados, também levou a originar o marketing social, na década de 1970, através de Philip Kotler e Gerald Zaltman. (Weinrich, 2011).

Silva et. al (2013) fazem uma abordagem ampla em revisão do conceito do que é marketing social, e sugere que

“O marketing social é, quase sempre, utilizado por organizações que não visam lucro e aplicam conhecimentos adquiridos na prática empresarial como: estabelecimento de objetivos mensuráveis (Braulio, 2003); pesquisas sobre necessidades humanas (Fonsecae Borges Jr, 1999; Mazzon, 1981); direcionamento de produtos para grupos-alvo de consumidores (Bennett, 2003); tecnologia de posicionamento de produtos, que atendam às necessidades e desejos humanos (Neiger et al, 2003); comunicação eficaz de suas vantagens (Rossiter, Donovan e Jones, 2000); constante vigilância de alterações do meio ambiente (Icard, Bourjolly e Siddiqui, 2003); e capacidade de se adaptar a mudanças (Forte, 1997).” (Silva et. al, 2013, p. 64).

Os autores, Kotler e Zaltman (1971) fazem uma definição para o marketing social na qual engloba “a concepção, implementação e controle de programas calculados para influenciar a aceitabilidade de ideias sociais e envolvendo considerações de planejamento de produtos, preços, comunicação, distribuição e pesquisa de marketing” (p.5). Diante desse conceito, se propõe a aplicação dos 4 P’s tradicionais do marketing, proposto por McCarthy (1960), Produto, Preço, Praça (lugar) e Promoção, em questões de causas sociais. Isso levou o marketing social a uma definição menos abstrata e mais concreta diante do ponto de vista do que é marketing.

⁹ Disponível em: <https://nossacausa.com/o-que-e-marketing-social/>

Para os autores Layton e Grossbart (2006), o marketing social surgiu como parte essencial de macromarketing. Seu objetivo principal é o de auxiliar na elaboração de programas que proporcionem a consolidação de um bem-estar social (Layton & Grossbart, 2006).

Por sua vez, Barboza (2012), ao citar Andreasen (1994), define marketing social como sendo uma aplicação das tecnologias do marketing gerencial para o desenvolvimento de programas que visam influenciar o comportamento voluntário do público-alvo, aumentando o bem-estar pessoal e da sociedade. O autor complementa ao dizer que o objetivo do marketing social é melhorar o bem-estar da sociedade, sem priorizar ou beneficiar a organização de quem o executa. Estes elementos é o que diferencia o marketing social de outras abordagens de marketing. Além disso, segundo Barboza, o marketing social tem o papel e a característica fundamental de incentivar práticas promotoras da conscientização dos indivíduos, sendo uma ferramenta capaz de suscitar mudanças comportamentais duradouras. (Barboza, 2012).

Assim, como citado anteriormente no conceito de Andreasen (1994), o autor Kotler (2002) também acredita que as aplicações das técnicas do marketing social têm como objetivo mudar o comportamento voluntário dos indivíduos, com a finalidade de melhorar o bem-estar pessoal e social. (Merritt, Mollinson, & Geddes, 2007).

Portanto, para o Kotler (1971), o marketing social é um modelo concreto que propõe uma eficácia na promoção da mudança social e na geração de novos hábitos através do que é promovido. (Kotler, 1971)

Pode-se, até então, concluir que a oferta que o marketing social cria para o consumidor, tem uma função de incentivar e influenciar novos comportamentos. Porém, a aquisição desses novos comportamentos traz um “custo” para o indivíduo, que é a adoção de novos hábitos. O marketing social, segundo os vários autores (por ex. Andreasen, 1994; Barboza, 2012), surge como um facilitador na transição desse processo, através de mecanismos que ajudam o indivíduo a ter um “baixo custo” na obtenção dos novos comportamentos.

De acordo ainda com Andreasen (1994), o marketing social tem por característica a mudança voluntária de comportamento, que está sujeita a compreensão de quais as atividades que são necessárias às pessoas e quais os estímulos que elas precisam para superar as barreiras comportamentais que as impedem de aderir a determinado comportamento. Para alcançar resultados satisfatórios, é preciso que um programa de

marketing social procure envolvimento de todas as esferas da sociedade (indivíduos, líderes comunitários e o governo) e de abordagens complementares (educação, comunicação e legislação) (Andreasen, 1994 citado por Barboza, 2012).

Estes autores ainda afirmam ser preciso adaptar as tecnologias do marketing na composição de programas que tenham esse papel incentivador e estimulador aos indivíduos adotantes de comportamentos que promovem bem-estar e mudança social. E concluem que, devem utilizar o marketing social tanto como recurso no entendimento quanto na resolução de perturbações sociais que são de interesse da sociedade.

O marketing social tem sido frequentemente sugerido como uma ferramenta eficaz para a saúde, usado em ações comunitárias, no incentivo a políticas públicas e outros, através de uma metodologia inicial de pesquisa e análise de mercado (Walsh, Moeykens & Moloney, 2005).

As campanhas de marketing social estão sendo usadas cada vez mais como uma forma para atingir o público, para modificar comportamentos de saúde ou pró-sociais e para promover questões específicas de saúde. Tendo em vista os altos custos dessas campanhas, é importante entender até que ponto pode ter um impacto significativo na população, para caracterizar ao máximo a entrega eficaz e eficiente de mensagens para grupos em massa, e avaliar os pontos fortes e fracos gerais do marketing social e intervenções para contribuir para melhorias na saúde. (Evans-Lacko et al., 2013).

Mesmo com algumas limitações, Gordon et al. (2006) consideram o marketing social uma estrutura muito promissora para fornecer melhorias à saúde, tanto a nível individual como a níveis ambientais e de políticas mais amplas.

É notória a amplitude da aplicação dos fundamentos de marketing social. Suas ações têm sido frequentemente direcionadas para causas de saúde pública. (por ex. Barboza, 2012). Para Barboza (2012), o papel do marketing social na questão da promoção de conscientização, resulta na promoção de saúde física e mental, gerando um maior equilíbrio na sociedade. (Barboza, 2012)

De acordo com Lefebvre (2011), o marketing social é executado, em sua grande parte, nos países industrializados e suas campanhas possuem o objetivo de reduzir comportamentos de risco, ou seja, os considerados fatores que podem desencadear doenças crônicas, como, por exemplo, obesidade e o uso de substâncias que causam dependência química, como tabaco, álcool e outras drogas. (Lefebvre, 2011).

Essa observação fortalece o argumento de que o marketing social em saúde muda conforme as questões de saúde mais proeminentes em cada contexto cultural. Um número significativo de estudos de marketing social, por exemplo, concentra-se na mudança de comportamento em adolescentes, voltado para a prevenção e conscientização do fim do uso de bebidas alcoólicas e tabaco. (Scheier & Grenard, 2010; Gordon et al., 2010; Hastings, Stead, & MacKintosh, 2002).

Harvey (2000) identificou que, nos anos 60, as primeiras campanhas de marketing social desenvolvidas foram em função do planejamento familiar. O autor fez uma descrição detalhada dos programas pioneiros criados pelo governo da Índia com o objetivo de reduzir o crescimento populacional no país.

Como exemplo, desses primeiros programas de marketing social, tem-se a campanha de sucesso de planejamento familiar, realizada no Sri Lanka, concebida nos princípios de pesquisa de marketing, embalagem da marca, análise do canal de distribuição e gerenciamento e controle de marketing. Essa campanha teve como objetivo principal promover o uso de preservativos para a população, em geral como instrumento de controle da natalidade. Para isso, foi criada uma marca de preservativos de baixo custo, chamada "*Preethi*", que significa felicidade, e seu custo era um dos mais baixos do mundo. A ação de marketing teve forte repercussão nacional, com a distribuição dos preservativos e uma campanha para os meios de comunicação de massa, incluindo anúncios em jornais, rádios e filmes, além da divulgação de uma caderneta nomeada por "Como ter filhos planejados e não por acaso". (Fox & Kotler, 1980)

O programa de planejamento familiar citado acima, demonstra as formas de aplicação dos 4P's em marketing social: Produto (preservativos), Praça/Local (fácil distribuição), Preço (baixo custo) e Promoção (campanhas públicas de conscientização).

Para Merritt (2007), as campanhas de educação em saúde devem possuir avaliações rigorosas e cuidadosas, que permitam aos educadores de saúde entender os efeitos da campanha ou uma única intervenção, contribuindo também para o benefício de campanhas futuras. (Merritt, Mollinson, & Geddes, 2007).

Marriott, Palmer, & Lelliott (2000) acrescentam que para adicionar credibilidade a campanhas sociais, elas devem ser entregues para um indivíduo ou para uma organização que o público-alvo confie. (Marriott, Palmer, & Lelliott, 2000).

Merritt, Mollinson e Geddes (2007) citam Kotler ao dizer que técnicas do marketing comercial podem auxiliar e aumentar a eficácia das campanhas e sua avaliação. Deve-se fazer uma pesquisa de mercado para garantir o que será entregue ao seu público-alvo. É necessário analisar as necessidades, crenças e atitudes específicas e necessárias dessa audiência. É essencial, identificar esse segmento: “O segmento é um grupo homogêneo de pessoas que compartilham crenças, atitudes e comportamentos” (Wind & Cardozo, 1974). Tudo isso, são técnicas e ferramentas utilizadas no marketing comercial que podem e devem ser aplicadas em campanhas sociais, podendo trazer benefícios para o seu sucesso.

Os autores, Gordon et al. (2006) indicam, inclusive, que as campanhas são eficazes quando feitas para grupos-alvos diferentes (como jovens, adultos, minorias étnicas e grupos desfavorecidos) e em ambientes diferentes (escolas, locais de trabalho, igrejas, ambientes direcionados à comunidade e à família, clínicas, supermercados e outros). (Gordon et al., 2006).

Acreditamos que o marketing social e ações bem planejadas e organizadas, apesar de aparentemente isoladas, podem alcançar um público amplo e assim contribuir para um bem-estar social ou mudança de comportamento. Conforme citado no capítulo anterior, a tecnologia exerce um papel fundamental nessa propagação, por isso, cremos que com auxílio de ferramentas online a aplicação do marketing social pode se tornar mais eficaz e atingir contextos culturais diferentes.

2.1. A tecnologia e seu papel mediador entre marketing social e saúde mental

Em sua pesquisa de como aplicar o marketing social para promoção de saúde física e mental, os autores Mehmet, Roberts e Nayeem (2020) argumentam que, no âmbito de saúde mental, o marketing social prova ser uma ferramenta útil para influenciar e mudar o comportamento das pessoas de uma forma sustentável e eficaz. (Mehmet, Roberts e Nayeem, 2020).

De acordo com Collins et. al (2019), no artigo “*Social Marketing of Mental Health Treatment: California’s Mental Illness Stigma Reduction Campaign*”, o marketing social tem potencial para lidar com a subutilização dos serviços de saúde mental e através da identificação de um foco amplo e sua necessidade de tratamento, por exemplo, pode

ocorrer um benefício e vantagens sociais ou individuais através das aplicações do marketing. Além disso, é uma ferramenta que através do uso de suas técnicas tem capacidade de promover uma mudança social e pode ter a capacidade para atingir esse objetivo. O marketing social em saúde mental, pode alcançar e inspirar indivíduos por vezes difíceis de identificar, como aqueles com transtornos mentais. Neste sentido, tem a potencialidade de afetar uma mudança substancial na saúde da população, pois, mesmo com pequenas mudanças comportamentais, tem um grande potencial de grande alcance. Um dos pontos abordados em seu estudo, é precisamente a questão dos mass media, e como permitem chegar a um vasto número da população, conforme dito anteriormente. Os autores referem que uma das barreiras ao tratamento de saúde mental que é mais amplamente referida é o estigma, incluindo atitudes negativas às procuras de ajuda. (Collins et. al, 2019).

Para Andreasen (2008), a influência de comportamentos em qualquer campanha de marketing social, inclusivamente em saúde mental, deverá ter como referência o “alto-envolvimento”. Em situações que compreendem comportamentos importantes para o público-alvo, o envolvimento desse público acontece com a procura de informação, em especial, à procura por informação sobre o melhor curso de ação. (Andreasen, 2008).

Sampogna et. al (2017) explicam que o marketing social no campo da saúde mental, se for aplicado de forma isolada, poderá ter fragilidades, nomeadamente de não incluir fatores como o estigma aos transtornos mentais. O autor propõe que as estratégias de marketing social sejam complementadas com estratégias em meios de comunicação social e redes sociais para mudar as opiniões em relação às pessoas que possuem algum tipo de transtorno mental. Assim, o marketing social potenciado por estas ferramentas de comunicação pode reduzir o estigma face à saúde mental de uma forma geral, recorrendo a outras ferramentas, como, por exemplo, o *storytelling*, à utilização de histórias positivas relacionadas a problemas de saúde mental ou criando intervenções específicas (Sampogna et. al, 2017).

Como exemplo desse contexto, ilustramos um caso de um projeto realizado na Inglaterra, no período de 2009 a 2014, no programa *'Time to Change'*. Esse projeto incluía uma campanha de marketing social usando meios de comunicação social e as redes sociais, a par com eventos presenciais (não foi, porém, avaliada a eficiência desta última abordagem). O projeto recorreu a abordagens multiplataformas e em vários canais,

incluindo jornais, revistas, rádio e televisão, a par com outros meios, como outdoors e internet. A organização escolheu estes meios por terem imenso poder de influência social, visto que um dos objetivos do projeto era que se conseguisse atingir uma vasta audiência (Sampogna et al., 2017). O público-alvo incluía pessoas com idades entre 20 e 40 anos, dividido por grupo de rendimento. Estes participantes foram recrutados através de um painel de pesquisa de mercado online. Antes e depois de cada exposição da campanha, responderam um questionário online de avaliação. No total, foram entrevistadas 10.526 pessoas. A avaliação dos resultados da campanha de marketing social foram obtidos por meio do Google Analytics, e outros dados foram gerados através de um sistema analítico interno do Facebook. De uma maneira global, os resultados foram positivos e houve um aumento significativo do número de usuários nas redes sociais, ao longo do tempo. A conclusão da investigação é que campanhas de marketing representam uma forma importante de reduzir o estigma, considerando os resultados positivos obtidos, e de outras campanhas baseadas e realizadas com o uso de mídias sociais que podem representar uma estratégia eficaz para desafiar o estigma. (Sampogna et al, 2017).

Para Evans-Lacko et al. (2013), as campanhas, relacionadas à saúde mental, devem combinar informações educacionais com uma interação de contato social para a prevenção de redução no estigma da saúde mental. É preciso envolver o público para promover mudanças de comportamento, como desafio se tem o estigma e discriminação. É necessário conhecimento e atitudes que forneçam um suporte aos ambientes relacionados a esses comportamentos estigmatizantes. As campanhas devem incorporar uma abordagem multifacetada para reduzir o estigma e a discriminação. (Evans-Lacko et al., 2013).

Para Collins et al. (2019), o marketing social também parece ser eficaz na redução do estigma a transtornos mentais. Em sua análise, os autores sugerem que, ao utilizar abordagens que aumentem a educação e contato com indivíduos que possuem saúde mental, as campanhas podem promover mudanças e reforçar atitudes positivas no outro. Os resultados sugerem que indivíduos diretamente expostos às mensagens de marketing social mudam suas ações e crenças. Os autores também evidenciam que campanhas podem ser úteis para aumentar a percentagem de indivíduos com probabilidade de transtorno mental que procuram tratamento. (Collins et al., 2019).

Em relação aos tratamentos para transtornos, Luck et al, (2009) fazem a análise de uma campanha de marketing social para veteranos de guerra dos EUA, encorajando-os a obterem tratamento para depressão. A mensagem transmitida procurou ajudá-los a instigar o desejo de adotar um novo comportamento, por exemplo, argumentando que suas vidas iriam melhorar e, dessa forma, incentivar todo o grupo. Os autores complementam ao dizer que: “psicologia e pesquisas de marketing social sugerem que indivíduos consideram “outros semelhantes” como a fonte de informação mais convivente sobre mudança de comportamento” (Luck et al., 2009, p. 7).

Mehmet, Roberts e Nayeem (2020), defendem que aqueles que reconhecem o uso das tecnologias digitais em saúde mental, também reconhecem os benefícios do uso de canais digitais para o envolvimento do consumidor, assim as mídias digitais têm grande potencial para ajudar em alguns desafios, como o isolamento social, a falta de envolvimento e de participação da comunidade, além, é óbvio, do estigma, como já apresentado neste capítulo. Através desse conceito, o marketing digital nas comunicações e marketing em saúde mental demonstrou abordagens mais centradas e melhores resultados para organizações e usuários finais. (Mehmet, Roberts e Nayeem, 2020).

Concluimos que o marketing social surgiu com um papel fundamental como ação incentivadora para mudança de comportamento individual e/ou social. Ao longo do período, as campanhas relacionadas à saúde mostraram ter este grande potencial de mudança e influência. As estratégias de marketing social, alinhadas a recursos online, intervenção da web e redes sociais, possibilitam novas perspectivas para a saúde mental, transmitindo informações eficazes, conscientizando a população e até mesmo reduzindo estigmas. A partir dessa concepção, acreditamos no potencial positivo que a incorporação de técnicas de marketing social possui na eficácia para campanhas educacionais sobre depressão e outros transtornos mentais.

3. Contextualização do estudo de caso e implicações metodológicas

Para compreendermos qual a melhor estratégia de comunicação, no campo da saúde mental nos ambientes digitais, necessitamos de saber mais sobre os públicos destes conteúdos e sobre a sua reação às campanhas. Neste sentido, o objetivo deste trabalho é

analisar o comportamento informacional dos usuários do *website forteMENTE: O Portal da Depressão*¹⁰ que foi criado como objeto de estudo para esta dissertação. As questões de investigação são:

Q1. Quem são os públicos que procuram informação online sobre depressão e como se comportam perante essa informação?

Q2. Quais informações os usuários consomem no site “forteMENTE: O Portal da Depressão”?

Q3. Há semelhanças e diferenças nos acessos de Portugal e Brasil?

Q4. Quais são as campanhas de marketing social mais eficientes para comunicar sobre transtornos mentais?

3.1. Objeto de investigação

Criamos o portal luso-brasileiro ForteMENTE: O Portal da Depressão como objeto de estudo para este trabalho. O nosso ponto de partida foi a constatação de que como o tema da depressão é muitas vezes abordado de forma sensacionalista e estigmatizada pelos meios de comunicação social, assim, surgiu a necessidade de oferecer uma comunicação rigorosa e eficaz sobre o transtorno depressivo, na qual existisse a oportunidade real em se compreender quais as melhores formas de tratar o assunto de maneira humanizada, eficaz e informativa.

Nosso objetivo é a compreensão aprofundada do comportamento dos usuários que acessaram o site no período de seu lançamento até a conclusão deste trabalho, ou seja, no período que vai de 7 de abril a 15 de setembro, o que totalizou 162 dias.

Além da questão central, nosso objetivo também é contribuir para compreender como o espaço digital e as ferramentas de dados como o *Google Analytics* e *Ads* podem auxiliar na monitoração de comportamentos de procura de informação de saúde mental e o fornecimento de indicadores sobre onde e como publicar uma comunicação de saúde adequada.

¹⁰ Disponível em: <https://portaldadepressao.com/>

Após a construção de um espaço online sobre comunicação dedicada à depressão, acrescentamos objetivos de investigação que contemplam as intervenções na *web* em saúde mental: 1) Compreensão da recepção de campanhas de marketing social sobre temáticas da depressão; 2) Colaboração para uma comunicação mais eficaz em saúde mental; 3) Promoção de uma nova alternativa de comunicação sobre depressão, por meio de novas tecnologias; 4) Oferta de um espaço digital de conscientização e informação para pessoas que possuem a doença.

A implementação da proposta foi assim concretizada em três eixos:

1. Criação do site com parceria de profissionais de saúde e conteúdos especializados sobre depressão;
2. Elaboração de campanhas de marketing social e impulsionamento de anúncios digitais sobre o tema, com o objetivo de impactar o público-alvo da pesquisa;
3. Análise da “pegada digital” para identificar como as pessoas consomem as informações dentro do próprio site.

Realizamos seis campanhas digitais que diferiram nos seus conteúdos e procuraram atrair o público-alvo de diferentes maneiras e com frases de impacto. Serão anúncios digitais e que, através do clique, o usuário é encaminhado para o site oficial do projeto e com isso obteremos a informação da sua pegada digital.

Após a publicação das campanhas e do site, entra nosso principal objeto de investigação: conhecer nosso público através de sua “pegada digital”.

Utilizaremos o *Google Ads* e *Google Analytics* para compreendermos a resposta das pessoas às campanhas. Será feita uma análise dos dados, gestão e identificação dos públicos, pois queremos perceber as principais características sociais de nosso público-alvo, como local de acesso, como chegou até nós, idade, gênero e outras informações que consideramos relevantes.

Portanto, através destas propostas vamos apresentar, a seguir, a nossa metodologia que será utilizada para investigação desta dissertação.

3.2. Metodologia: Fundamentos do método Web Analytics - Baseado em Melhoria Contínua (WACIC)

Esta investigação se assenta numa metodologia mista: qualitativa e quantitativa. O método escolhido foi o *Web Analytics*, com apoio de duas ferramentas para captar e analisar dados coletados na *web*: o *Google Analytics* e o *Google Ads*, - sendo somente a primeira *Web Analytics* e a segunda um complemento para potenciar as vistas ao site. Utilizamos as plataformas alinhadas por elas oferecerem meios necessários para responder às perguntas relacionadas ao objeto de estudo.

Na análise quantitativa, será estudada a recolha de dados e o comportamento dos usuários; já na seção qualitativa, vamos observar a interação dos internautas.

3.3. Web Analytics

Nos mais diversos meios que acessamos, as definições para *Web Analytics* são muito semelhantes. Conforme definido pela WAA (*Web Analytics Association*): “*Web Analytics* é a medição, coleta, análise e relatório de dados da Internet para fins de compreensão e otimização do uso da *Web*.” Em outras palavras, *Web Analytics* inclui a análise de estatísticas qualitativas e quantitativas do site. (Upadhyay et al., 2020)

Outra definição, segundo o site *Internet Innovation*, é: “*Web Analytics* se relaciona ao processo de coleta, monitoramento e análise dos dados de navegação, tráfego e de interação dos visitantes de uma página de internet. Sua utilização busca compreender o comportamento dos usuários e otimizar o desempenho de websites com técnicas usadas principalmente em campanhas de marketing e publicidade na internet.”¹¹

De acordo com Figueiredo (2017), existem algumas ferramentas que realizam esse trabalho de extração de dados dos websites. Algumas delas são *Google Analytics*, *CrazyEgg*, *Adobe Catalyst*, *Piwik*, *AWStat*, entre outras. Essas ferramentas garantem uma ampla gama de informações, como: porcentagem de usuários que abandonaram uma determinada página ou conteúdo de um website; porcentagem de acessos e tempo de permanência em cada uma das páginas; origem geográfica dos acessos, e muito mais.

¹¹ Disponível em: <https://www.internetinnovation.com.br/blog/web-analytics-conceito-e-definicao/>

Com esses dados é possível entender os passos dos usuários no site, seu comportamento e, até mesmo, antecipar suas necessidades. (Figueiredo, 2017)

Sobre o método proposto, o *Web Analytics - Baseado em Melhoria Contínua (WACIC)*, Figueiredo, Borges e Moraes (2016) propõe etapas fundamentais para aplicação da metodologia. A primeira etapa é definir uma ferramenta específica de *Web Analytics*, aquela que mais se adequa aos *Key Performance Indicators (KPIs)*¹². A segunda etapa é a de executar planos de ação com base na análise de dados. Estas ações devem ter como objetivo final atingir as metas definidas na etapa dos KPIs. Outra etapa, que se pode considerar como sendo somente uma, é a análise dos dados e produção de relatórios, isso deve-se ao fato que esta coleta de dados precisa ser documentada ou organizada em todos os processos, e assim, os relatórios gerados pelas ferramentas de *Web Analytics* podem ser utilizados em várias etapas da investigação. Os autores definem que o método WACIC possui dois ciclos: o Ciclo Completo e o Ciclo Contínuo. O Ciclo Completo é a apresentação da metodologia como um todo, desde o início, com a implementação dos planos de ação, e a execução refletida através do alcance das metas definidas na etapa dos KPI. Já o Ciclo Contínuo apresenta um fluxo cíclico. Nele os desempenhos devem ser analisados e reexecutados até que o resultado esperado seja alcançado. Por fim, assim que essa meta for alcançada, o Ciclo Completo recomeça com novas definições, planos de ação e KPIs, com o objetivo de avançar o projeto, melhorá-lo em um processo contínuo. (Figueiredo, Borges & Moraes, 2016).

3.3.1. Google Analytics: Ferramenta Web Analytics sugerida

O *Google Analytics (GA)* vem como ferramenta central desta metodologia. Ele é uma ferramenta gratuita, que tem a finalidade de rastrear e relatar o tráfego de um site.

Segundo Crutzen, De Nooijer, Candel e De Vries (2008), a ferramenta demonstrou potencial como um método a ser usado em uma avaliação de processo de Intervenções

¹² De acordo, com a plataforma de marketing digital, Resultados Digitais, KPI é a sigla em inglês para *Key Performance Indicator*, ou Indicador-Chave de Desempenho, em português. Os KPIs indicam os valores quantitativos fundamentais que medem os principais processos internos da uma organização, possibilitando o acompanhamento e o melhor gerenciamento do nível de desempenho e sucesso das estratégias.

fornecidas pela Internet. Isso é altamente relevante dada a atual expansão de intervenções dentro do campo de promoção à saúde. (Crutzen et al, 2008)

Para Song et al. (2018), uma grande vantagem dessa ferramenta aberta é que ela fornece dados quantitativos gratuitos sobre o uso do site, os quais podem ser aproveitados para futuras melhorias. Embora o *Google Analytics* seja projetado para fornecer insights de uma perspectiva de marketing, suas variáveis, sobre os acessos de um site, são coletadas e podem informar sobre a avaliação do processo. Conforme os autores, a ferramenta tem sido aplicada também para programas baseados na *web* relacionados à saúde e também passa a ser considerada útil para programas ligados à saúde mental. (Song et al, 2018)

Crutzen et al., (2008) argumentam como o campo da promoção à saúde poderia aprender com as ferramentas *Web Analytics*, mais especificamente com o *Google Analytics*. Para o autor, a utilização da ferramenta não é apenas uma parte de um processo do método, mas sim algo altamente necessário para aumentar os insights sobre as estratégias que visam melhorar as intervenções na web. Algumas das estratégias que o autor sugere é a de ter duas plataformas com o mesmo conteúdo, mas com páginas iniciais diferentes e testadas em um período determinado. E assim, acompanhar e monitorar através do Google Analytics e determinar qual página foi mais eficaz. (Crutzen et al, 2008)

Ameen (2021) relaciona alguns exemplos onde o *Google Analytics* foi utilizado como auxiliar nos campos da saúde. Apesar de ele ser aplicado principalmente para obter insights de marketing, tem se tornado ampla a sua utilização na pesquisa e monitoramento do desempenho de sites relacionados à saúde. O autor inclui exemplos como, estudos de sites sobre genética, segurança da vacina, cirurgia pediátrica, osteoporose e fraturas. Além disso, pesquisadores indianos também usaram a ferramenta para avaliar um site sobre saúde materno-infantil e o projeto 'Índia Contra o Câncer', além de portais sobre saúde mental e sexual. (Ameen, 2021)

No caso do portal 'Índia Contra o Câncer', os autores chegam à seguinte conclusão:

O *Google Analytics* nos ajudou a quantificar o progresso feito pelo site no período de 2 anos, e deu um direcionamento para melhorar o conteúdo das páginas com base na preferência dos visitantes. A ferramenta auxiliou na orientação de maneiras para melhorar o portal da web em termos de conteúdo, design e visitantes. (Yadav et al., 2020)

O portal citado acima utilizou três parâmetros do GA como avaliação durante o período de estudo: Público, Aquisição e Comportamento. Já o site sobre saúde sexual (*Sense*) utilizou as seguintes categorias para fundamentar o estudo: Visitantes, Fontes de tráfego e Conteúdo. O objetivo era responder às seguintes perguntas-chave: (i) Como os visitantes se comportam?; (ii) De onde vêm os visitantes? e (iii) A quais conteúdos os visitantes são expostos?

De acordo com os fundamentos de Song et al. (2018), é apresentado outro exemplo de como o GA foi usado em pesquisas de saúde, como parte do processo de avaliação. A ferramenta avaliou o uso de um site sobre saúde sexual - um recurso de educação genética fornecido pela internet, desenvolvido para enfermeiras que incentivava o uso adequado de antibióticos, assim como sites relacionados à osteoporose, fraturas e cessação do tabagismo. O estudo apresentou vários indicadores disponíveis no *Google Analytics* para mostrar o engajamento geral dos usuários em suas plataformas.” (Song et al., 2018)

O pesquisador Ameen (2021) aplicou a ferramenta em seu estudo de investigação sobre o site *Malayalam* relacionado à saúde mental, na Índia. Suas conclusões foram que os dados do GA podem melhorar a atratividade e o desempenho de sites de educação em saúde mental. E para além disso, ele aconselha que profissionais, departamentos, instituições e organizações, que criam ou mantêm sites que transmitem uma consciência social sobre saúde mental, permaneçam vigilantes sobre as mudanças tecnológicas e sociais e atualizem os sites conforme as necessidades, já que a plataforma do Google é gratuita e permite obter muitos resultados e dados para o propósito. (Ameen, 2021)

Uma informação relevante levantada pelo autor, Ameen (2021), que é válido ressaltar diante dos termos éticos, é que o *Google Analytics* fornece informações na forma de dados agregados, sem nenhuma informação de identificação pessoal sobre os visitantes do site. Portanto, não há preocupações éticas em usá-las para pesquisas. (Ameen, 2021).

Os termos do *Google* utilizados ao longo deste estudo estão na Tabela 3:

Tabela 3. Definição dos termos utilizados nas plataformas do Google:

Termo	Explicação
Impressões	Impressão é a contabilização das vezes que o anúncio é veiculado nas redes de anúncios do Google ou outros. As impressões ajudam a entender a frequência com que seu anúncio está sendo visualizado.
CTR	A taxa de cliques (CTR, na sigla em inglês) que avalia a frequência com que as pessoas clicam no anúncio depois de visualizá-lo.
Clique	Quando alguém clica no anúncio e quando esta ação é contabilizada.
CPC médio	O custo médio por clique (CPC médio) é o valor que se paga pelo anúncio dividido pelo total de cliques.
Usuários	Os utilizadores que iniciaram pelo menos uma sessão durante o intervalo de datas.
Novos usuários	O número de utilizadores pela primeira vez durante o intervalo de datas especificado.
Sessões	O número total de sessões no intervalo de datas. Uma sessão é o período de tempo em que um utilizador está a interagir ativamente com o <i>website</i> , aplicação etc. Todos os dados de utilização (Visualizações de ecrã, Eventos, Comércio eletrónico etc.) são associados a uma sessão.
Número de sessões por usuário	Número médio de sessões por utilizador.
Visualizações por página	Número total de páginas visualizadas. São contabilizadas as visualizações repetidas de uma única página.
Páginas / Sessão	Uma média de páginas visitadas que corresponde ao número médio de páginas visualizadas, durante uma sessão. São contabilizadas as visualizações repetidas de uma única página.
Duração média da sessão	A duração média de uma sessão.
Taxa de rejeição	A percentagem de sessões de página única nas quais não existiu interação com a página. Uma sessão rejeitada tem uma duração de 0 segundos.
Consulta de pesquisa	A consulta de pesquisa real que atingiu impressões.
Porcentagem de saída	Porcentagem de saídas do site, ocorridas a partir de uma página específica ou de um conjunto de páginas.
Intervalo de duração da sessão	A duração de uma sessão em segundos. Uma sessão dura enquanto houver atividade contínua.

Paid Search (Pesquisa paga)	Usuários que pesquisavam especificamente as palavras-chave das campanhas do <i>Google Ads no site</i> O Portal da Depressão.
Direct (Direto)	Usuários que visitaram O Portal da Depressão digitando o nome do site diretamente no navegador da Internet.
Organic Search (Orgânico)	Usuários que pesquisaram o site O Portal da Depressão diretamente por meio de um mecanismo de pesquisa.
Social	Usuários que encontraram o <i>site</i> por meio de um canal de mídia social.
Referral (Referência)	Usuários que encontraram o site por meio de outro site (publicidade não paga).
Display (Anúncio gráfico)	Anúncios pagos que aparecem na lateral do navegador do usuário ao navegar na Internet em vários sites determinados pelo <i>Google Ads</i> , por sua relevância e adequação.
Categoria de afinidade (alcance)	Os utilizadores nesses segmentos têm maior probabilidade de estarem interessados em saber mais acerca da categoria especificada.
Outra categoria	Os utilizadores nesses segmentos têm maior probabilidade de estarem interessados em saber mais acerca da categoria especificada e se estão mais inclinados a comprar.
Segmentos no mercado	identifica o que os usuários estão propensos a comprar.

Fonte: *Google Analytics*

3.3.2. Google Ads: Ferramenta complementar sugerida

Conforme o próprio *Google*, a ferramenta *Google Ads* (antes conhecida como *Google AdWords*) é o serviço online de publicidade da empresa. Seu objetivo é criar anúncios segmentados que alcancem os usuários exatamente quando estiverem em busca do que precisam. Através de uma tecnologia de rastreamento da *Web* do *Google*, os anúncios determinam se aquele público é ou não relevante para quem está anunciando.

Os anúncios podem aparecer em vários lugares da *Web*, dependendo do tipo de segmentação, do público-alvo e dos tipos de anúncios criados. Sobre os formatos de anúncio, há dois tipos principais: Rede de Pesquisa e Rede de *Display*. Suas diferenças basicamente se devem à configuração. Na rede de pesquisa os anúncios de texto são os exibidos acima ou abaixo dos resultados da Pesquisa *Google* e também podem aparecer ao lado, acima ou abaixo dos resultados no *Google Play*, na guia "*Shopping*" e no *Maps*, inclusive no *app Maps*, além de sites que não são do *Google*, mas apenas parceiros. Já a

rede de display, permite a criação de anúncios com textos, gráficos e em vídeos, que aparecem em sites específicos do *Google*, como o *Google Finance*, o *Gmail*, o *Blogger* e o *YouTube*. Sites e apps para dispositivos móveis também fazem parte desse conjunto.

De acordo com Murphy, Peltekian e Gardner (2018), o *Google Ads* tem sido adotado em contextos relacionados à saúde, como em recrutamento de pacientes para pesquisas, intervenções baseadas na web e em campanhas de prevenção, conscientização e promoção à saúde.

Vamos apresentar exemplos de aplicações do *Google Ads* para promover ações relacionadas à saúde:

Yadav et al. (2020) promoveram uma campanha para incentivar o enfrentamento das barreiras para acessar os serviços de aborto em uma área continental dos EUA. A ideia era recrutar indivíduos que tinham essas dificuldades, ou seja, indivíduos que não conseguiam acessar uma clínica e também a população que fazia pesquisas mais amplas sobre aborto. O anúncio do *Google Ads* teve duração de agosto de 2017 a maio de 2018, com exibição na rede de pesquisa sendo que sua comunicação havia um incentivo de participação com uma remuneração de 50 dólares. Ao clicarem na campanha, os usuários eram direcionados para uma página na web, que explicava o estudo e, em seguida, eram encaminhados para um formulário de triagem. As conclusões finais apresentadas pelos pesquisadores foram extremamente limitadas e estão mais relacionadas à política dos EUA em relação ao aborto, mas podemos concluir que, em relação ao *Google Analytics*, a ferramenta foi eficaz para recrutar algumas mulheres para irem até clínicas. (Yadav et al., 2020)

Cidre Serrano et al., (2016) entenderam o *Google* como uma oportunidade única de transmitir informações de saúde pública direcionadas a um grande público, já que a empresa *Google* recebe mais de 3,5 bilhões de buscas na Internet diariamente (dado de 2016). Sua ação estava relacionada ao câncer de pele - o mais comum de todos os outros cânceres combinados - e à prática do bronzamento artificial que é um fator de risco que pode ser evitado, sendo responsável por mais de 450.000 novas neoplasias malignas a cada ano. E o uso dos soláriuns continua sendo um hábito comum, é utilizado em 1 a cada 5 adolescentes e mais da metade dos estudantes universitários. Diante desse cenário, o objetivo da campanha foi verificar o volume de pesquisas relacionadas a soláriuns e testar

o Google Ads para divulgação de mensagens preventivas relacionadas ao câncer de pele que entram em pesquisas relacionadas a camas de bronzamento artificial. O grupo de pesquisadores (Cidre Serrano et al., 2016) programou anúncios em três grupos temáticos: aparência, saúde e educação. Com período de veiculação de 1º de abril de 2014 a 31 de março de 2015. A cada mês, perceberam que em média eram realizadas mais de 75.000 pesquisas com termos de pesquisa bronzamento, bronzamento artificial e salão de bronzamento. Já as palavras-chave relacionadas aos solariuns eram cíclicas e seus picos de busca eram entre abril e maio de cada ano. Ao todo, os anúncios foram exibidos 235 913 vezes e clicados mais de 2.000 vezes. Não foi possível provar a eficácia dos diferentes anúncios, as taxas foram variadas entre as categorias e mensagens, porém o pior desempenho esteve relacionado a mensagens sobre aparência. (Serrano et al., 2016)

Por fim, trouxemos, como exemplo, um site dedicado à saúde mental masculina. Murphy, Peltekian e Gardner (2018) identificaram que homens com problemas de saúde mental e dependências buscam informações e ajuda em provedores de serviços de saúde e apoio à comunidade com menos frequência do que mulheres, com problemas semelhantes. O site *Headstrong - Taking Things Head-On* trata-se de uma farmácia comunitária. É uma iniciativa de promoção de saúde online para homens que vivem com problemas de saúde mental e vícios. O site foi desenvolvido para oferecer recursos e recomendações online e impressas para depressão; ansiedade; insônia; problemas de uso de tabaco e álcool e suicídio. Foi desenvolvida uma campanha de *Google Ads* para potencializar as iniciativas.

O principal objetivo do estudo foi comparar a aquisição e o comportamento dos usuários no site *Headstrong* durante e após a campanha publicitária online, seu período foi de 30 dias. Como resultado total foram gerados 3011 cliques e 4,5 milhões de impressões. Também houve um aumento no número de visitas no site, numa média de cinco vezes mais acessos. Porém, o engajamento dos usuários que responderam à campanha publicitária foi substancialmente menor do que o dos usuários que visitaram o site por meio de outros métodos de aquisição. O estudo citado, concluiu que promover saúde mental de forma segmentada e online para os homens tem uma estimativa limitada.

4. Estudo de caso: O Portal da Depressão

O estudo empírico realizado organizou-se em três fases complementares:

1. O desenvolvimento de um *website* com informação rigorosa sobre a depressão;

2. O desenvolvimento de um conjunto de campanhas com o objetivo de promover o website e os seus conteúdos;
3. A análise da pegada digital dos utilizadores e do seu comportamento no *website*.

A apresentação deste capítulo será dividida em três partes, referentes a cada uma destas fases.

4.1. Desenvolvimento do website

Como foi já referido, para a realização de um estudo de caso, foi criado um *website* de acesso aberto com informação sobre a depressão e saúde mental, que permitiu uma análise da pegada digital das audiências, bem como do seu comportamento online e dos acessos realizados.

O *website* **forteMENTE: O Portal da Depressão**¹³ inclui informação rigorosa e eficaz sobre o transtorno depressivo, a par com as melhores formas de tratar o assunto de maneira humanizada, eficaz e informativa. É importante ressaltar que a construção do portal foi realizada com apoio e supervisão de profissionais de saúde que contribuíram com conteúdos profissionais e especializados sobre a depressão.

O *website* foi construído através de diversas pesquisas, além disso, entrevistamos profissionais de saúde no Brasil e em Portugal para construirmos o conteúdo informativo de O Portal da Depressão. Os entrevistados foram: as psicólogas Ana Catarina Teixeira, Marília Hormanez, Marta Silva e Thais Santos e o psiquiatra Fernando M. Duarte. Além disso, entrevistamos Antonio Carlos Sandoval Pedro, Marina Brecht (jovens que já vivenciaram a depressão) e Roberto Brecht, irmão da última entrevistada.

A escolha do nome “*O Portal da Depressão*” procurou justamente quebrar um tabu e na primeira impressão dar imediatamente a conhecer o que se pretende com o website, e assim, permitir um diálogo aberto, inclusive a escrita da própria palavra “depressão”, sem um peso, mas, como um vocábulo comum em nosso dicionário.

Sobre nosso *design*, também buscamos trazer esse tipo de impressão, algo leve, até porque não é por estarmos trabalhando com o tema transtorno mental que se deve pesar a abordagem. Optamos pelas cores primárias, a cor roxa/lilás por apresentar otimismo,

¹³ Disponível em: www.portaldadepressao.com

alegria, equilíbrio e esperança e os tons laranja/amarelo por estarem atreladas à alegria, vitalidade, prosperidade e otimismo.

A informação foi indexada segundo três grandes áreas (Figura 1). Procuramos facilitar ao máximo para que cada utilizador encontre o mais rapidamente possível a informação que procura, e que compreenda intuitivamente a forma de navegar no *website*. Estas três áreas são:

- Será que tenho depressão?;
- Tenho depressão. E agora?;
- Quero ajudar pessoas com depressão.

Além destas três grandes áreas, o *website* contou ainda com uma página com informação institucional sobre o projeto e de seus apoiadores, outra página com *Links Úteis* relacionados à temática da depressão e outras questões, mais outra página com Canais de Ajuda e por fim, uma página de contatos.

Figura 1. Homepage: O Portal da Depressão, com destaques nas suas três grandes áreas



Fonte: <https://portaldadepressao.com/>

4.1.1. Área “Será que tenho depressão?”

Na primeira área, a informação dada procura ajudar o utilizador a avaliar se tem depressão. Pelo diagnóstico ser complexo de se identificar, utilizamos recursos que podem levar ao autodiagnóstico ou a alguma percepção diante dos sentimentos e isto, pode ser um facilitador na busca de tratamentos. Os conteúdos desta área foram criados com apoio de uma psicóloga e um psiquiatra. Aqui, elencamos os sintomas da depressão, quais são as diferenças entre tristeza e depressão, disponibilizamos *links* de testes credíveis *online* e explicamos a importância de buscar um profissional de saúde especializado. E no fim da página, assim como todas as outras, trazemos um *banner* para quem necessita de ajuda urgente e encaminhamos para a página de Canais de ajuda.

Figura 2. Seção 1: Será que tenho depressão? Com destaques em cinco áreas: Sintomas; Tristeza ou Depressão?; Teste sobre depressão; Ajuda profissional e Banner para obter ajuda:

SERÁ QUE TENHO DEPRESSÃO?

O diagnóstico da depressão é complexo e para obtê-lo é necessária uma consulta com um profissional especializado. Porém, existem sinais que podem auxiliar a identificar estes alguns indícios. É preciso verificar os sintomas do transtorno mental e suas diferenças que levam muitas pessoas a confundirlos com a tristeza. Também é possível fazer teste de depressão online. Lembre-se sempre de buscar a ajuda de um profissional de saúde!

“O oposto de depressão não é felicidade, e sim vitalidade”
Andrew Solomon

SINTOMAS

TRISTEZA OU DEPRESSÃO?

TESTE SOBRE DEPRESSÃO

AJUDA PROFISSIONAL

O Portal da Depressão é um canal de comunicação para informar e apoiar sobre a depressão, não conseguimos prestar ajuda em situações de urgência.

Caso você necessite de ajuda ou alguém próximo, busque atendimento médico o mais rápido possível.

PRECISO DE AJUDA URGENTE

Fonte: <https://portaldadepressao.com/estou-com-depressao/>

Na página de sintomas, explicamos que para a depressão, por ser ela um transtorno mental, não existe um exame exato para seu diagnóstico, porém, há indícios que fazem a pessoa buscar apoio de um profissional e ter um diagnóstico mais preciso. Com informações do psiquiatra Dr. Fernando Duarte, separamos alguns sinais, divididos em três grupos: físicos, emocionais e de pensamentos. Enfatizamos também a fala da psicóloga Marília Hormanez que estes sintomas não aparecem juntos e de repente, a depressão pode ser muito sutil. E no rodapé da página, encaminhamos os usuários para a página dos testes online.

Figura 3. Página: Sintomas.

SINTOMAS DA DEPRESSÃO

Existem diversos sinais que podem levar uma pessoa a pensar que está com depressão. Por ser um transtorno mental, não existe um exame exato para diagnosticá-lo, porém, há muitos indícios que nos ajudam a buscar um apoio de um profissional e assim ter um diagnóstico mais preciso sobre ele.

Conversamos com psicólogos, psiquiatras e consultamos muitos artigos e textos científicos para apresentarmos os principais sintomas desse transtorno.

Um desses profissionais é o psiquiatra Fernando Duarte. Ele faz uma definição bem pontual sobre estes sintomas. Vale ressaltar que, para **uma pessoa ser diagnosticada com depressão, não se faz necessária a apresentação, na íntegra, de todos eles.**

Os sintomas depressivos estão divididos em três grupos: físicos, emocionais e de pensamentos.

Físicos

- Alteração do sono (perda ou excesso);
- Alteração do apetite (perda ou excesso);
- Cansaço físico;
- Dificuldades de concentração e memorização;
- Falta de libido;
- Isolamento.

Emocionais

- Tristeza na maior parte dos dias e na maior parte do dia (Tristeza ao longo dos dias por períodos prolongados);
- Anedonia: perda da capacidade de sentir prazer;
- Choro fácil e sensibilidade excessiva.

Pensamentos

- Pensamento de culpa e mágoa;
- Perca da autoestima;
- Desesperança em relação ao futuro;
- Pensamento de morte.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) nem todas as pessoas com transtornos depressivos apresentam os mesmos sintomas. A gravidade, frequência e duração variam conforme o histórico do paciente e suas condições específicas.

A psicóloga Marília Hormanez destaca que os sintomas não aparecem de repente, que existe um "caminho" para a sua construção, as experiências e os sentimentos que levam a depressão.

Fonte: <https://portaldadepressao.com/estou-com-depressao/sintomas-da-depressao/>

Enquanto analisávamos conteúdos para a construção do O Portal da Depressão, observamos que é comum citarem a tristeza atrelada à depressão, isso porque um dos

sintomas da depressão é a melancolia. Por tanto, decidimos criar uma página que diferenciava o que é depressão e o que é tristeza, já que existe uma linha muito tênue entre as duas. Neste espaço, explicamos as suas diferenças e enfatizamos que a tristeza faz parte da vida, porém caso se torne duradoura e permaneça por mais de 15 dias pode ser considerado um alerta. Para ilustrar, indexamos um vídeo da campanha *Bounce Back Today*, da Associação Canadense de Saúde Mental (CMHA BC) e adicionamos um subtítulo onde explicamos a diferença entre o quadro depressivo leve e quadro depressivo grave.

Figura 4. Página: Entenda as diferenças entre tristeza e depressão.

ENTENDA AS DIFERENÇAS ENTRE TRISTEZA E DEPRESSÃO:

A tristeza é uma emoção, assim como a alegria, a raiva ou o medo e a surpresa.

Normalmente, sentimos tristeza quando criamos expectativas em relação a algo e quando não acontece de jeito que planejamos, sentimos-nos frustrados, luto e luto, e isso pode nos levar para um estado de frustração, ainda existem as perdas comuns da vida como divórcio, morte de um ente querido, fim de um relacionamento etc.


Sentir tristeza por esses momentos é normal. **A tristeza faz parte da vida.**

Existe um limiar entre a tristeza e a depressão, e sendo a emoção se encontra. A diferença é que a tristeza vai e vem, não fica por muito tempo, sendo passageira.

Quando a tristeza se instala por um tempo duradouro, mais de 15 dias, isso já é um alerta.

- É preciso tomar mais cuidado e atenção, observar se essa emoção não está permanente, desrespeitando em nós um quadro depressivo.
- É muito importante termos em mente que a tristeza faz parte das emoções cotidianas da vida.

Vejam esse vídeo para nos atentarmos para as diferenças entre tristeza e depressão:



Devemos não interpretar a tristeza como um episódio depressivo, já que como dito, **o sofrimento faz parte da vida. É perigoso, sublinhamos, quando ocorre em longo prazo.**

Atualmente, nossa sociedade se tornou intolerante ao sofrimento e busca soluções rápidas e fáceis para o desenvolvimento emocional. Muitas vezes, é preciso acolher essa tristeza, nos perguntarmos de por que determinadas situações nos acontecem, afinal, nosso emocional é resultado do nosso cotidiano. Fique a atento!

- É muito, muito importante essa observação!
- É importante o pedido de ajuda, procure um profissional para avaliar os sintomas e ajudar a entender porque a tristeza se instalou. **A tristeza não é patológica, o que é patológico é a depressão.**

QUANDO A TRISTEZA SE TORNA PERIGOSA?

Quando a tristeza passa a ser um sentimento recorrente e começa a afetar o bem-estar, é como se deixasse uma sombra. É uma tristeza que não dá vontade de sair da cama, não dá vontade de tomar banho, de sair de casa, invade a vontade de socialização. A pessoa deixa de sonhar, perde perspectivas para o futuro, perde o foco, e como se a vida estivesse ficando um estorço.

Permanendo em um **quadro depressivo leve**, os dias são produtivos. A pessoa vai à escola ou trabalho, faz as atividades cotidianas, porém existe uma tristeza, tudo é feito no modo automático, "sem sentir". As ações são movidas apenas pelo impulso da obrigação. É muito comum que as pessoas percebam que essa desmotivação seja algo atrelado simplesmente à sua personalidade, que sentir essa tristeza é algo natural. Então, não passam a viver dentro de um contexto depressivo, no qual eles nem sabem se tem motivação para ser uma realidade angustiante. É por conta dessa confusão, desde erro de leitura sobre seu estado emocional, a procura por um profissional não ocorre e, obviamente, não se chega a um diagnóstico de transtorno.

Já no **quadro depressivo grave**, a tristeza passa a tomar conta da rotina, a pessoa deixa de fazer as atividades do dia a dia, via não consegue fazer quase nada e fica sem energia. Tudo se torna muito difícil, desde as atividades mais simples até as mais complexas.

Fonte: <https://portaldadepressao.com/estou-com-depressao/tristeza-ou-depressao/>

Como forma de oferecer uma possibilidade de teste e garantir um ponto de partida para os diagnósticos, apresentamos locais seguros e de confiança, recomendados por profissionais de saúde, para a realização dos testes. No Brasil, o mais utilizado é o *PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)*. Criado por Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams,

Kurt Kroenke e colegas, e disponibilizamos a versão oficial, português e inglês. Em Portugal, utiliza-se, amplamente, o Inventário de depressão de Beck (*Beck Depression Inventory, BDI, BDI-II*). Criado por Aaron Beck, dispomos de links da versão em português e o site oficial.

Figura 5. Página: Teste de depressão:

TESTE DE DEPRESSÃO

Em buscas rápidas na internet, é possível encontrar diversos testes de depressão e ansiedade, e outros transtornos mentais. O psiquiatra Fernando Duarte explica que existem muitos testes bons, mas eles **não substituem o trabalho do profissional de saúde**, pois, **o diagnóstico da depressão é complexo e a avaliação médica considera muito mais que o checklist; ela também observa o comportamento, postura e a história individual de cada pessoa.**

Por isso, **o questionário para depressão não serve 100%, todavia pode ser um ponto de partida.**

No Brasil um dos questionários utilizados é o **PHQ-9** (*Patient Health Questionnaire*) criado por Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas. É possível fazê-lo através destes links:

Site oficial: <https://www.phqscreeners.com/>

Versão PT/ BR: <https://kiai.med.br/test/teste-online-de-depressao-phq-9/>

Versão inglês: <https://patient.info/doctor/patient-health-questionnaire-phq-9>

Em Portugal utiliza-se amplamente, o **Inventário de depressão de Beck** (*Beck Depression Inventory, BDI, BDI-II*), criado por Aaron Beck. Faça através destes links:

Versão PT/ BR: <https://kiai.med.br/test/teste-de-depressao-online-inventario-de-beck-bdi-ii/>

Site oficial: <https://beckinstitute.org/>

IMPORTANTE: O Portal da Depressão destaca que, testes para depressão e outros testes psicológicos não substituem a avaliação médica realizada por um psicólogo ou psiquiatra. Caso esteja com sintomas da depressão ou conheça alguém que demonstra sintomas depressivos, busque o mais rápido possível um profissional de saúde. Somente ele dará um diagnóstico e tratamento eficaz. Não espere! Procure hoje mesmo um médico!

Fonte: <https://portaldadepressao.com/estou-com-depressao/teste-depressao/>

Na seção dos profissionais de saúde, destacamos a importância que o diagnóstico deve sempre ser realizado por um profissional da área da saúde mental (psicólogo/a ou psiquiatra), preferencialmente. Apesar de existir testes online e sinais que identificam que uma pessoa possa estar com depressão, é primordial o acompanhamento médico, pois só esses profissionais estão aptos para indicar os tratamentos necessários, além de outros cuidados de saúde primordiais. Aqui, nesta página, também procuramos desmistificar o preconceito e resistência que algumas pessoas têm em relação aos profissionais especializados em saúde mental. A psicóloga Marta Silva explica que os cuidados para tratar a depressão são os mesmos como qualquer outra questão de saúde, portanto, não há motivo de vergonha ou preconceito. É necessária uma atitude de consciência de cura,

tratamento, uma atitude madura, de amor-próprio e de coragem para se atingir um equilíbrio emocional, de bem-estar e de saúde.

Figura 6. Página: A importância do profissional de saúde:

A IMPORTÂNCIA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

A depressão e a ansiedade são os transtornos mentais mais comuns na sociedade, por isso, em muitos casos, eles podem ser normalizados e passam despercebidos, justamente por existir neles **semelhanças com sentimentos de tristeza, estresse ou medo.**

A depressão e a ansiedade têm um grande impacto na vida das pessoas, as quais precisam ser tratadas com auxílio profissional e as ferramentas devidas e corretas para cada caso.

A grande questão é que os diagnósticos para os transtornos mentais são complexos. Não existe um exame específico para obter o resultado. O único modo de descobrir se alguém está com depressão é "examinar" seus sentimentos, escutá-los e observá-los. É necessária, indiscutivelmente, a ajuda de um profissional em saúde mental.

O diagnóstico deve sempre ser realizado por um profissional da área da saúde mental (psicólogo/a ou psiquiatra), preferencialmente. É importante efetuar um diagnóstico diferencial, que leve em consideração os vários graus da depressão, pois os sinais depressivos podem ser confundidos até mesmo com outras patologias físicas ou mentais, como o transtorno de ansiedade, por exemplo.

É importante dizer que, caso a pessoa seja diagnosticada com depressão, o acompanhamento médico é primordial. Somente o profissional de saúde está apto a indicar os tratamentos necessários.

“O diagnóstico é tão complexo quanto a doença.”

(Andrew Solomon)

A psicóloga Marta Silva explica que muitas pessoas sentem necessidade e interesse em ir ao psicólogo. No entanto, o preconceito, a vergonha e muitos outros sentimentos fazem com que se adie a procura por um profissional da área. **Todos nós, em algum momento da vida, necessitamos que alguém nos ajude a resolver os nossos conflitos internos, a superar as nossas dificuldades, a validar sentimentos e a refletir sobre histórias de vida. Psicólogos ou psiquiatras são importantíssimos, assim como outros profissionais de saúde, no apoio à pessoa com depressão.**

Quando temos algum problema de saúde, de ordem física, imediatamente procuramos um especialista. **Procurar a ajuda terapêutica deve ser considerado também uma atitude de consciência de cura, tratamento, uma atitude madura, de amor-próprio e de coragem para se atingir um equilíbrio emocional, de bem-estar, de saúde.**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), Saúde é: *“Qualquer iniciativa desenhada para ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, aumentando os seus conhecimentos e influenciando as suas atitudes.”*

Esse entendimento em saúde mental tem a intenção (ou finalidade) de capacitar a pessoa, que vive com um transtorno mental, em assuntos que a auxiliem em seus objetivos de tratamento e reabilitação. **É fundamental que a pessoa compreenda e reconheça precocemente os sintomas da sua doença, para que assim, com a ajuda de um profissional de saúde, possa conhecer os tratamentos disponíveis.**

Uma pessoa bem informada toma as melhores decisões, além de que adere melhor às terapias, sejam elas psicológicas ou farmacológicas.

Fonte: <https://portaldadepressao.com/estou-com-depressao/ajuda-profissional-para-depressao/>

4.1.2. Área “Tenho depressão. E agora?”

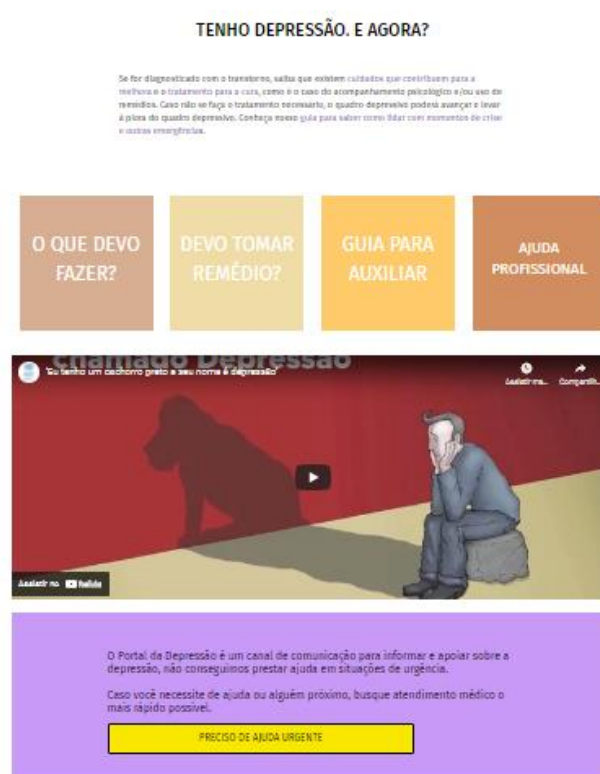
Na segunda área informativa do *website* (Tenho depressão. E agora?), abordamos assuntos para pessoas que já convivem com o transtorno depressivo, apontamos cuidados que contribuem para melhora e tratamentos para a cura. Apresentamos o *hiperlink* para o nosso guia para saber como lidar com momentos de crise e outras emergências e disponibilizamos a reprodução do vídeo produzido pela ONU, chamado ““Eu tenho um

cachorro preto e seu nome é depressão”, que traz uma metáfora do termo “cachorro preto” ou “*black dog*”, usada desde o século XVII para descrever a lenda de um fantasma com olhos brilhantes, relacionado aos maus presságios e à morte, em várias culturas. Essa expressão foi popularizada por Winston Churchill no século XX e começou a ser usada como sinônimo de depressão. Transtorno que o ex-primeiro-ministro do Reino Unido enfrentou ao longo da vida. E no rodapé, finalizamos com o banner para quem precisa de ajuda e o encaminhamento para o Canais de ajuda.

Esta área tem conteúdos em cinco subáreas ou páginas:

1. O que devo fazer?;
2. Devo tomar remédio? ;
3. Guia para auxiliar;
4. Ajuda profissional;
5. *Banner* para obter ajuda.

Figura 7. Seção 2: Tenho depressão. E agora?



Fonte: <https://portaldadepressao.com/tenho-depressao/>

O objetivo nessa página é lembrar que após o diagnóstico e início do tratamento ainda devem ser tomados cuidados pelo paciente. A psicóloga Thais Santos, uma das entrevistadas do *website*, destacou em sua contribuição que muitas vezes, a depressão pode ser um pedido de ajuda para rever alguns padrões de comportamento, algumas crenças e ter uma percepção de si mesmo, mesmo que pequena – tudo para evitar um círculo vicioso. Indicamos, por isso, nesta área, alguns cuidados que podem ser adotados durante o tratamento e notas motivadoras, nomeadamente, as quais enfatizam que a depressão não é um caso isolado e tem tratamento.

Figura 8. Página: Estou com depressão. O que devo fazer?

ESTOU COM DEPRESSÃO. O QUE DEVO FAZER?

Após o resultado do diagnóstico de depressão, realizado com base na observação, queixas e história clínica do paciente é o momento de seguir as indicações médicas e se auto-observar. Caso se tome medicamentos, lembrar que somente o médico não é o tratamento suficiente (o médico não faz milagres). É preciso mudar alguns padrões de comportamento, algumas crenças e ter uma percepção de si mesmo, mesmo que pequena – tudo para evitar um círculo vicioso.

"A depressão pode ser um pedido para que a pessoa se lembre de quem ela é."
(Psicóloga Thais Santos)

A psicóloga Marta Silva, destaca alguns cuidados que podem ser adotados durante o tratamento da depressão:

Partilhe com os outros – Se teve alguma má notícia ou um grande aborrecimento, conte a alguém próximo, diga como se sente. Pode ser preciso falar sobre isso, talvez chorar mais que uma vez e ter um ombro. Este processo faz parte da forma natural da mente se curar.

Realize alguma atividade física – Saia de casa, fazer algum exercício, mesmo que seja só para caminhar. Isso ajudará a se manter bem física e mentalmente. Inclua ajudar a dormir e refletir sobre determinados problemas. Mesmo que não possa trabalhar, é bom se manter ativo. Realizar trabalhos domésticos também pode ser uma atividade, mesmo que seja apenas trocar uma lâmpada, ou qualquer outro movimento que faça parte da sua rotina. Culinária, por exemplo, pode ser o seu excelente terapia.

Alimente-se bem – Pode não ter apetite, mas comer regularmente é necessário. A depressão pode fazer a pessoa perder peso e diminuir as vitaminas o que fará com que o mal-estar se torne de maneira piorada. Frutas frescas e vegetais, em particular, são muito recomendadas.

Cuidado com o álcool – O álcool, efetivamente, torna a depressão pior. Pode trazer a sensação de melhora durante algum tempo, mas não dura. Beber pode impedir a lidar com os problemas importantes e de ter a ajuda correta.

Inútil – Se preocupar com a falta de sono não ajuda. Deitar, ouvir determinada música, ler um livro, ver um programa na televisão podem trazer calma e tranquilidade. Enquanto está deitado o corpo tem a oportunidade de descansar e, com a mente ocupada, o corpo poderá sofrer menos a ansiedade e o caminho para o sono estará mais acessível, aberto.

Observar a depressão – Entender o que está por detrás da depressão, falar sobre o problema e depois mesmo, pode ser uma das formas de lidar com ela. Pensar em situações simples e tentar integrá-las, materializando-as em palavras pode ser um excelente convite ao autoconhecimento.

Conheça suas crises – Entender as crises pelas quais passa e saber as melhores formas de lidar com elas, pode ser essencial para a cura da depressão e ajudar pessoas ao redor que possam estar sofrendo.

Conheça nosso Guia para lidar com a depressão e compartilhe com sua rede de apoio.

É muito importante lembrar que:

- Muitas outras pessoas já tiveram depressão.
- Pode ser difícil acreditar, mas eventualmente vai melhorar.
- A depressão pode, por vezes, ser útil, pode se sair dela mais forte e mais capaz para lidar com os problemas. Pode ajudá-lo a ver as situações e relações de forma mais clara.
- A depressão pode ser capaz de levá-lo a tomar decisões importantes e provocar mudanças na sua vida, que estão no passado.

Fonte: <https://portaldadepressao.com/tenho-depressao/o-que-faco/>

Na sequência, propusemos criar um espaço para falar abertamente sobre o uso de antidepressivos. Consideramos o remédio um assunto que traz muito tabu, estigma e causa dúvida nos tratamentos relacionados a transtornos mentais. Adotamos, em alguns tópicos, o “tom” de perguntas e respostas, como o próprio nome da página aponta - “Devo tomar remédio?”; “Como sei que preciso usar o antidepressivo?” e “As terapias alternativas são eficazes na cura para depressão?”. Aqui, tratamos de uma abordagem geral sobre os tratamentos da depressão, onde respondemos dúvidas, que podem ocorrer em pacientes, e dúvidas também sobre tratamentos alternativos.

Figura 9. Página: Devo tomar remédio?

DEVO TOMAR REMÉDIO?

O remédio é um assunto que traz muito tabu e também causa muita dúvida nos tratamentos de transtorno mental. Por isso, vamos tentar responder todas as questões sobre medicamento e depressão:

Em todos os casos de depressão é sempre necessário tomar remédio? Não!

Existem três graus do transtorno depressivo: leve, moderado e severo. Nos casos de leve e moderado nem sempre é necessário usar medicação. O seu benefício é muito mais eficaz em casos graves.

O psiquiatra Dr. Fernando Duarte explica que o remédio começa a ser fundamental à medida que o quadro depressivo vai se agravando, quando sai de leve ou moderado para o grave. Essa transição pode ser sentida quando a pessoa percebe que o transtorno começa a comprometer a sua vida no trabalho, na vida familiar e comunitária.

Os antidepressivos podem ser eficazes no caso de depressão moderada-grave, mas não são a primeira linha de tratamento para os casos mais brandos. Esses medicamentos não devem ser usados para tratar depressão em crianças e não são também a primeira linha de tratamento para adolescentes. É preciso utilizá-los com cautela e sempre com orientação médica (OPAS).

COMO SEI QUE PRECISO USAR O ANTIDEPRESSIVO?

O psicólogo ou psiquiatra precisa sentir a real necessidade do paciente, é essencial ter essa sensibilidade, entender a pessoa e a história dela, diz a psicóloga Thais Santos.

A psicóloga Marília complementa: não é anular a possibilidade de uso do medicamento, mas ter cautela e crítica. Portanto, é preciso olhar para cada caso de forma isolada e não generalizar o uso do antidepressivo em todos os casos.

Geralmente, o psicólogo faz um acompanhamento de um ou dois meses antes de encaminhar para o psiquiatra.

A pessoa que sente estar com depressão poderá ir tanto ao psicólogo como ao psiquiatra, ambos conseguem avaliar e tratar com medicação ou sem, se for o caso.

IMPORTANTE: o paciente sempre será ouvido, e se por algum motivo manifestar o desejo de não usar remédio isso pode ser conversado com o profissional.

TRATAMENTO

A decisão do uso de medicamentos é muito particular e depende de cada caso. Por isso, se for um quadro leve ou moderado e for necessário tomar remédio, essa avaliação pode levar cerca de um ou dois meses. E o tratamento pode ser curto.

Também existe um período de adaptação ao uso do medicamento. A média para entender se o corpo aceitou a química é de quinze dias. Mas, somente com uns três meses o profissional consegue fazer uma avaliação mais precisa e com até seis meses acertar a dosagem e sentir como o organismo absorve e o corpo reage.

A avaliação e acompanhamento médico é imprescindível.

TERAPIAS ALTERNATIVAS PARA DEPRESSÃO

Fonte: <https://portaldadepressao.com/tenho-depressao/devo-tomar-remedio/>

Com a proposta de ajudar e contribuir para a melhora da depressão e auxiliar seus familiares durante esse período, criamos um Guia personalizado para uma melhor resposta a uma crise depressiva. Este Guia traz um questionário didático, um modelo personalizável para que cada pessoa preencha de acordo com suas características e necessidades, para que obtenha respostas e orientações apropriadas para cada situação. O objetivo é auxiliar familiares e a rede de apoio a lidar com as crises depressivas de quem está mal. Disponibilizamos o arquivo em PDF do Guia para download gratuito e outro preenchido, que serve de exemplo, para auxiliar na hora de completar o solicitado.

Figura 10. Página: Guia para lidar com a depressão:

GUIA PARA LIDAR COM A DEPRESSÃO

Sabemos que os momentos de crise na depressão são muito difíceis de enfrentar, principalmente porque não existe uma maneira certa de agir e lidar com tudo.

Assim, como o diagnóstico, as crises depressivas também são muito particulares e agem de forma diferente em cada um. Por isso, criamos um **Guia para tentar auxiliar as pessoas em como saber lidar com outras que enfrentam uma crise depressiva**.

O QUE É O GUIA?

O Guia foi criado para pessoas que já estão diagnosticadas com depressão e recebem o tratamento adequado. Ele é um questionário didático para auxiliar em como lidar com crises e outras questões do transtorno.

É um modelo personalizável para que cada pessoa preencha de acordo com suas características e necessidades, obtendo respostas e orientações apropriadas para cada situação. O objetivo é auxiliar familiares e a rede de apoio a lidar com as crises depressivas de quem está mal.

COMO O GUIA FUNCIONA?

É muito simples. Faça o download do arquivo. Preencha o questionário e seja o mais sincero e objetivo possível. O recomendado é respondê-lo com auxílio do psicólogo ou psiquiatra.

COMO O GUIA VAI AJUDAR?

As perguntas são relacionadas à vivência de quem está com depressão. Por exemplo, como a pessoa se sente em momentos de crise e como deve agir quem está ao redor dessas pessoas.

APÓS PREENCHIDO, O QUE FAZER?

Agora que está tudo respondido, compartilhe com a rede de apoio, imprima ou envie virtualmente o Guia personalizado para familiares e pessoas de confiança. Em momentos de pânico e crises, as pessoas da rede de apoio vão saber como agir, como ajudar e até mesmo evitar uma tragédia.

Nosso Guia personalizado tem o objetivo de auxiliar nas crises de depressão e em outros momentos difíceis. Este Guia também é uma ferramenta para dar apoio a amigos e familiares de pessoas que sofrem do transtorno.

Baixe o seu Guia e preencha com suas informações, de preferência acompanhado do seu psicólogo ou psiquiatra, procure fazê-lo da forma mais pessoal e personalizada possível. Caso tenha dificuldades para preencher, disponibilizamos um Guia preenchido de exemplo:

GUIA PARA LIDAR COM A DEPRESSÃO **Baixar**

EXEMPLO_GUIA PARA LIDAR COM A DEPRESSÃO **Baixar**

Após completar o GUIA PARA LIDAR COM A DEPRESSÃO, lembre-se de compartilhar com sua rede de apoio.

Fonte: <https://portaldadepressao.com/quero-ajudar/guia-para-auxiliar/>

4.1.3. Área “Como ajudar uma pessoa com depressão?”

Por fim, nossa última seção, das três grandes, tem a finalidade de ajudar uma pessoa com depressão. Aqui oferecemos informações de apoio para pessoas que têm interesse no assunto ou têm alguém querido que possa estar passando por isso, sendo que estas pessoas têm um papel tão crucial que, literalmente, podem salvar vidas. Assim, primeiro explicamos o que é a depressão, depois, como se pode ajudar e, por fim, o Guia e Ajuda profissional.

Os conteúdos nesta área estão divididos em quatro subáreas:

1. O que é a depressão?;
2. Como posso ajudar?;
3. Guia para auxiliar;
4. Ajuda profissional.

Figura 11. Seção 3: Como ajudar uma pessoa com depressão.

COMO AJUDAR UMA PESSOA COM DEPRESSÃO?

Ajudar alguém com depressão pode parecer difícil, pois o transtorno se manifesta de forma muito particular, de pessoa para pessoa. Porém, existem cuidados que podem ser adotados e salvar vidas. O primeiro passo é entender o que é a depressão e quais são seus sinais. Depois saiba como deve ou não agir. E, por fim, incentive a pessoa que está com o transtorno a procurar e receber o acompanhamento médico, prevenir e compartilhar a guia para enfrentar da melhor maneira uma crise.

O QUE É A DEPRESSÃO?

COMO POSSO AJUDAR?

GUIA PARA AUXILIAR

AJUDA PROFISSIONAL

“As pessoas próximas aos depressivos têm a expectativa de que eles se recomponham: nossa sociedade tem pouco espaço para lamúrias. Cônjuges, pais, filhos e amigos ficam todos sujeitos a serem eles próprios arrastados para baixo e não querem estar perto de uma dor desmedida. Ninguém pode fazer nada a não ser pedir ajuda (se é que pode fazer isso) nas mais baixas profundezas de uma grande depressão, mas, uma vez que a ajuda é oferecida, ela também precisa ser aceita. (...) Ouça as pessoas que amam você. Acredite que vale a pena viver por elas, mesmo que você não acredite nisso. Busque as lembranças que a depressão afasta e projete-as no futuro. Seja corajoso, seja forte, tome seus remédios. Faça exercícios, porque isso lhe fará bem, mesmo que cada passo pese uma tonelada. Coma mesmo quando sente repugnância pela comida. Seja razoável consigo mesmo quando você tiver perdido a razão. Esse tipo de conselho é lugar-comum e soa bobo, mas o caminho mais certo para sair da depressão é não gostar dela e não se acostumar com ela.”

Andrew Solomon

O Portal da Depressão é um canal de comunicação para informar e apoiar sobre a depressão, não conseguimos prestar ajuda em situações de urgência. Caso você necessite de ajuda ou alguém próximo, busque atendimento médico o mais rápido possível.

PRONTO DE AJUDA URGENTE

Fonte: <https://portaldadepressao.com/quero-ajudar/>

Por mais que se fale em depressão e este seja o tema central de nosso *website*, julgamos importante a definição do transtorno depressivo, justamente para não haver estigmas e confusões que podem prejudicar diagnósticos e tratamentos. Portanto, criamos a página “O que é a depressão?”. Nela, buscamos ser os mais lúdicos e objetivos possível, com recursos multimídia. Utilizamos citações, indexamos um vídeo do TED, chamado: “*Depressão, o segredo que compartilhamos*”, de Andrew Solomon e o episódio 75 do *podcast Mamilos*. Além disso, acrescentamos também dados estatísticos sobre a depressão.

Figura 12. Página: O que é a depressão?

O QUE É A DEPRESSÃO?

Conhecida como mal do século, a depressão é difícil de entender, seu entendimento vai além de saber sua definição. Por ser um transtorno mental, algo não palpável, que não tem diagnóstico através de exames, é difícil ainda mais esse entendimento. Além de todos os sintomas serem semelhantes à tristeza e outros sentimentos, muitas vezes causam certa confusão.

A psicóloga Thais Santos, ao explicar a depressão, define da seguinte forma: “Para entender o deprimido, o primeiro coisa que precisamos entender é que o ser humano é um ser vulnerável, quando entendemos que somos vulneráveis fica mais fácil de entender os processos e sintomas”. Ela compara o transtorno a um gato, o animal que chega aos poucos e só se faz presente, como a depressão que chega de forma silenciosa.

A depressão é um transtorno comum, mas que interfere na vida e bem-estar, na capacidade de trabalhar, dormir, estudar, comer e aproveitar a vida. É causada por uma combinação de fatores genéticos, biológicos, ambientais e psicológicos. (IBRAG)

Para entender melhor, assista ao vídeo de Andrew Solomon, autor do livro “O Demônio do Mal-Dia” uma anatomia da depressão.

Depression, the secret we share | Andrew Solomon

O episódio 75 do podcast Mamilos também explica a definição da depressão de uma forma completa, informativa e sem preconceitos:

Mamilos 75 - Depressão

Não mais de um ano ganhamos esse programa. E o mais bonito que vem, sem comparação. De já chega com a impossibilidade de ajudar muita gente que já passou por isso, está passando ou vai passar. Alguns estão querendo passar um programa que é de fundo aberto que calmas por constrangimento, mas afeta todas as famílias... Continue lendo.

DADOS SOBRE A DEPRESSÃO

A depressão é um transtorno mental comum que afeta mais de 284 milhões de pessoas em todo o mundo. Cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano - sendo essa a segunda principal causa de morte entre pessoas com idade entre 15 e 29 anos.

Estima-se que 70-80% das pessoas que sofrem de transtornos mentais não têm acesso ao tratamento de que precisam.

O Brasil é o país com mais pessoas com depressão nas Américas, cerca de 11 milhões e meio de pessoas sofrem do transtorno. Além disso, esse país também lidera em casos de depressão durante a pandemia da covid-19. Em Portugal, cerca de 6,5% da população sofre de depressão.

Fonte: <https://portaldadepressao.com/quero-ajudar/o-que-e-depressao/>

Há diversas dicas e comportamento que podem ajudar alguém que esteja em processo depressivo, por isso, na página “Como posso ajudar uma pessoa com depressão? ”, ordenamos os direcionamentos da seguinte forma: mostramos a importância da ajuda de alguém próximo, família, amigo ou um ente querido; o que fazer caso a pessoa seja resistente e recuse ajuda, além de tópicos sobre o que é recomendado ou não fazer.

Figura 13. Página: Como posso ajudar uma pessoa com depressão?

COMO POSSO AJUDAR UMA PESSOA COM DEPRESSÃO?

Muitas vezes, uma pessoa com depressão não percebe por si só que está com o transtorno, é algo que chega de forma silenciosa. Porém, familiares, amigos e agregados conseguem identificar uma alteração no comportamento da pessoa. Através dos sinais é possível perceber sintomas da depressão e perceber uma mudança de comportamento.

A forma de abordagem é determinante e extremamente importante para ajudar, além de acolher e receber o pedido de ajuda. Mas, o principal é estar junto! Dependendo do comentário, até isso pode atrapalhar, por isso esteja sempre à disposição, ofereça ajuda e escuta.

“Amigos, parentes e agregados podem fazer muito pela pessoa que sofre de depressão, principalmente no início: acompanhá-la em seu sofrimento, não insistir em soluções supostamente simples ou rápidas, estar ao seu lado tentando entender suas vivências e sentimentos, auxiliando-o a tomar decisões e, sobretudo, postergá-las até que melhore o seu estado afetivo... Porque embora a pessoa deprimida se isole, na realidade, ela procura formas de manter a sua relação com os outros e a sua autoestima.”
(OPAS)

O QUE FAZER CASO A PESSOA RECUSE AJUDA?

É possível conviver com alguém e suspeitar que ela esteja com depressão, porém a pessoa pode recusar ajuda, o que é muito comum. É normal, pessoas com depressão dizem ser somente uma fase, que ela superará tudo sozinha e que vai passar.

Porém, é importante entender o que existe por trás dessa recusa. Por que ela não quer ser ajudada? Existem muitos preconceitos que acompanham a depressão. Então, a melhor forma de abordar é descobrir, entender o motivo que faz a pessoa ter receio e não aceitar ajuda, buscar um psicólogo ou psiquiatra.

Recusas que podem ser ditas: “Eu não quero tomar remédios”, “Eu não quero tomar remédio minha vida inteira”, “Remédio vai me deixar com comportamento lento”, “Não quero ser chamado de louco”, “Não preciso de psicólogo ou psiquiatra”. Existem muitos preconceitos e o ideal é questioná-los de forma amigável.

Uma das principais formas de ajudar é tentar encontrar respostas para esses problemas que impedem a pessoa de aceitar ajuda e ter argumentos para desconstruir isso. Ao desconstruir esses preconceitos, que existem de modo geral, conseguimos ajudar.

Entenda o motivo da recusa, o preconceito que ela carrega e o mais importante, ter consciência que: **ter depressão não é o fim do mundo, existem diversos tratamentos eficazes comprovados e que trazem qualidade de vida e bem-estar.**

O QUE POSSO E NÃO POSSO FAZER?

Saber mais sobre a depressão – Um dos primeiros passos para ajudar alguém com depressão é aprender as causas e os tratamentos deste transtorno mental.

Ser um bom ouvinte – Não se esqueça de que o contato com a família e com os amigos é importante para ajudar quem tem depressão a se recuperar. Diga, claramente, que quer ajudar, ouça os problemas do seu amigo ou familiar sem o julgar. **Muitas vezes, ouvir pode ser mais importante do que dar conselhos.**

Algumas perguntas que se pode fazer para ajudar alguém com depressão:

- Quando é que começou a se sentir assim?;
- Aceitou alguma coisa para que se sinta melhor agora?

E estas são algumas das coisas que se pode dizer:

- Não está sozinho. Estou aqui ao seu lado;
- Pode não acreditar, mas o que sente vai passar;
- Eu posso não entender totalmente o que está sentindo, mas preocupo-me com você e quero ajudá-lo.

Dêite dizer:

- Está tudo na sua cabeça;
- Todos passam por momentos assim;
- Não posso fazer nada;
- Sua vida é muito boa, valorize-a;
- Pense positivo, você vai sair dessa;
- Você só quer chamar a atenção;
- Deixa sentir vergonha por estar assim.

Fonte: <https://portaldadepressao.com/quero-ajudar/como-ajudar/>

Na abertura desta seção, há o Guia e Ajuda profissional, que já apresentamos anteriormente.

Em seguida, apresentamos outras páginas que compõem O Portal da Depressão. Tivemos a preocupação de colocar um *hiperlink* para a página de Canais de Ajuda em todos os submenus do site e também no *banner* de rodapé das principais seções, já que os Canais de Ajuda são serviços que prestam socorro com rapidez e segurança. Nosso website é um canal de comunicação para informar e apoiar sobre a depressão, por isso destacamos o máximo possível estes serviços, que ajudam as pessoas numa situação de urgência. Selecionamos canais do Brasil, Portugal e a nível global.

Figura 14. Página: Canais de ajuda

CANAIS DE AJUDA

Caso você necessite de ajuda ou alguém próximo, busque atendimento médico o mais rápido possível. Existem diversos canais para lhe ajudar e prestar socorro com rapidez e segurança.

O Portal da Depressão é um canal de comunicação para informar e apoiar sobre a depressão, não conseguimos prestar ajuda em situações de urgência. Confira e entre em contato com os serviços abaixo:

GLOBAL

Bethenders
Site: <http://www.bethenders.org>

BRASIL

Centro de Valorização da Vida - CVV (Diariamente 24h horas)
Site: <http://www.cvv.org.br>
Telefone: 188
E-mail: atendimento@cvv.org.br

Serviço de Saúde: Unidades de Saúde da Família, Postos, Centros de Saúde e CAPS.

Emergência:
SAMU
Contato: 192

Bombeiros
Contato: 193

UPA, Pronto-Socorro e Hospital

PORTUGAL

Voz de Apoio (Diariamente 24h horas)
Site: <http://www.vozdeapoio.pt>
Contacto: 225 50 60 70
E-mail: voz@vozdeapoio.pt

SOS Voz Amiga (Diariamente das 16h às 24h)
Site: <http://www.sosvozamiga.org/>
Contacto: 211 344 345 / 912 802 889 / 962 324 880
E-mail: direcao@sosv@gmail.com

SOS Estudante (Diariamente das 20h às 07h)
Site: <http://www.sosestudante.pt/>
Contacto: 219 424 020 / 989 354 345 / 919 246 060
ID Zoom: 884 9018 3765

Telefone da Amizade (Diariamente das 16h às 23h)
Site: <http://www.telefone-amizade.pt/vba/>
Contacto: 228 225 525
E-mail: j@telefone-amizade.pt

Serviços de Saúde: Centro de Saúde e Hospital

Fonte: <https://portaldadepressao.com/tenho-depressao/canais-de-ajuda/>

4.1.4. Informação institucional

A página “Sobre nós” é a apresentação institucional de nosso *website*, aqui contamos como nasceu O Portal da Depressão, um projeto luso-brasileiro, que nasceu como objeto de estudo deste trabalho. Conforme já dito, no subcapítulo 3.1, sua criação foi dedicada à construção de um site que aborda a temática da depressão de forma eficaz, humanizada, profissional, informativa e com expectativas de diminuir estigmas, preconceitos e tabus. Neste espaço, também apresentamos a equipe que o faz, composta por Mariana Batista, José Azevedo, Paulo Fontes. Destacamos que o website é um espaço colaborativo e almejamos contribuições, opiniões, sugestões que contribuam para uma sociedade mais sensível e solidária às pessoas afetadas pela depressão.

Figura 15. Página: Sobre nós

SOBRE NÓS

O projeto luso-brasileiro **forteMENTE: O Portal da Depressão** nasceu no contexto académico, mais especificamente, no âmbito da dissertação de Mariana Batista em Ciências da Comunicação, na Universidade do Porto. O nosso ponto de partida foi a constatação de como o tema da depressão é muitas vezes abordado de forma sensacionalista e estigmatizada pelos meios de comunicação social, daí que, surgisse a necessidade quer de oferecer uma comunicação rigorosa e eficaz sobre o transtorno depressivo, quer de compreender quais as melhores formas de tratar o assunto de forma humanizada e informativa.

O Portal da Depressão é um ponto de encontro entre a equipa que o faz Mariana Batista, José Azevedo, Paulo Fontes e todos aqueles que se quiserem juntar. **A tua opinião conta.** Esperamos a tua participação com sugestões, críticas, novos textos ou qualquer outra forma que contribua para uma sociedade mais sensível e solidária às pessoas afetadas pela depressão.

EQUIPA DO PROJETO:

Aluna: Mariana S. Batista

Orientador: Prof. Dr. José Azevedo

Coorientador: Dr. Paulo Fontes

Fonte: <https://portaldadepressao.com/sobre-nos/>

Além dessa informação, pretendemos também dar a conhecer quem esteve conosco na criação deste projeto. Portanto, criamos o espaço “Apoiadores” para todas as pessoas que contribuíram para a criação do *website*, incluindo desenvolvedores e revisores.

Figura 16. Página: Apoiadores

APOIADORES

Profissionais de saúde

Psicóloga Ana Catarina Teixeira (OPP 18990)

Psiquiatra Fernando M. Duarte (CRM-SP 131 330)

Psicóloga Marília Hormanez (CRP 06/136686)

Psicóloga Marta Silva (OPP 4436)

Psicóloga Thais Santos (CRP 06/65734)

Entrevistados

Antonio Carlos Sandoval Pedro

Marina Brecht

Roberto Brecht

Desenvolvimento do site

Carlos Eduardo Lagunde

Revisão

Pedro César Batista

Wanessa Dias

Fonte: <https://portaldadepressao.com/sobre-nos/apoiadores-portal-da-depressao/>

Muitos dos canais que pesquisamos, oferecem informações de confiança sobre a depressão e outros transtornos mentais. Agrupamos todos que consideramos importantes no “*Links Úteis*” para os usuários que tiverem interesse em navegar e se informar mais sobre a temática. Fizemos, assim, uma divisão: Geral, Portugal, Brasil e Internacional.

Figura 17. Página: Links Úteis

LINKS ÚTEIS

Selecionamos sites com informações de confiança sobre a temática da depressão:

GERAL

Manual MSD
<https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/transtornos-psiqui%C3%A1tricos/transtornos-do-humor/transtornos-depressivos>

OPAS/OMS (Organização Pan-Americana da Saúde)
<https://www.paho.org/pt/topics/depressao>

PORTUGAL

Programa Nacional para a Saúde Mental
<https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-saude-mental/>

SPPSM – Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental
<http://www.sppsm.org>

Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares
<http://www.aadfb.pt/>

Eu Luto Contra a Depressão
<https://euilutocontraadepressao.eu/pt/pt/>

ManifestaMente
<https://www.manifestamentonline.org/>

#RightDepression.com
<https://rightdepression.com/pt/start>

BRASIL

Ministério da Saúde
<https://anl.gov.saude.gov.br/saude-de-a-c/depressao>

Associação Brasileira de Psiquiatria
<http://www.abp.org.br/>

Associação Brasileira de Estudos e Prevenção de Suicídios
<http://www.abeps.org.br/>

ABRATA
<https://www.abrata.org.br/>

Pode falar (canal de ajuda para quem tem de 13 a 24 anos)
<https://www.podefalar.org.br/>

Informações sobre prevenção do suicídio
www.prevencao-suicidio.org.br

Movimento Saber Lidar
www.movimentosaberlidar.org.br

Setembro Amarelo
<https://www.setembroamarelo.org.br/>

Mad in Brazil
<https://madinbrazil.org/drug-info/>

INTERNACIONAL

European Alliance Against Depression
<http://www.eaad.net/>

World Health Organization
<http://www.who.int/topics/depression/en/>

Teenmentalhealth.org
<http://teenmentalhealth.org/>

Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe
<http://www.gamian.eu/>

International Association for the Prevention of Suicide – IASP
<https://www.iasp.info>

Fonte: <https://portaldadepressao.com/sobre-nos/links-uteis/>

Por fim, a última página que compõe nosso website foi destinada aos contatos. Nela, deixamos um canal aberto à disposição, caso algum usuário queira colaborar com conteúdos, participar, enviar sugestões, comentários, propostas de parceria ou outros.

Figura 18. Página: Contato

ENTRE EM CONTATO

Fale conosco 🗨️ **Sua opinião é muito importante para nós.**
Colabore com nossos conteúdos, participe, dê seu feedback. **Sua ajuda é muito importante para melhorarmos.**
Mande sugestões, comentários, propostas de parceria ou outros. Caso preferir, envie um e-mail para oportaldadepressao@gmail.com

Nome ou instituição:

E-mail

Mensagem

Fonte: <https://portaldadepressao.com/contato-portal-da-depressao/>

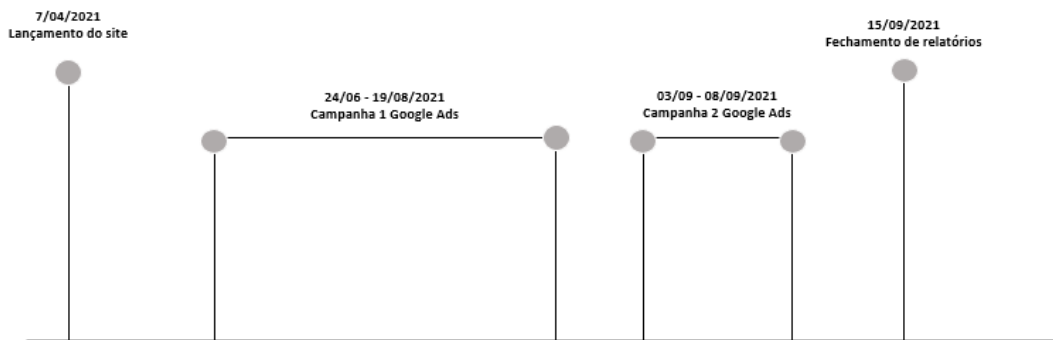
4.2. Desenvolvimento das campanhas de CPC / Google Ads

Conforme falamos no capítulo da metodologia, utilizamos a ferramenta *Google Ads* para a criação de anúncios que gerassem tráfego, vindo de pesquisas sobre temas da depressão, no motor de busca *Google*.

Ao todo, nessa época, houve duas fases de campanhas pagas. A primeira aconteceu de 24 de junho a 19 de agosto de 2021, o que totalizou 56 dias. A segunda fase, um período de 5 dias, entre 03 e 08 de setembro de 2021 (Figura 19). Além disso, devido nosso portal ser luso-brasileiro, fizemos duas segmentações de campanhas para o público de Portugal e para o Brasil e os anúncios foram divididos em três categorias, conforme a *homepage* do site: i) para pessoas que desconfiam que estão com depressão, ii) pessoas que estão diagnosticadas com depressão e iii) quem deseja ajudar uma pessoa com depressão.

Ao todo foram investidos R \$3624,19, em média € 584 (Figura 23). É importante referir que os valores foram igualmente divididos para todas as campanhas.

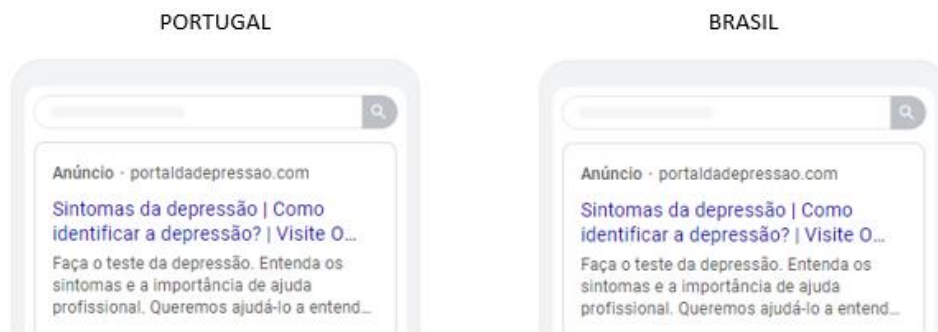
Figura 19. Cronograma do O Portal da Depressão e campanhas do *Google Ads*:



Fonte: criado pela autora.

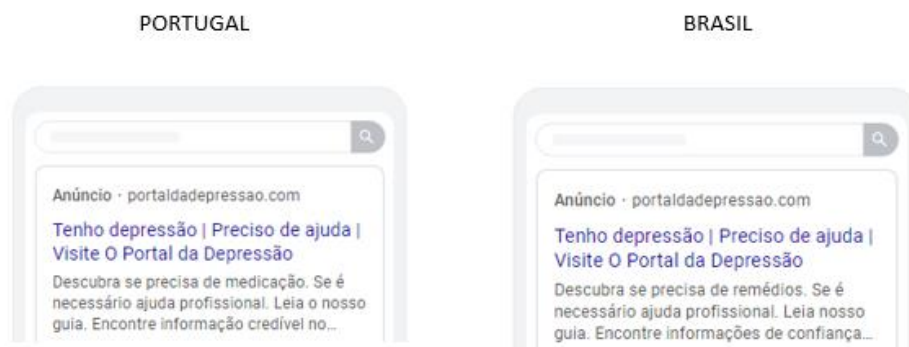
Conforme dito anteriormente, escolhemos o mecanismo de rede de pesquisa do *Google Ads*, portanto é configurado somente com textos. A partir desse critério, fizemos três categorias de anúncio, citadas acima: i) para pessoas que desconfiam que estão com depressão, ii) pessoas que estão diagnosticadas com depressão e iii) quem deseja ajudar uma pessoa com depressão. Nessa divisão, também foram adaptadas, quando necessário, as expressões do português para Portugal e Brasil. Seguem, anexados, exemplos de como as mensagens foram direcionadas para cada país (Figuras de 20 a 22).

Figura 20. Campanha 1 (PT 1/BR 1): segmentada para pessoas que desconfiam que estão com depressão:



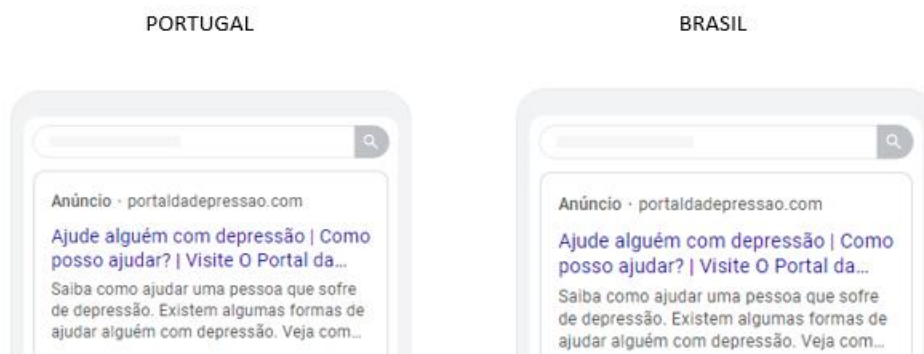
Fonte: *Google Ads*

Figura 21. Campanha 2 (PT 2/BR 2): segmentada para pessoas que já estão diagnosticadas com depressão:





Fonte: *Google Ads*

Figura 22. Campanha 3 (PT 3/BR 3): segmentada para quem deseja ajudar uma pessoa diagnosticada com depressão:



Fonte: *Google Ads*

Figura 23. Campanhas do Google Ads divididas pelas três categorias do site e segmentadas entre os países, Portugal e Brasil:

<input type="checkbox"/> ● Campanha	Orçamento
<input type="checkbox"/> ●  PT 1	R\$ 55,00/dia R\$ 1.672,00/mês
<input type="checkbox"/> ●  BR 2	R\$ 55,00/dia R\$ 1.672,00/mês
<input type="checkbox"/> ●  BR 3	R\$ 55,00/dia R\$ 1.672,00/mês
<input type="checkbox"/> ●  BR 1	R\$ 55,00/dia R\$ 1.672,00/mês
<input type="checkbox"/> ●  PT 2	R\$ 55,00/dia R\$ 1.672,00/mês
<input type="checkbox"/> ●  PT 3	R\$ 55,00/dia R\$ 1.672,00/mês

Fonte: Google Ads

Tabela 4. Amostras de termos de pesquisa de palavras-chave usados nas campanhas do O Portal da Depressão no Google Ads:

Grupo de Campanhas	Termos de Pesquisa
PT 1 e BR 1	“sintomas de depressão”, “depressão sintomas”, “sintomas depressão”, “depressão”, “sintomas da depressão” e “sintomas depressão”
PT 2 e BR 2	“depressão”, “depressão”, “sinais de depressão”, “sinais de depressão”, “sinais da depressão”, “depressão profunda” e “depressão tem cura”
PT 3 e BR 3	“como ajudar uma pessoa com depressão”, “como ajudar alguém com depressão”, “o que é depressão”, “depressão”, “depressão sintomas”, “depresso” e “sinais de depressão”

Fonte: Google Ads

4.3. – Análise de audiências e do comportamento dos utilizadores

Como já referido, o objetivo desta tese é analisar o segmento e o comportamento dos usuários que acessaram o site, desde seu lançamento até a conclusão deste trabalho, ou seja, de 7 de abril a 15 de setembro, o que totalizaram 162 dias. Conforme falamos, no capítulo da metodologia, utilizamos a ferramenta *Google Analytics* para a recolha de

dados. A proposta é entender quem acessou o site nesse período, quais eram suas necessidades, como se comportaram, páginas mais visualizadas, idade, sexo, localização e outras informações que justificamos serem relevantes para responder às perguntas seguintes: Quem mais busca informações sobre depressão? Qual página obteve mais clique e que informação isso nos dá? Qual a diferença do público-alvo entre Portugal e Brasil? E outras que vamos apresentar ao longo desta análise.

Portanto, o principal foco é entender quem são essas pessoas e o que buscavam no site.

Utilizamos o *Google Analytics* para nos oferecer relatórios e informações completas da análise de dados e o *Google Ads* para divulgar o portal, onde atraímos o público e levamos acessos para o site durante seu período de experimento.

4.4. Resultados

4.4.1. Resultado das campanhas Google Ads





Ao todo, as interações pagas, derivadas do *Google Analytics*, foram de 20,7 mil cliques, 128 mil impressões com CPC médio (custo por clique) R \$0,20. As campanhas que tiveram o maior número de cliques foram a BR 1 com 9.692, BR 3 com 4.641 e BR 2 com 2.563. Impressões também foram as mesmas: BR 1 com 40.824, BR 3 com 27.474 e BR 2 com 38.544. (Figuras 24 e 25)

Figura 24. Visão geral dos resultados das campanhas do Google Ads:



Fonte: *Google Ads*

Figura 25. Visão detalhada dos resultados das campanhas do *Google Ads*:

Campanha	Status	Impr.	CTR	Custo	↓ Cliques
 BR 1	Finalizada	40.824	23,74%	R\$ 607,93	9.692
 BR 3	Finalizada	27.474	16,89%	R\$ 608,91	4.641
 BR 2	Finalizada	38.524	6,65%	R\$ 614,25	2.563
 PT 1	Finalizada	6.270	37,11%	R\$ 615,44	2.327
 PT 2	Finalizada	4.789	11,28%	R\$ 604,63	540
 PT 3	Finalizada	6.928	7,32%	R\$ 577,10	507

Fonte: *Google Ads*

Em relação aos períodos das campanhas, na Fase 1, de 24 de junho a 19 de agosto de 2021, as campanhas que mais tiveram cliques foram a BR 1 (4.460), BR 3 (2.494) e BR 2 (1.267). As campanhas segmentadas, em Portugal, tiveram os seguintes cliques: PT 1 (1.148), PT 2 (347) e PT 3 (340). Em relação às do CPC médio, a campanha mais eficiente foi a BR 1 com R\$ 0,06 por clique, já o clique mais caro foi de R\$ 0,83, coincidentemente, nas campanhas PT 2 e PT 3. (Figura 26)

Figura 26. Fase 1 das campanhas do site O Portal da Depressão (24 de junho a 19 de agosto de 2021):

Campanha	Orçamento	Status ↓	Impr.	CTR	Custo	Cliques	CPC médio
 PT 1	R\$ 55,00/dia R\$ 1.672,00/mês	Finalizada	3.276	35,04%	R\$ 288,23	1.148	R\$ 0,25
 BR 1	R\$ 55,00/dia R\$ 1.672,00/mês	Finalizada	20.764	21,48%	R\$ 277,98	4.460	R\$ 0,06
 BR 3	R\$ 55,00/dia R\$ 1.672,00/mês	Finalizada	16.174	15,42%	R\$ 278,79	2.494	R\$ 0,11
 PT 2	R\$ 55,00/dia R\$ 1.672,00/mês	Finalizada	2.330	14,89%	R\$ 288,95	347	R\$ 0,83
 BR 2	R\$ 55,00/dia R\$ 1.672,00/mês	Finalizada	17.645	7,18%	R\$ 283,63	1.267	R\$ 0,22
 PT 3	R\$ 55,00/dia R\$ 1.672,00/mês	Finalizada	2.200	15,45%	R\$ 282,97	340	R\$ 0,83

Fonte: *Google Ads*

A Fase 2, teve um curto período, entre 3 e 8 de setembro de 2021, portanto é interessante comparar sua performance, resultados e custos no *Google Ads*, já que nada foi alterado nas campanhas. Seguimos, assim, com as mesmas mensagens, público-alvo, segmentação de palavras-chave. Desta vez, a campanha que mais obteve cliques foi BR 1 (5.232), seguida da BR 3 (2.147) e BR 2 (1.296). Já os anúncios veiculados em Portugal

obtiveram: PT 1 (1.179 cliques), PT 2 (193) e PT 3 (167). Sobre o CPC médio o valor mais baixo foi a BR 1 R\$ 0,06 e o custo mais elevado foi a PT 3 com R\$ 1,76). (Figura 27)

Figura 27. Fase 2, das campanhas do site O Portal da Depressão (3 a 9 de setembro de 2021):

Campanha	Orçamento	Status ↓	Impr.	CTR	Custo	Cliques	CPC médio
PT 1	R\$ 55,00/dia R\$ 1.672,00/mês	Finalizada	2.994	39,38%	R\$ 327,21	1.179	R\$ 0,28
BR 1	R\$ 55,00/dia R\$ 1.672,00/mês	Finalizada	20.060	26,08%	R\$ 329,95	5.232	R\$ 0,06
BR 3	R\$ 55,00/dia R\$ 1.672,00/mês	Finalizada	11.300	19,00%	R\$ 330,12	2.147	R\$ 0,15
PT 2	R\$ 55,00/dia R\$ 1.672,00/mês	Finalizada	2.459	7,85%	R\$ 315,68	193	R\$ 1,64
BR 2	R\$ 55,00/dia R\$ 1.672,00/mês	Finalizada	20.879	6,21%	R\$ 330,62	1.296	R\$ 0,26
PT 3	R\$ 55,00/dia R\$ 1.672,00/mês	Finalizada	4.728	3,53%	R\$ 294,13	167	R\$ 1,76

Fonte: *Google Ads*

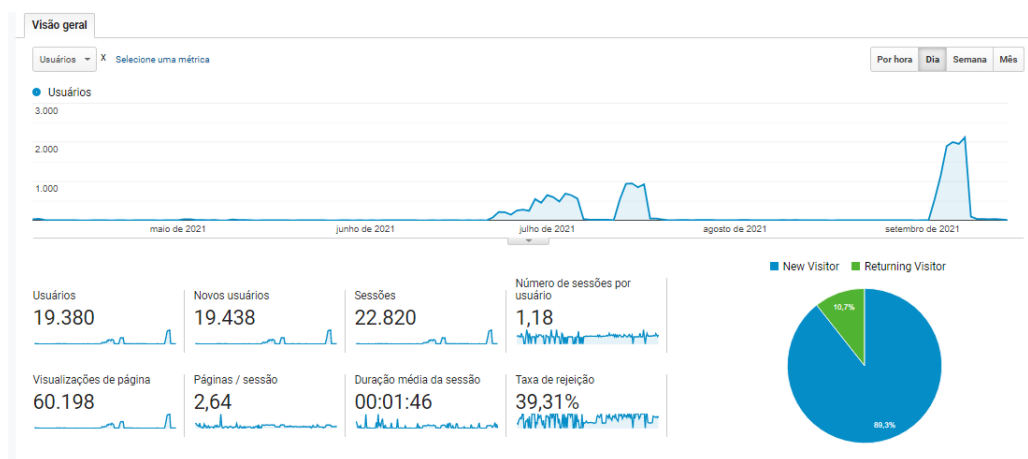
Os anúncios apresentaram várias palavras-chave para garantir que mais pessoas fossem impactadas pelo O Portal da Depressão, em suas buscas no *Google*. As palavras selecionadas estavam relacionadas à depressão, saúde mental e à categoria daquele anúncio. Palavras-chave não específicas também foram aplicadas para aumentar a gama de pessoas que buscavam sobre o tema. Além disso, o *Google* sugere alguns termos relevantes para aquele anúncio. Na Tabela 4, estão as principais palavras-chave escolhidas por nós e utilizadas em cada grupo de campanhas (Portugal e Brasil). As que mais levaram pessoas para o site foram: “sintomas de depressão” (1.793 cliques), “depressão” (1.642 cliques), “depressão sintomas” (1.460 cliques) e “depressão quais sintomas” (669 cliques). Além disso, as cinco principais consultas de pesquisas que mais levaram os usuários ao site, com influência do *Google Ads*, foram: depressão (3.682 cliques = 19,21%), sintomas de depressão (2.907 = 15,17%), depressão sintomas (2.008 = 10,48%), como ajudar uma pessoa com depressão (878 = 4,58%) e sintomas da depressão (807 = 4,21%).

Estes resultados sugerem que as campanhas, com melhores performances foram, na sua maioria, as que incluíam palavras-chave relacionadas aos sintomas de depressão. Esses resultados merecem uma reflexão conjunta, a qual faremos no final deste capítulo.

4.4.2. Google Analytics: Resultados

Nestes 162 dias, houve 19.380 mil usuários e 22.820 sessões, que totalizaram 60.198 visualizações por página. (Figura 28). Em média, os usuários visitaram 2,64 páginas, por sessão, com uma duração média de 1 minuto e 46 segundos. A taxa de rejeição foi de 39,31%. Em relação à frequência de visitas, 89,3% (19.376/22.820) foram de novos visitantes, já o restante 10,7% (2.310/22.820) foram visitantes que retornaram.

Figura 28. Visão geral do O Portal da Depressão apresentada no Google Analytics:



Fonte: *Google Analytics*

Das 19.380 mil pessoas que entraram no site, ao longo deste período, 15.943 mil delas são do Brasil (82,27%) e 3.241 foram de Portugal (16,72%).

A página mais acessada, excluindo a homepage, foi “Será que tenho depressão?”¹⁴ com 10.691 visualizações, sendo 7.126 visualizações únicas e tempo médio de apenas 27 segundos. A segunda mais acessada foi: “Sintomas da depressão”¹⁵ com 8.443 visualizações, 7.635 únicas e tempo médio de página de 2 minutos. E a terceira, “Teste de depressão” com 5.440 visualizações, 4.847 únicas e 2 minutos e 14 de permeância. No geral, o tempo médio nas páginas foi de 1 minuto e 5 segundos, com uma taxa de rejeição de 39,31% e porcentagem de saída de 37,91%. (Figura 29)

¹⁴ Disponível em: <https://portaldadepressao.com/estou-com-depressao/>

¹⁵ Disponível em: <https://portaldadepressao.com/estou-com-depressao/sintomas-da-depressao/>

Figura 29. Ranking das 10 páginas mais acessadas no site O Portal da Depressão:

Página ?	Visualizações de página ? ↓	visualizações de páginas únicas ?	Tempo médio na página ?	Entradas ?	Taxa de rejeição ?	Porcentagem de saída ?
	60.198 Porcentagem do total: 100,00% (60.198)	48.522 Porcentagem do total: 100,00% (48.522)	00:01:05 Média de visualizações: 00:01:05 (0,00%)	22.820 Porcentagem do total: 100,00% (22.820)	39,31% Média de visualizações: 39,31% (0,00%)	37,91% Média de visualizações: 37,91% (0,00%)
1. /	22.499 (37,37%)	17.837 (36,76%)	00:00:29	17.704 (77,58%)	32,34%	41,39%
2. /estou-com-depressao/	10.691 (17,76%)	7.126 (14,69%)	00:00:27	1.981 (8,68%)	36,24%	16,34%
3. /estou-com-depressao/sintomas-da-depressao/	8.443 (14,03%)	7.635 (15,74%)	00:02:01	648 (2,84%)	83,33%	44,05%
4. /estou-com-depressao/teste-depressao/	5.440 (9,04%)	4.847 (9,99%)	00:02:14	345 (1,51%)	75,94%	62,39%
5. /quero-ajudar/	3.752 (6,23%)	2.797 (5,76%)	00:01:01	252 (1,10%)	75,00%	20,92%
6. /estou-com-depressao/tristeza-ou-depressao/	2.580 (4,29%)	2.381 (4,91%)	00:02:11	141 (0,62%)	85,11%	31,71%
7. /quero-ajudar/como-ajudar/	2.136 (3,55%)	1.944 (4,01%)	00:05:03	959 (4,20%)	85,71%	65,73%
8. /tenho-depressao/	1.477 (2,45%)	1.134 (2,34%)	00:00:43	361 (1,58%)	70,08%	30,40%
9. /quero-ajudar/guia-para-auxiliar/	998 (1,66%)	903 (1,86%)	00:02:19	99 (0,43%)	80,81%	37,37%
10. /quero-ajudar/o-que-e-depressao/	477 (0,79%)	432 (0,89%)	00:03:03	40 (0,18%)	90,00%	30,61%

Fonte: *Google Analytics*

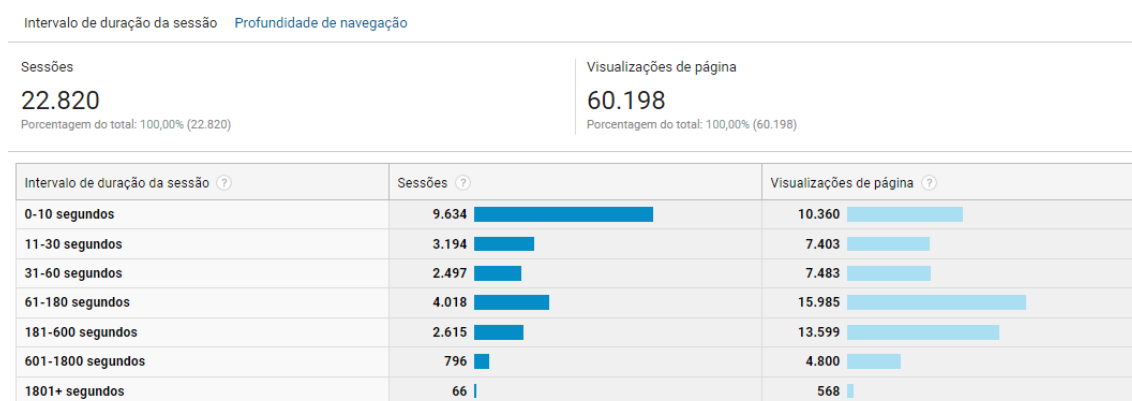
Em contraponto, é relevante dizer que a página “O que é Depressão?”¹⁶, em um ranking das 10 páginas mais acessadas, teve o menor número de visualizações, com apenas 477, sendo 432 visitas únicas, porém seu tempo médio de permanência na página foi de 3 minutos e 3 segundos, o que é considerado um bom tempo de acesso.

De acordo com as páginas mais visualizadas, filtramos essa segmentação para cada país. Nos dois países, as três primeiras páginas mais acessadas, excluindo a *homepage*, são as mesmas, o que muda é somente as taxas de visualização. Em Portugal, “Será que tenho depressão?” com 2.404 visualizações, “Sintomas da depressão” com 1.913 visitas e “Teste para depressão” com 1.385. Já no Brasil, a primeira possui 8.255 visualizações, a segunda 6.494 e a terceira, por sua vez, 4.033 acessos.

Resumidamente, o engajamento geral do site foi de 22.820 sessões e 60.198 visualizações por página. O intervalo de duração das sessões foi de 0-10 segundos, o que representa 9.634 sessões e de visualizações de página de 61-180 segundos, contabilizando 15.985. (Figura 30)

¹⁶ Disponível em: <https://portaldadepressao.com/quero-ajudar/o-que-e-depressao/>

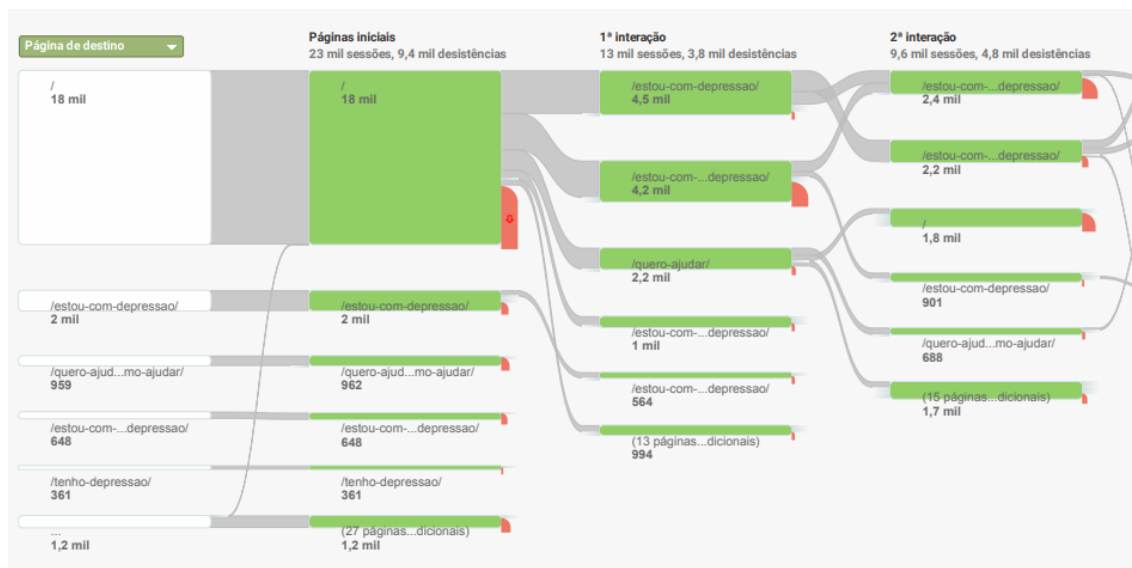
Figura 30. Intervalo de duração das sessões em O Portal da Depressão:



Fonte: Google Analytics

Observe o fluxo inicial de comportamento dos utilizadores na (Figura 31), onde detalhamos como foram as interações ao chegar no site. Das 23 mil sessões, que chegaram na página inicial, ao longo do período, houve 9,4 mil desistências. Na primeira interação, de fato, de acordo com a página escolhida pelo usuário, a aquisição foi de 13 mil sessões e 3,8 mil abandonos e a segunda interação de 9,6 mil sessões e uma taxa de abandono de 4,8 mil desistências.

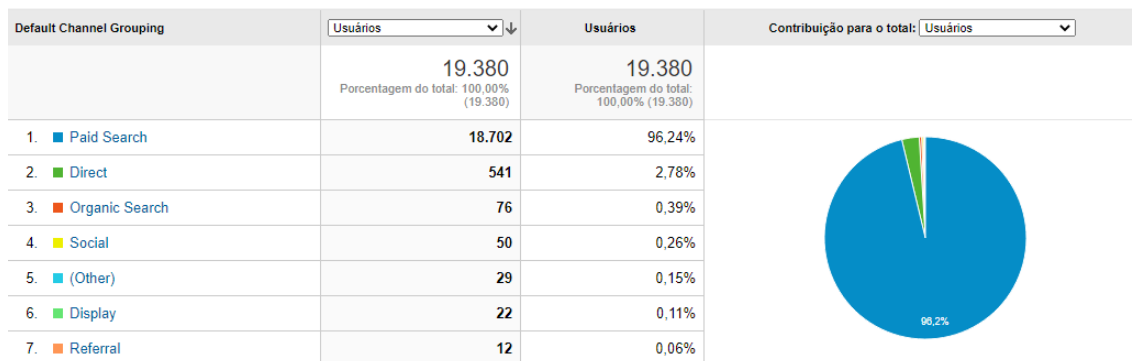
Figura 31. Fluxo inicial de comportamento dos usuários:



Os usuários que chegaram até O Portal da Depressão, em sua maioria, no caso 96,2% utilizaram, como origem de seu tráfego, as campanhas pagas. Ao todo, foram 18.702 pessoas. Os outros canais que os levaram até o site foram, de forma direta, usuários (541),

tráfego orgânico (76), através de alguma mídia social (50), outros meios (29), pelos anúncios laterais de display (22) e por fim, como referência de algum outro site (12 usuários). (Figura 15)

Figura 32. Canais de origem do tráfego no O Portal da Depressão:

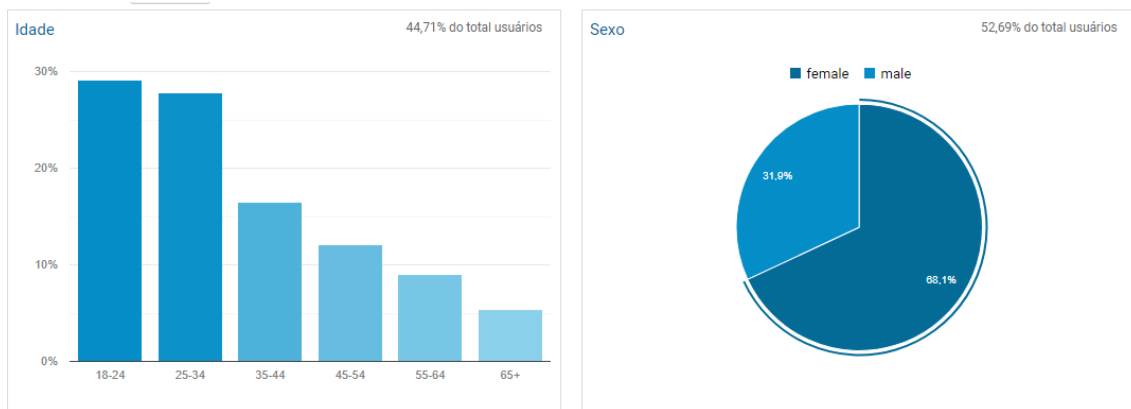


Fonte: *Google Analytics*

4.4.3. Análise da pegada digital

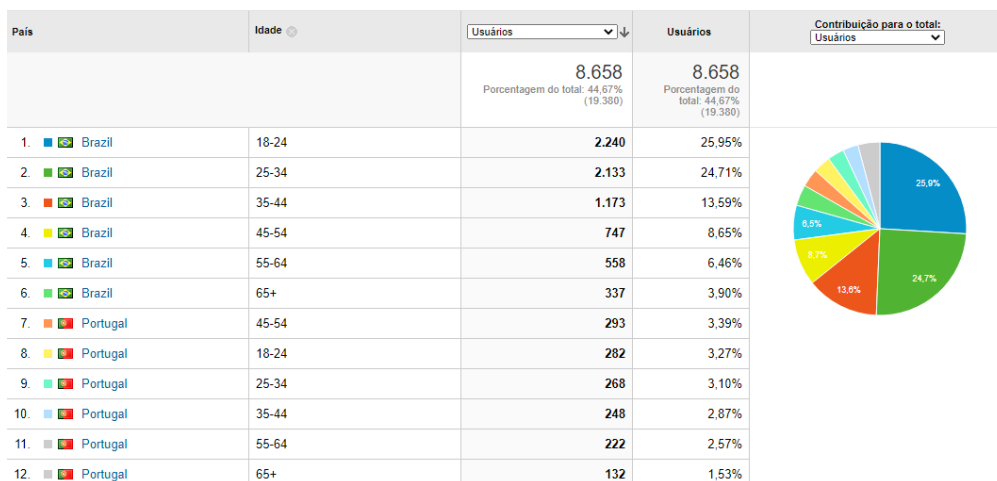
A partir de nossos estudos, podemos perceber uma grande diferença entre o público português e brasileiro. Mas, antes de detalharmos, vamos apresentar um panorama geral de acessos ao site. A faixa etária que mais acessou tem entre 18 e 24 anos, o que representa 29,15% dos acessos. Depois, a faixa etária entre os 25 a 34 anos, o que totaliza 27,82% dos usuários. A maioria do público é formado por mulheres, o que nos deu o número de 6.950, ou seja, 68,1% dos acessos. (Figura 33). Quando se trata dos países segmentados, a idade desses públicos, que buscam os temas relacionados à depressão, são opostas. No Brasil, a maioria são jovens da faixa de 18 a 24, sendo 2.240 usuários, após de 25 a 34 anos, com 2.133. Já o cenário em Portugal é curioso, pois traz intervalos de idades opostos, quem mais entrou no O Portal da Depressão foram pessoas entre 45 e 54 anos, representados por 293 pessoas. E em segundo lugar, as idades de 18 a 24, com 282 acessos. No Brasil, esse público dos 45 aos 54 ficou em quarto lugar, com 747 acessos. Também é preciso sempre levar em consideração que os acessos, vindos do Brasil, foram maiores. Mas de qualquer forma, foi possível perceber que muitas idades distintas buscam pelo assunto de depressão na internet. Inclusive, pessoas com mais de 65 anos, no Brasil foram 337 usuários e em Portugal 132. (Figura 34)

Figura 33. Visão geral de idade e sexo no total de acessos



Fonte: *Google Analytics*

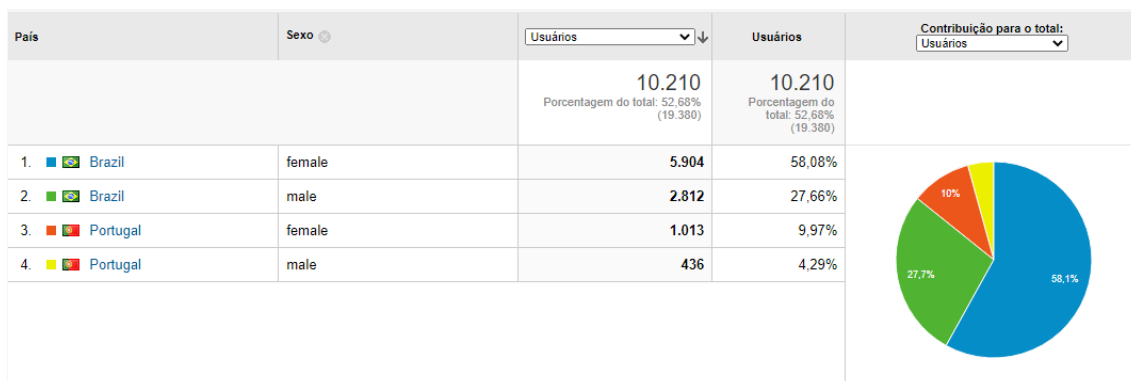
Figura 34. Faixas etárias dos utilizadores do Brasil e Portugal:



Fonte: *Google Analytics*

Em relação ao sexo desses usuários, em ambos os países, mais mulheres foram presentes no período da investigação. No Brasil, 5.904 mulheres acessaram e 2.812 homens; já em Portugal foram 1.013 mulheres e 436 homens. (Figura 35)

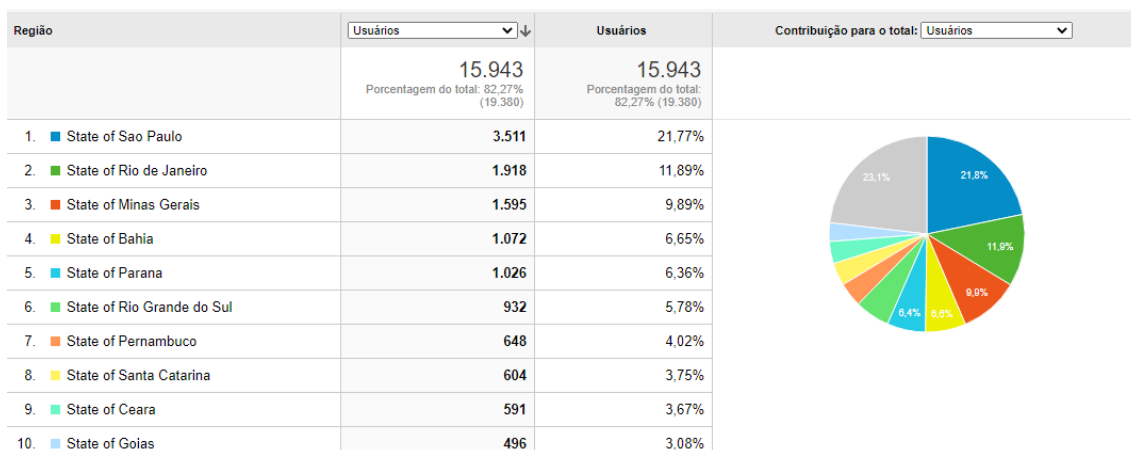
Figura 35. Visão detalhada do sexo dos utilizadores do site:



Fonte: *Google Analytics*

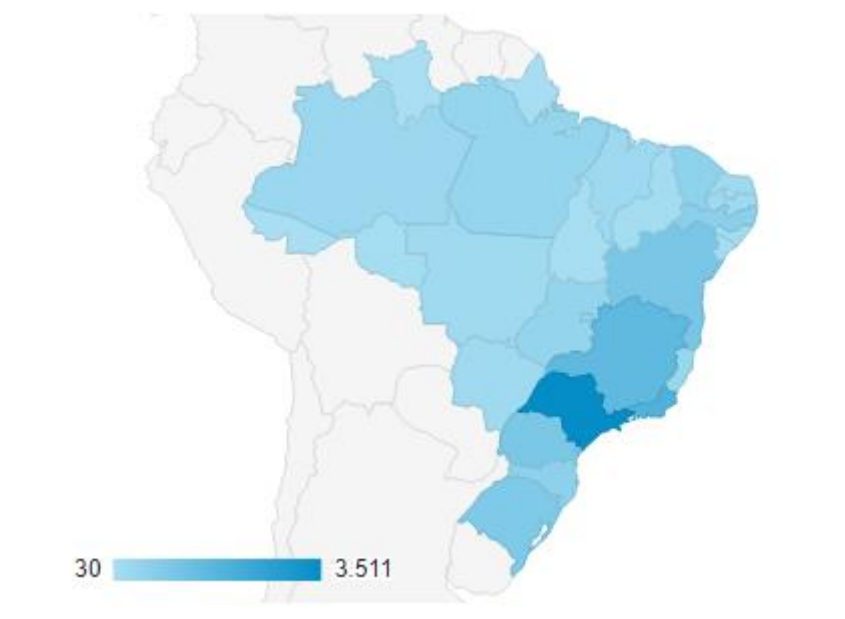
No Brasil, a origem desses usuários foi proveniente dos principais estados do país, liderando os acessos vindos de São Paulo (3.511), Rio de Janeiro (1.918), Minas Gerais (1.595), Bahia (1.072) e Paraná (1.026). Não temos comprovação do motivo pelo qual determinada região teve os menores acessos, porém consideramos uma informação útil para o projeto. Portanto, os estados que menos acessaram o portal foram Acre (31), Roraima (36), Amapá (67), Tocantins (82) e Rondônia (126). (Figuras 36 e 37). Enquanto as cidades que tiveram mais acessos foram: São Paulo (1.138), Rio de Janeiro (1.060), Brasília (420), Curitiba (343) e Fortaleza (335). (Figuras 38 e 39)

Figura 36. (Gráfico de setores) Dados de número de usuários brasileiros por estados:



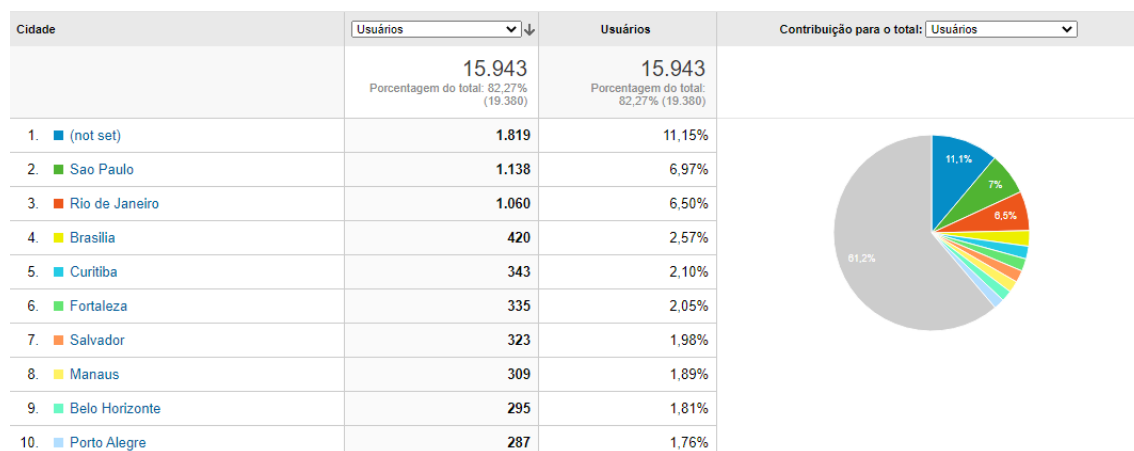
Fonte: *Google Analytics*

Figura 37. Mapa gráfico de usuários brasileiros por estados:



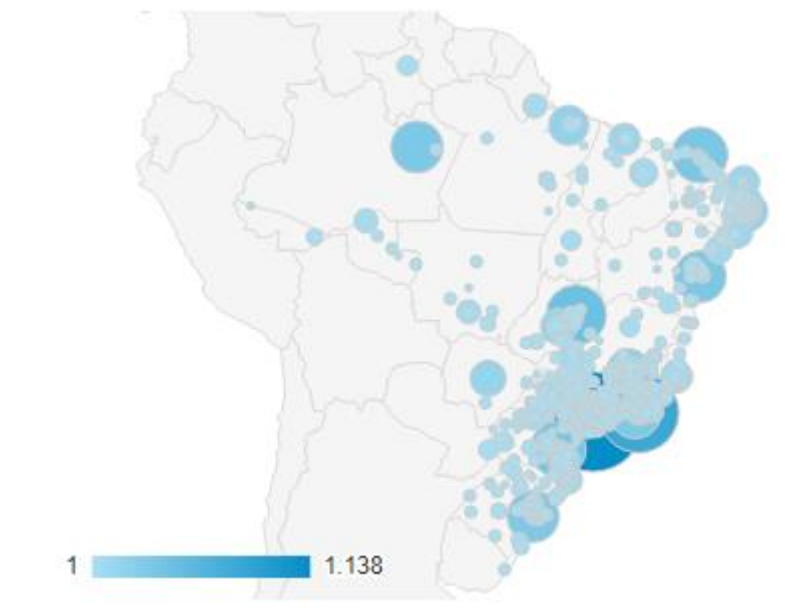
Fonte: *Google Analytics*

Figura 38. (Gráfico de setores) Dados de número de usuários brasileiros por cidades:



Fonte: *Google Analytics*

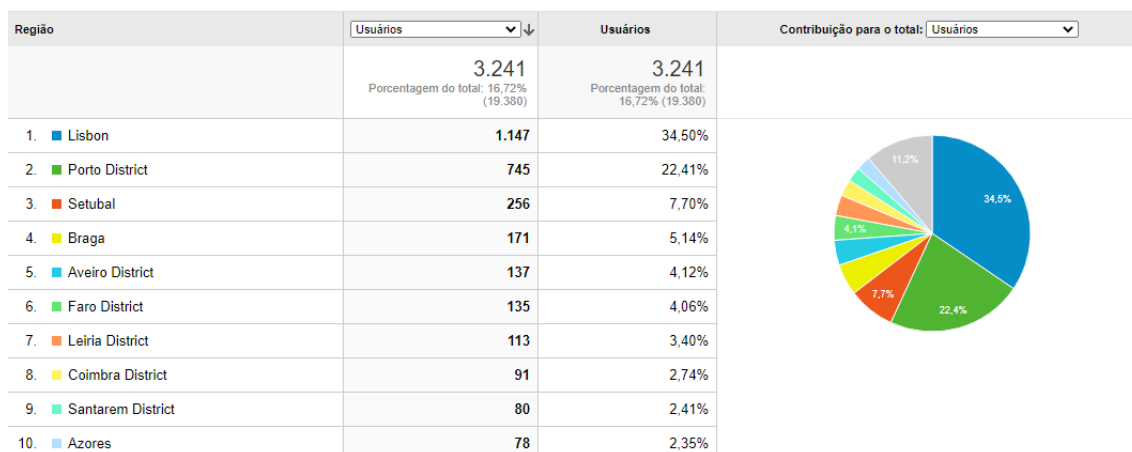
Figura 39. Mapa gráfico de usuários brasileiros por cidades:



Fonte: *Google Analytics*

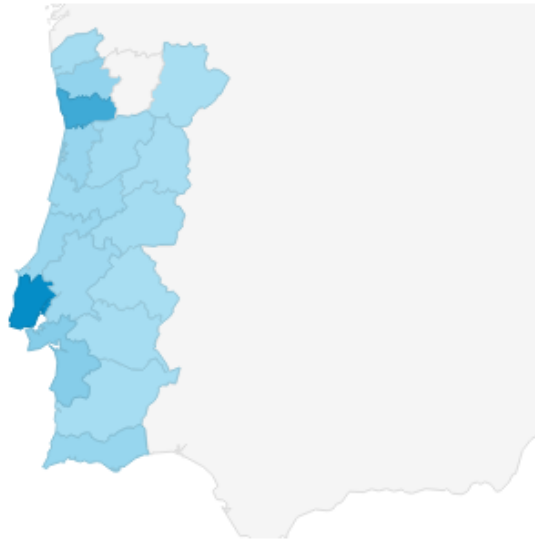
Em Portugal, os distritos que mais tiveram acessos, em ordem crescente foram: Lisboa (1.147), Porto (745), Setúbal (256), Braga (171) e Aveiro (137) e com menor número de acessos, Bragança (17), Portalegre (19), Guarda (25), Beja (30), Évora (30) e Vila Real (34). (Figuras 40 e 41). Por sua vez, as cidades com mais utilizadores foram: Lisboa (810), Porto (425), Almada (95), Vila Nova de Gaia (79) e Braga (62). (Figuras 42 e 43)

Figura 40. (Gráfico de setores) Dados do número de usuários portugueses por cidades:



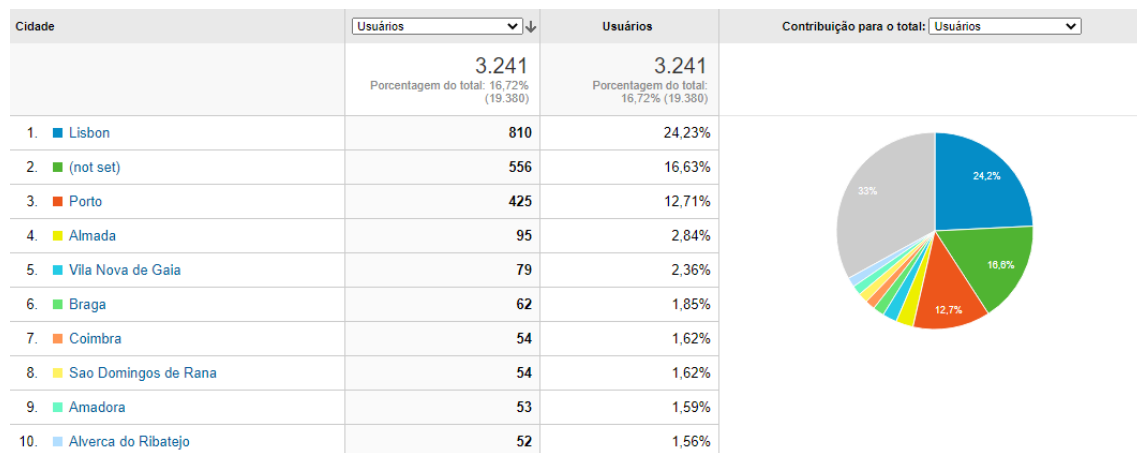
Fonte: *Google Analytics*

Figura 41. Mapa gráfico de usuários portugueses por cidades:



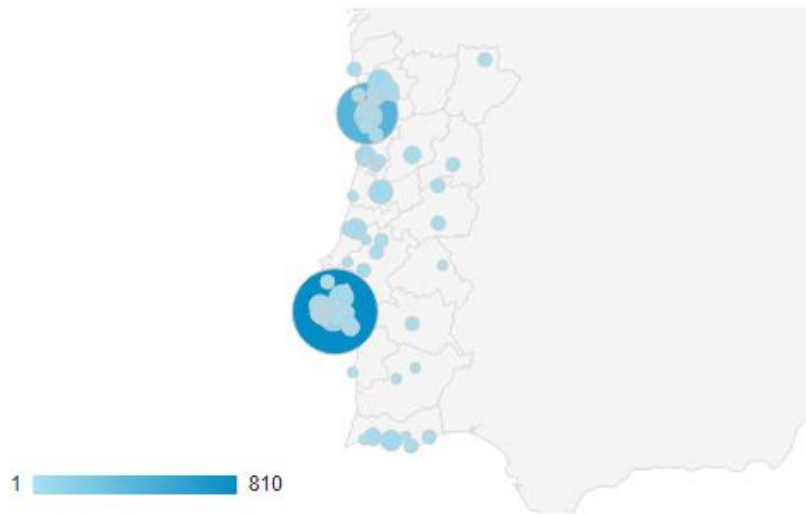
Fonte: *Google Analytics*

Figura 42. (Gráfico de setores) Dados do número de usuários portugueses por distrito:



Fonte: *Google Analytics*

Figura 43. Mapa gráfico de usuários portugueses por distrito:

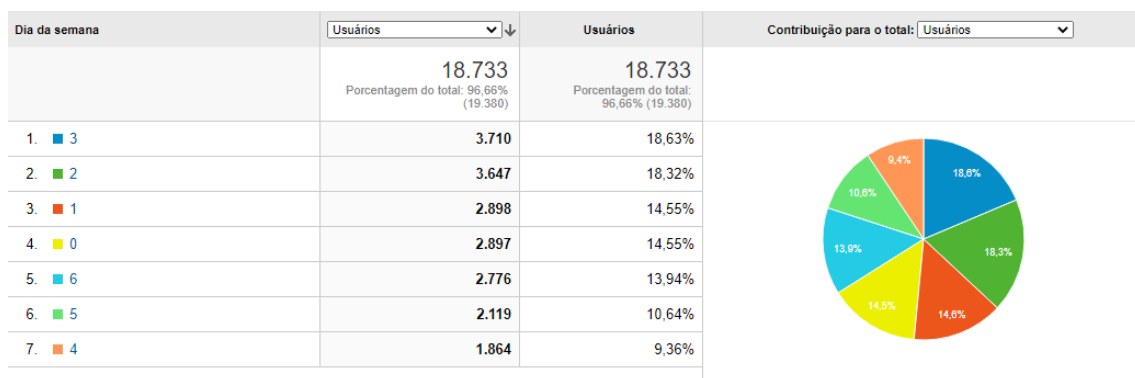


Fonte: *Google Analytics*

O dia da semana que houve mais acesso no site foram as quartas-feiras. Dos 18.733 usuários que visitaram o site, 3.710 (18,63%) foram neste dia. O segundo dia mais acessado foi durante as terças-feiras, com 3.647 usuários, ou seja 18,32% e em terceiro, foram as segundas-feiras com 2.898 (14,55%). Os dias menos acessados foram as quintas-feiras, com 1.864 pessoas (9,36%).

O quadro completo de visitas durante os dias da semana está abaixo na Figura 27.

Figura 44. Dias da semana que mais tiveram acesso no site O Portal da Depressão

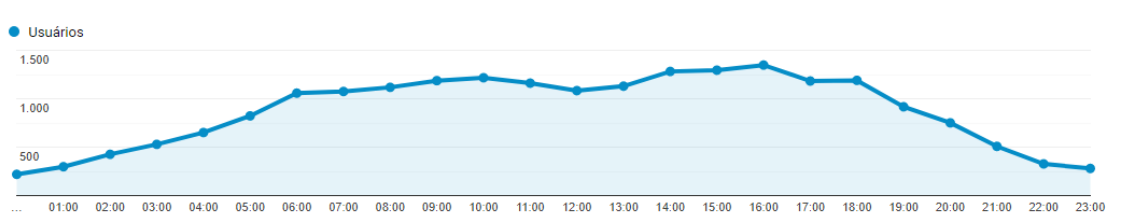


Nota. Os dias da semana são representados de 0-6, sendo 0=domingo e assim por diante.

Fonte: *Google Analytics*

Em relação aos horários mais acessados, os três primeiros mais numerosos foram 16 horas (1.348 usuários), 15 horas (1.295) e 14 horas (1.282). Já os horários menos acessados foram no intervalo de 00 a 01 hora, o que totalizaram 797 pessoas. Veja o resumo dos horários na Figura 45.

Figura 45. Horários de visitas no site:

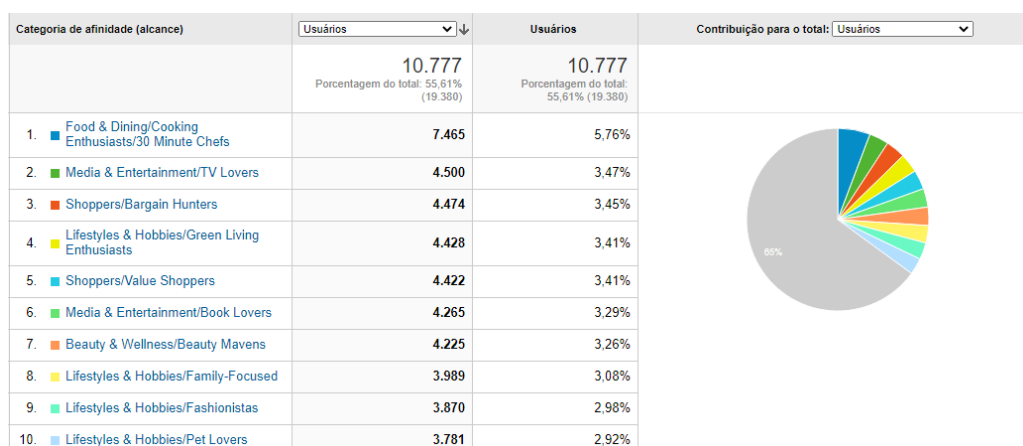


Fonte: *Google Analytics*

Sobre a pegada digital deste público, acrescentamos informações em relação a seus interesses, como sites que ele navega, suas afinidades e o que está propenso a comprar. Através da categoria de afinidade. o *Google Analytics* fornece termos que identificam o estilo de vida, como, por exemplo, que categorias de site ele mais navega e seus gostos.

Em nosso estudo, grande parte dos acessos foi realizado por pessoas que se interessam por assuntos culinários, seguido de entretenimento, compradores e apreciadores de *lifestyle*, *hobbies*, programas ao ar livre e assim por diante. Basicamente, os públicos se repetem em entretenimento, fãs de *pets*, compradores, entusiastas de *lifestyle*, *hobbies*, beleza e bem-estar.

Figura 46. Categoria de afinidade:

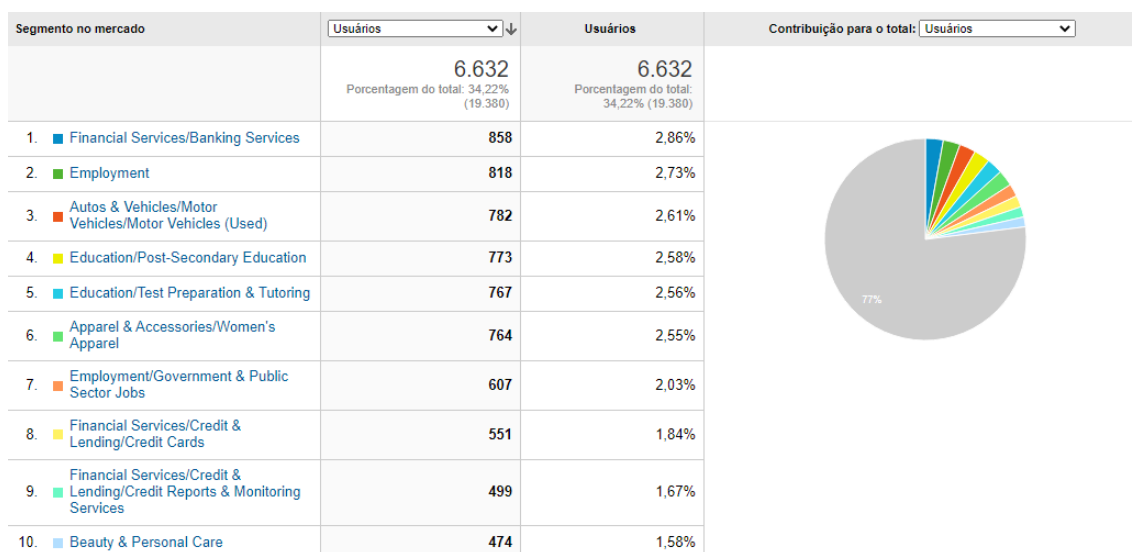


Fonte: *Google Analytics*

Ainda sobre a pegada digital do público, vamos salientar o segmento de mercado desse público, ou seja, o que o usuário está propenso a comprar. Isso é determinado conforme seus acessos, por exemplo, caso esteja navegando em sites de roupas, há grande probabilidade, que esteja interessado em comprar algum artigo de vestuário.

Os usuários de nosso *website* são basicamente interessados pelos seguintes segmentos no mercado: serviços bancários e financiamentos, empregos, venda de veículos usados, educação e vestuários e acessórios.

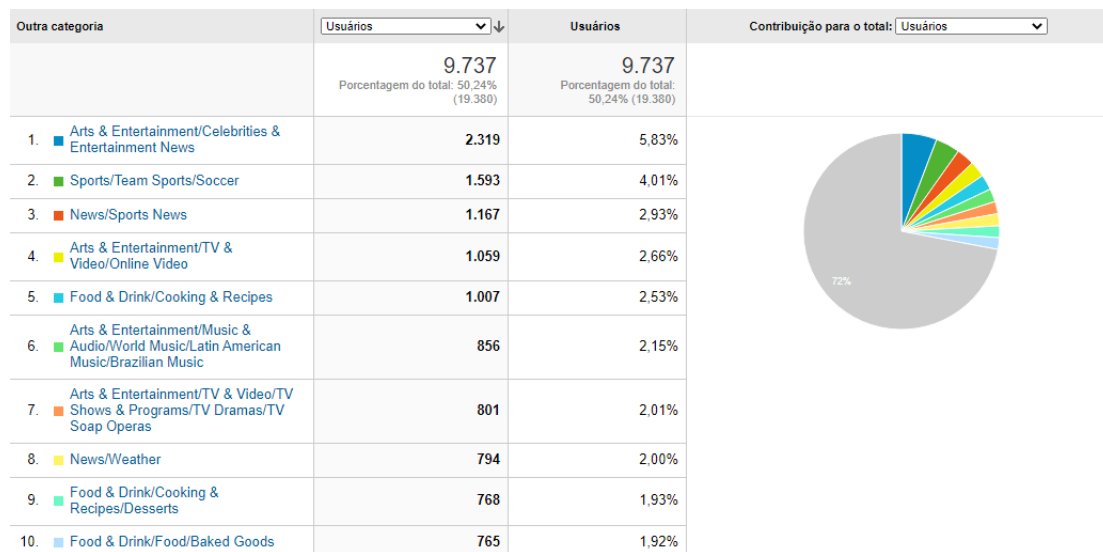
Figura 47. Segmento no mercado:



Fonte: *Google Analytics*

E seus interesses, de uma forma mais afunilada, enquadram-se em “outras categorias,” que oferecem uma visão mais específica dos usuários e com informações mais concentradas. Na figura abaixo, apresentamos os segmentos. Eles estão dispostos da seguinte forma, primeiro mais amplo e depois mais seguimento, por exemplo, Artes e Entretenimento/ Celebidades e notícias de entretenimento. Podemos identificar que nossos usuários se atraem por notícias de entretenimento, futebol, notícias de esportes, vídeos *online*, receitas gastronômicas, música brasileira, telenovelas e previsão do tempo.

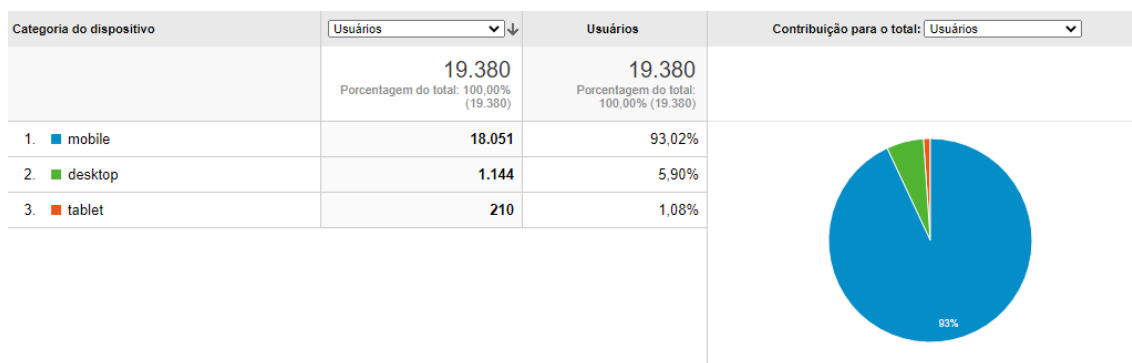
Figura 48. Outra categoria:



Fonte: *Google Analytics*

E para finalizar, a maioria desses usuários acessaram o site via mobile, ou seja, através de dispositivo móvel. Ao todo, foram 18.051 acessos, vindos dessa origem, seguidos por 1.144 de acesso por *desktop* (computadores), já via *tablet* o total foi de 210 pessoas. (Figura 49)

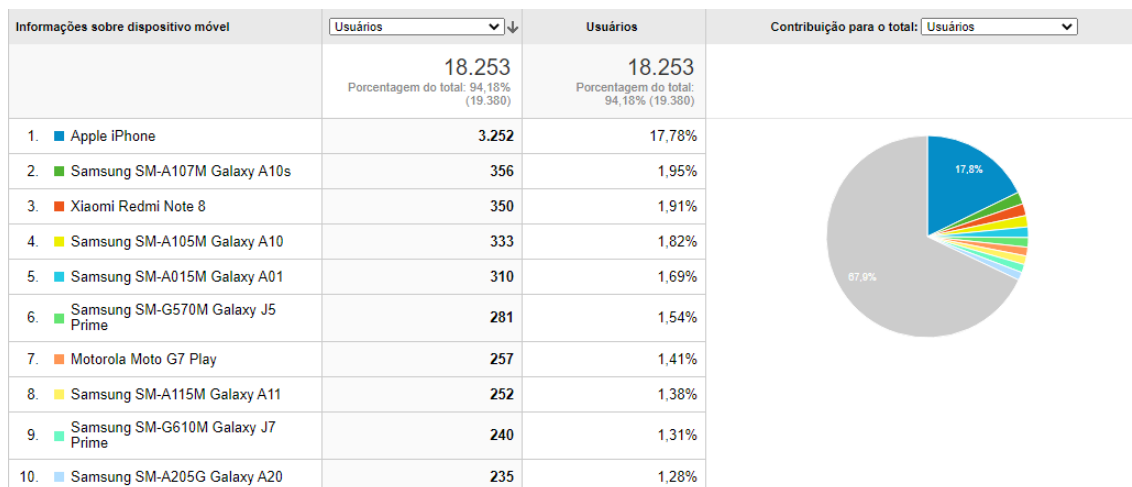
Figura 49. Visão geral dos dispositivos de acesso ao site:



Fonte: *Google Analytics*

Em relação aos dispositivos móveis, é interessante observar que a maioria (17,78%) são aparelhos da *Apple iPhone*, utilizados por 3.252 usuários; depois *Samsung Galaxy A10s* (1,95%) e *Xiaomi Redmi Note 8* (1,91%). Os outros dispositivos estão exibidos na Figura 50.

Figura 50. Informação detalhada sobre os modelos dos dispositivos móveis:



Fonte: *Google Analytics*

4.5. – Discussão dos resultados

Durante esse processo, de recolha e análise de dados, foi possível responder a uma das nossas principais questões de investigação: Quais informações os utilizadores consumiram em nosso website? Alinhados com os resultados do *Google Ads* e as pegadas digitais dos visitantes, pudemos perceber os conteúdos mais acessados, conforme a Figura 29, e, diante desses resultados, assumimos dizer que esses utilizadores estão a procurar respostas sobre sintomas da depressão e outras informações como o teste, por exemplo. Consideramos, claramente, que O Portal da Depressão pode exercer um papel informativo para um primeiro contato com pessoas que ainda não foram diagnosticadas e até mesmo ter um papel de apoio importantíssimo para essas pessoas. Iremos explorar melhor este resultado e as suas implicações no capítulo 5.

Agora, partindo de questões estatísticas, o número de visitas, em um curto período (162 dias), também se mostrou como saldo positivo. Em relação aos visitantes, como já falamos, obtivemos 19.380 mil usuários, e em comparação ao estudo do site *Walk Along*, que já citamos anteriormente, em uma experiência de um ano, seu resultado foi de 3.076 usuários, porém é importante ressaltar que o site canadense não utilizou recursos pagos para autopromoção, como o *Google Ads*. Já o *website Men's Mental Health*, no período de campanha paga, teve duração de 30 dias, recebeu 1.311 usuários.

Dentro do que se considera “aceitável”, nossa taxa de rejeição também teve bom resultado, sendo que a taxa ideal varia entre 30, a 45%, a do nosso *website* foi de 39,31%.

Em torno de nossas visitas, tivemos quase três páginas/sessões, o que mostra que houve interesse em outros assuntos além do que a pessoa foi buscar.

Mesmo havendo inicialmente pouca aderência ao *website* com um pequeno intervalo de duração, na sequência os números aumentaram, de 0-10 segundos, para 61 – 180 segundos e depois 181 – 600 segundos, o que também nos permite pensar que as informações foram consumidas e houve uma interação durante um período no portal. O mesmo apontamos sobre as desistências que observamos no fluxo inicial de comportamento dos usuários, pois mesmo ocorrendo saídas do site, elas são muito inferiores às aquisições que seguem.

Os canais de origem nos levam a perceber a eficiência das campanhas realizadas através do *Google Ads*, porém observamos uma diferença na aderência das campanhas da Rede de Pesquisa e de Display. Sugerimos que temáticas relacionadas à saúde não são acessadas por impulso, portanto, os anúncios de display não se fazem tão eficazes, pois surgem na tela de forma “repentina”. Já a Rede de Pesquisa, é um ato instintivo, em que a pessoa já está em busca de informação e é impactada no topo do monitor de buscas.

Essa amostra nos possibilitou entender ainda mais a pegada digital de nossos usuários, e compreender este público é também uma de nossas questões centrais. Sabemos que quase 70% dos acessos são de mulheres e isso era uma de nossas hipóteses, já que a maioria das pessoas diagnosticadas com depressão são do sexo feminino. Sobre a idade desse público, entendemos que são jovens, porém, o *Google*, por questões éticas, não apresenta dados abaixo dessa idade, por isso não podemos saber exatamente se adolescentes ou pré-adolescentes também recorrem a informações sobre depressão. E em relação aos acessos de idades acima de 65 anos, reforça para nós que não há idade para ter o transtorno. Propomos explorar mais sobre esses tópicos no capítulo 5.

A diferença dos acessos de idades entre Brasil e Portugal nos leva a um contexto cultural. Conforme citamos na introdução existe uma parcela de mais pessoas com depressão em países de baixa renda e aqui pudemos observar as diferenças destes dois países, onde os acessos vindos do Brasil foram mais recorrentes por jovens e em Portugal, por adultos e jovens.

No Brasil, é interessante observar que, a maioria das visitas ocorreu a partir de grandes centros urbanos. Sabemos, pois, que nas metrópoles há muita desigualdade social e outras

questões sociais. Em Portugal, as visitas também vieram das cidades mais populosas, no que consideramos uma informação relevante para ser aprofundada no capítulo 5. Entretanto, é importante pontuar a densidade populacional de cada local e o número de habitantes por zona, que influencia nos resultados. Entendemos que é normal ter um número maior de acessos nas regiões mais populosas, mas, caso os acessos sejam muito menores, conforme a densidade populacional, é possível que essa variável tenha influência no fator urbano/estilo de vida.

É interessante observarmos, através da pegada digital dos usuários, seus hábitos de acesso, ainda mais para um tema de saúde como a depressão. O dia da semana mais acessado, por exemplo, foram as quartas-feiras, no horário das 16 horas. Todos os picos de acesso foram muito parecidos: quarta-feira, terça-feira e segunda-feira, respectivamente nos horários das 16 horas, 15 horas e 14 horas. Trazemos uma reflexão que estes horários estão ligados à segunda metade do dia de trabalho.

Identificamos o interesse desse público, de modo geral. Os maiores interesses dele estão ligados à gastronomia, entretenimento, compras, beleza, notícias e *lifestyle*. Além disso, os sites que buscam e consomem, principalmente, são relativos a bancos/financiamentos, empregos, veículos usados, à educação e outros. Estes dados podem sugerir que parte dessas pessoas buscam empregos e/ou estão em uma situação econômica delicada.

Por fim, salientamos que a maioria dos acessos são provenientes de dispositivos móveis, o que era de se esperar, porém em sua grande maioria, quase 20%, são de *iPhones*. Isso nos leva a um questionamento, devido ao valor do aparelho: será que nosso alcance garantiu acesso para todas as classes sociais? Além disso, é pertinente pensar quais as classes sociais têm acesso a dados de internet, principalmente pacotes de dados móveis, que não são de valores acessíveis. Isto é uma questão que também vamos abordar mais detidamente, a seguir, no capítulo 5.

5. Conclusão

É essencial compreender qual o concreto papel desempenhado pelos media na construção social dos transtornos mentais (Ferro, 2013). Este estudo buscou entender a trajetória da abordagem dos transtornos nos meios de comunicação online. Além disso, é imprescindível citar como a depressão e outros transtornos são vistos do ponto de vista social, ao longo dos séculos. Um dos pontos que importa salientar é a influência dos meios de comunicação na sociedade diante da saúde mental: “Os meios de comunicação levam ao público informações de diversos assuntos, inclusive sobre doenças mentais, ou seja, a opinião sobre essas doenças está cada vez mais sendo formada por essas mídias” (Bento, 2014).

A metodologia *Web Analytics* (WACIC) com a aplicação do *Google Analytics* mais o complemento do *Google Ads* possibilitaram responder às perguntas de investigação deste trabalho, assim como também oportunizaram conhecer mais a fundo quem foram os visitantes do O Portal da Depressão através da pegada digital deles. Estas plataformas (*Google Analytics* e *Google Ads*) permitiram conhecer visitantes e avaliar seus comportamentos num website sobre saúde mental, com acesso aberto, de forma idêntica ao que aconteceu noutros estudos (por ex., Song & Ward, 2018).

A pergunta central da investigação “Quem são os públicos que procuram informação online sobre depressão e como se comportam perante essa informação?” procurava obter um parâmetro amplo de quem são estas pessoas. Os relatórios do *Google Ads* nos apresentou, de uma forma o interesse deste segmento através do seu comportamento, na medida que buscavam informações na *web* sobre bancos e serviços de financiamento, empregos, veículos e motos usadas, com esses passos, tivemos informações valiosas para traçar uma “persona”. Hipoteticamente, esse usuário poderia estar em busca de empréstimos e/ou emprego, este dado pode indicar que pessoas em fase de procura de emprego (ou desempregadas) são mais propensas aos sintomas depressivos, o que vai ao encontro do que é defendido em vários dos estudos referidos no Capítulo 1 (por ex., Depression and Other Common Mental Disorders - Global Health Estimates, 2017).

Outro dado sobre quem é este público, é a sua origem Os maiores números de acessos foram providos de centro urbanos, onde há uma desigualdade social gritante, portanto, não podemos definir a renda e a classe social desse público. Mas, caso um dos nossos objetivos fosse o de atingir uma classe social mais baixa e média, teríamos que planejar

novas estratégias e métricas da campanha. Outro dado que nos leva a mais uma reflexão sobre nosso público é a utilização dos dispositivos móveis utilizados, sendo a maioria dos acessos vindos de *iPhone*, um dos dispositivos mais caros do mercado, em média.

A maioria dos acessos foram provenientes de mulheres. Sabemos, segundo estudos, que elas são as que mais sofrem com a depressão, mas deduzimos que há uma resistência dos homens em procurar informações sobre saúde e buscar ajuda médica, além disso, a depressão exige, muitas vezes, que se fale sobre emoções e isto pode ser uma barreira para o sexo masculino. De fato, como o site *Men's Mental Health*, que citamos, diversas vezes, neste trabalho, foi dedicado exclusivamente à saúde mental dos homens e não obteve resultados suficientes para concluir o baixo número de adesão às campanhas, também não conseguimos mensurar a efetividade de nosso website para o público masculino. Em geral, os jovens tiveram uma adesão maior, com uma grande porcentagem de visitas de faixas etárias mais baixas. E devido a idade e os interesses, podemos supor que são jovens estudantes que procuraram informação sobre depressão.

Outro desafio foi investigar “Quais informações os usuários consomem no site “forteMENTE: O Portal da Depressão”? Diante dos três segmentos apresentados em nossa homepage e as métricas das páginas mais acessadas, temos uma perspectiva de que O Portal da Depressão cumpriu um papel de informar sobre a depressão, dentro de um parâmetro pré-diagnóstico. As páginas mais visualizadas foram: “Será que tenho depressão?”, “Sintomas da depressão” e “Teste de depressão”, o que indica o tipo de informação que nosso público consumiu. Há, claramente, uma prevalência de utilizadores que procuram saber se os sintomas que têm são de depressão, o que nos leva a considerar que são utilizadores que ainda não foram diagnosticados, ou seja, que ainda não têm ajuda de um profissional ou que podem não ter até mesmo de familiar e que poderão não sabem como agir ou a quem recorrer. Assim, compreendemos que se torna importantíssimo ter acessível online e com acesso facilitado a informação fidedigna para este segmento de pessoas, em especial com informação sobre como procurar ajuda, informação que desmistifique os sintomas de depressão (para que as pessoas não pensem que estão sozinhas) e que possam de alguma forma guiar esses utilizadores a dar os passos necessários na procura de ajuda. Entendemos que isto pode ser considerado como os primeiros passos para quem necessita de uma ajuda imediata, ajuda tão importante para quem está passando por depressão.

Não podemos afirmar que estas buscas, relacionadas aos sinais da depressão, em nossos sites, estão ligadas às situações que ocorreram devido à pandemia. Mas há uma possibilidade dessa incidência, já que alguns estudos, como o presente no periódico científico *JAMA Pediatrics*¹⁷, mostram que o número de jovens, com 18 anos, acometidos pela depressão dobrou, em consequência dos desdobramentos promovidos pela COVID-19. A Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)¹⁸ revelou que o índice de pacientes, com sintomas de depressão, ultrapassou 90% na pandemia e de acordo com a USP¹⁹, numa lista de 11 países, o Brasil liderou os casos de transtornos durante a quarentena. Em Portugal, também houve registros de aumento de sintomas do transtorno depressivo na população. O Instituto de Investigação e Inovação em Saúde da Universidade do Porto (i3S)²⁰ mostrou que cerca de 50% da população sentiu os efeitos da pandemia.

Nossa linha de investigação de número três foi sobre as semelhanças e diferenças nos acessos em Portugal e Brasil. Para responder a essa pergunta, primeiro é necessário lembrar que o índice de pessoas com depressão no Brasil, em relação a seus habitantes, é maior que em Portugal. Mesmo que percentualmente sejam próximos (Brasil: 5,8% e Portugal: 5,7%) é importante ressaltar o que a pegada digital de nossos usuários nos apresentou em relação às questões culturais. Na introdução deste trabalho, citamos que a depressão tem aumentado em países de baixa renda.

A principal semelhança entre os dois países foi a busca por informações, o que reafirma o posicionamento do *website* O Portal da Depressão como um canal de informação para pré-diagnóstico, já que as páginas mais acessadas foram as mesmas, porém, as situações foram distintas entre Brasil e Portugal, nas questões de idade dos públicos.

A depressão é um transtorno que não escolhe classe social e nem idade, mas há fatores que podem nos levar a criar suposições sobre estes cenários. Pensando nos dois cenários, é. É preciso, assim, olharmos para o contexto populacional. Portugal, segundo dados

¹⁷ Disponível em: <https://saude.abril.com.br/mente-saudavel/sinais-de-depressao-e-ansiedade-dobraram-em-jovens-na-pandemia-diz-estudo/>

¹⁸ Disponível em: <https://www2.ufjf.br/noticias/2021/04/07/indice-de-pacientes-com-sintoma-de-depressao-ultrapassa-90-na-pandemia/>

¹⁹ Disponível em: https://cultura.uol.com.br/noticias/17667_pesquisa-da-usp-aponta-que-brasil-lidera-casos-de-depressao-em-meio-a-pandemia.html

²⁰ Disponível em: <https://noticias.up.pt/covid-19-metade-dos-portugueses-apresentam-sintomas-de-depressao/>

fornecidos pela Eurostat em 2021²¹, é o quarto país da União Europeia (UE) com maior percentagem de população idosa, com mais de 65 anos. Já o Brasil²², durante as duas últimas décadas, manteve-se com um pouco mais de 50 milhões de pessoas na faixa etária de 15 a 29 anos. De qualquer forma, houve uma aquisição de ambos os públicos, acreditamos que o recurso de Rede de Pesquisa nas campanhas por ser somente texto facilita atrair todos os públicos.

Por fim, mas não menos importante, analisamos a última questão: “Quais são as campanhas de marketing social mais eficientes para comunicar sobre transtornos mentais?”. Estas campanhas precisam estar alinhadas ao objetivo final e conversar com o público. Vimos que os anúncios da Rede de Pesquisa têm amplo potencial de alcance e uma cobertura de idades variadas. Concluimos também a força que esses anúncios têm, pois, a maioria massiva de nossos acessos foram provenientes das campanhas do *Google Ads*. Portanto, como citamos no capítulo anterior, através dos canais de origem, podemos entender a eficiência de campanhas realizadas através da Rede de Pesquisa e de *Display*. Como vimos, as campanhas tiveram muito melhores resultados na Pesquisa do que na Rede *Display*, o que pode ser devido a dois fatores. Por um lado, o fato de as campanhas não terem imagem, certamente influenciou esse resultado, já que a Rede *Display* costuma conseguir melhores resultados com imagens. No entanto, estes resultados parecem indicar que o acesso à informação sobre transtornos mentais e depressão – em especial, para pessoas que procuram compreender se estão ou não com depressão –, é realizado por pesquisa própria e não por impulso. A Rede *Display* é muito dirigida a “cliques por impulso” (pessoas que veem o anúncio e clicam), uma vez que mostra anúncios aos utilizadores que navegam em *websites* com determinadas características. Os anúncios, em Pesquisa, são dirigidos a pessoas que procuram determinada informação, o que foi aqui claramente o caso. Os resultados dos anúncios que melhores performances tiveram também parecem indicar pessoas que procuram avaliar os seus sintomas e se eles são de depressão, como vimos no capítulo anterior.

²¹ Disponível em: <https://www.dignus.pt/2021/03/17/portugal-4-o-pais-da-ue-com-mais-idosos-acima-dos-65-anos/>

²² Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/economia/2021/06/4928698-populacao-de-jovens-de-15-a-21-anos-comecara-a-cair-a-partir-de-2021.html>

Como já mencionado, a internet e o marketing social são ferramentas que podem dar uma visibilidade humanizada e respeitosa à depressão e a outros transtornos mentais. Os mídias tradicionais têm um papel fundamental em transformar uma visão estigmatizada e combater preconceitos, mas além disso, a questão da saúde mental é um caso de saúde pública, é extremamente necessário que ela esteja na linha de frente dos governos, instituições e organizações. Vimos que para estes espaços, com informações de qualidade, serem eficazes é necessário um apoio das organizações, principalmente, apoio financeiro, para a criação e planejamento de conteúdos de qualidade e alcance amplo do público.

Segundo a OPAS, a depressão é a principal causa de deficiência em todo o mundo e é um dos principais contribuintes para a carga global de doenças. E isso nos leva a uma pergunta: onde estão as campanhas de prevenção e combate à depressão? Ao longo de nosso estudo, vimos raras ações realizadas por governos. A OPAS ainda acrescenta que o gasto médio global com serviços de saúde mental é de 2,8% do gasto total do governo com saúde. Os países de baixa renda gastam cerca de 0,5% de seu orçamento de saúde em serviços de saúde mental, e os países de alta renda, 5,1%. Por isso, nesse sentido, vimos que a mídia independente e a força da internet têm um papel fundamental para contribuir na mudança desse cenário. Ainda há poucos websites dedicados à depressão, e também encontramos uma limitação bibliográfica de investigações que analisem quem são e como se comportam os utilizadores que pesquisam e consomem informação online sobre saúde mental.

Para estudos futuros, sugerimos campanhas mais segmentadas dentro dos públicos-alvo, como informações de idade, sexo, horários, dias da semana e localização. E, assim, se criará a oportunidade de aprofundamento nos dados e análise deles dentro das análises de dados, sendo aplicado um “funil”, como é conhecido na gíria do marketing, isto é, um caminho que os utilizadores podem fazer para a conversão final, adotando o comportamento desejado.

Também seria relevante dividir as seções do website, criar sites diversos com conteúdos mais aprofundados, como fóruns, informações multimídias, espaço para parceiros e explorar novas informações, acrescentar outros recursos de análise de dados com e-mail marketing, solicitação de cadastro e envio de mensagens via push. Por fim, explorar as redes sociais: gerar conteúdos, criar campanhas e direcionar para um site.

As redes sociais tornaram-se ubíquas nos últimos anos, sendo não só o “local”, onde as pessoas estão, como também onde consomem a maioria das informações. Torna-se, por isso, imperativo irmos ao encontro destes públicos, onde eles estão, oferecendo informação fidedigna, combatendo a sub-representação da depressão e contribuindo para a desmistificação dos transtornos mentais e da saúde mental.

Os tabus da depressão, presentes nessas redes sociais, na internet, foram construídos ao longo de anos e são universais. Mudar essa visão e comportamento da sociedade não é uma tarefa simples, mas ao mesmo tempo que se reforça isso, os números de casos aumentam e até mesmo o número de suicídio. Falar sobre transtornos mentais, combater os estigmas e preconceitos é um tema urgente.

Referências Bibliográficas

- Abelha, L. (2014). Depressão, uma questão de saúde pública. *Cadernos Saúde Coletiva*, 22(3)
- Ameen, S. (2021). Visits to a Malayalam website on mental health: Analysis of seven years' data. *Kerala Journal of Psychiatry*, 34(1), 44-53.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Andersson, G., & Titov, N. (2014). Advantages and limitations of internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry*, 13(1), 4-11.
- Andreasen, A. (1994). Social marketing: Its definition and domain. *Journal of Public Policy & Marketing*, 13(1), 108-114.
- Andreasen, A. (2002). Marketing social marketing in the social change marketplace. *Journal of Public Policy and Marketing*, 21(1), 3-13.
- Andreasen, A. (2008). A social marketing approach to changing mental health practices directed at youth and adolescents. *Health Marketing Quarterly*, 21(4), 51-75.
- Barboza, S. I. S. (2012). *Marketing social aplicado à doação de sangue: Fatores condicionantes de comportamento* (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil).
- Bento, M. (2014). *O estigma da doença mental e os meios de comunicação social* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal).
- Bittencourt, I., Francisco, D., & Mercado, L. (2013). Autoria em blog por pessoas em sofrimento psíquico: Aprendizagem compartilhada, reconhecimento e promoção da saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(4), 988-999.

- Burgess, M. (2017, Maio 1). The NHS is trialling an AI chatbot to answer your medical questions. *Wired*. Recuperado de <http://www.wired.co.uk/article/babylon-nhs-chatbot-app/>
- Capella, N., Maraschin, C., Maurenente, V., & Rickes, S. M. (2008). Tecnologias digitais e jovens usuários de serviço de saúde mental. *Informática na Educação: Teoria & Prática*, 11(1), 79-90.
- Carvalho, P. (2021, Agosto 17). Sinais de depressão e ansiedade dobraram em jovens na pandemia, diz estudo. *Veja Saúde*. Recuperado de <https://saude.abril.com.br/mente-saudavel/sinais-de-depressao-e-ansiedade-dobraram-em-jovens-na-pandemia-diz-estudo/>
- Cavaca, A. G., Nunes, J. A., Ferreira, P., & Vasconcellos-Silva, P. R. (2015). Entre evidências e negligências: Cobertura e invisibilidade de temas de saúde na mídia impressa portuguesa. *Entre Ciência & Saúde Coletiva*, 20(11), 3569-3580.
- Christensen, H., Griffiths, K. M., & Farrer, L. (2009). Adherence in internet interventions for anxiety and depression. *Journal of Medical Internet Research*, 11(2), e13.
- Cidre Serrano, W., Chren, M., Resneck, J. S., Aji, N. N., Pagoto, S., & Linos, E. (2016). Online advertising for cancer prevention: Google Ads and tanning beds. *JAMA Dermatol*, 152(1), 101-102.
- Clair, E. S. (2012). A depressão como objeto jornalístico: Explorando o arquivo do Grupo Folha (1970-2009). *Brazilian Journalism Research*, 8, 166-181.
- Clair, E. S. (2013). Os antidepressivos e o jornalismo brasileiro: Breve histórico de uma relação ciclótica (1990-2010). *Em Questão: Revista da Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação da UFRGS*, 19(1), 275-293.

- Collins, R. L., Wong, E. C., Breslau, J., Burnam, M. A., Cefalu, M., & Roth, E. (2019). Social marketing of mental health treatment: California's mental illness stigma reduction campaign. *American Journal of Public Health, 109*(S3), 228-235.
- Cordás, T. & Emilio, M. (2017) *História da Melancolia*. Porto Alegre: Editora Artmed
- Crutzen, R., De Nooijer, J., Candel, M. J. J. M., & De Vries, N. K. (2008). Adolescents who intend to change multiple health behaviours choose greater exposure to an internet-delivered intervention. *Journal of Health Psychology, 13*, 906-911.
- Crutzen, R., Roosjen, J. L., Poelman J. (2012). Using Google Analytics as a process evaluation method for internet-delivered interventions: An example on sexual health. *Health Promotion International, 28*(1), 36-42.
- Cuijpers, P. (1997). Bibliotherapy in unipolar depression: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 28*(2), 139-147.
- Dignus. (2021, Abril 17). Portugal: 4.º país da UE com mais idosos acima dos 65 anos. *Revista Dignus*. Recuperado de <https://www.dignus.pt/2021/03/17/portugal-4-o-pais-da-ue-com-mais-idosos-acima-dos-65-anos/>
- Edney, D. R. (2004). *Mass media and mental illness: A literature review*. Ontario: Canadian Mental Health Association. Recuperado de https://ontario.cmha.ca/wp-content/files/2012/07/mass_media.pdf
- Evans-Lacko, S., Malcolm, E., West, K., Rose, D., London, J., Rüsçh, N., Little, K., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2013). Influence of Time to Change's social marketing interventions on stigma in England 2009-2011. *The British Journal of Psychiatry, 202*(S55), 77-88.
- Fagot-Largeault, A. (2006). A pesquisa etiológica: Caminhos causais, histórias, influências, mecanismos, ontologia causal. In M. Russo, & S. Caponi (Orgs.),

Estudos de filosofia e história das ciências biomédicas. São Paulo: Discurso Editorial.

Ferro, H. (2013). A representação da saúde mental e da doença mental na imprensa portuguesa: um estudo comparativo. *CEIS20, Estudos em Comunicação*, (pp. 37-86) Universidade de Coimbra.

Figueiredo, A. T. (2017). *Método WACIC: A utilização de web analytics baseada em melhoria contínua* (Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Limeira, Brasil).

Figueiredo, A. T., Borges, M. A. F., & Moraes, R. L. (2016). WACIC Method – A web analytics process to perform continuous improvement in digital environments. In S. Bhulai, & I. Semanjski (Eds.), *Data Analytics 2016: The Fifth International Conference on Data Analytics* (pp. 131-138). Venice: IARIA. Recuperado de <https://biblio.ugent.be/publication/8116621/file/8132035#page=131>

Fox, K. F., & Kotler, P. (1980). The marketing of social causes: The first 10 years. *The Journal of Marketing*, 44(4), 24-33.

Francisco, D. J. (2007). *Criando laços via recursos informatizados: Intervenção em saúde mental* (Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil).

Francisco, D. J. (2009). Inclusão digital: Reflexões em saúde mental. *Revista EDaPECI- Educação a Distância e Práticas Educativas Comunicacionais e Interculturais*, 1(1), 18-28.

Fuhr, K., Schröder, J., Berger, T., Moritz, S., Meyer, B., Lutz, W., Hohagen, F., Hautzinger, M., & Klein, J. P. (2018). The association between adherence and

- outcome in an internet intervention for depression. *Journal of Affective Disorders*, 15(229), 443-449.
- Gordon, R., McDermott, L., Stead, M., & Angus, K. (2006). The effectiveness of social marketing interventions for health improvement: What's the evidence? *Public Health*, 120(12), 1133-1139.
- Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2006). Review of randomized controlled trials of Internet interventions for mental disorders and related conditions. *Clinical Psychologist*, 10(1),16-29.
- Guarniero, F. B., Bellinghini, R. H., & Gattaz, W. F. (2012). O estigma da esquizofrenia na mídia: Um levantamento de notícias publicadas em veículos brasileiros de grande circulação. *Archives of Clinical Psychiatry*, 39(3), 80-84.
- Harvey, P. D. (2000). Let every child be wanted: How social marketing is revolutionizing contraceptive use around the world. *Social Marketing Quarterly*, 6(4), 115-118.
- Hastings, G., Stead, M., & MacKintosh, A. M. (2002). Rethinking drugs prevention: Radical thoughts from social marketing. *Health Education Journal*, 61(4), 347–364
- Hedman, E., Ljótsson, B., & Lindefors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the internet: A systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 12(6), 745-64.
- Hidalgo-Mazzei, D., Murru, A., Reinares, M., Vieta, E., & Colom, F. (2016). Big data in mental health: A challenging fragmented future. *World Psychiatry*, 15(2), 186-187.

- Horwitz, A. V., & J. C. Wakefield. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Jorm, A. F., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2005). The impact of beyondblue: The national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(4), 248-254.
- Kotler, P., & Levy, S. J. (1969). Broadening the concept of marketing. *Journal of Marketing*, 33(1), 10-15.
- Kotler, P., & Zaltman, G. (1971). Social marketing: An approach to planned social change. *Journal of Marketing*, 35(3), 3-12.
- Kotler, P., Roberto, N., & Lee, N. (2002). *Social marketing*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Lacerda, A. L. T., & Porto, J. A. del. (2018). Depressão ao longo da história. In A. E. Nardi, J. Quevedo, & A. G. da Silva (Orgs.), *Depressão: Teoria e clínica* (pp. 19-27). São Paulo: Artmed.
- Layton, R. A., & Grossbart, S. (2006). Macromarketing: Past, present, and possible future. *Journal of Macromarketing*, 26(2), 193-213.
- Lefebvre, R. C. (2011). An integrative model for social marketing. *Journal of Social Marketing*, 1(1), 54-72.
- Lima, C. A. R., & Calazans, J. de H. C. (2013). Pegadas digitais: "Big data" e informação estratégica sobre o consumidor. *Simpósio em tecnologias digitais e sociabilidade*. Recuperado de http://gitsufba.net/anais/wp-content/uploads/2013/09/13n2-pegadas_49483.pdf

- Loureiro, L. M. de J., Rodrigues, M. A., Santos, J. C., & Oliveira, R. A. (2014). Literacia em saúde – Breve introdução ao conceito. In L. M. de J. Loureiro (Coord.), *Literacia em saúde mental – Capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (pp. 13-25). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Luck, J., Hagigi, F., Parker, L. E., Yano, E. M., Rubenstein, L. V., & Kirchner, J. E. (2009). A social marketing approach to implementing evidence-based practice in VHA QUERI: The TIDES depression collaborative care model. *Implementation Science*, 4(64), 1-12.
- Magalhães, J. L., & Quoniam, L. (2013). Perception of the information. Value for public health: A case study for neglected diseases. In J. L. Magalhães, & L. Quoniam (Eds.), *Rethinking the conceptual base for new practical applications in information value and quality* (pp. 211-232). Pensilvânia: IGI Global.
- Magalhães, J., Hartz, Z., & Martins, M. R. (2016). Big Data para a investigação em saúde e a ciência aberta: Um contributo para a gestão do conhecimento. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, 15(S2), 75-82.
- Manyika, J., Chui, M., Brown, B., Bughin, J., Dobbs, R., Roxburgh, C., & Byers, A. H. (2011). *Big data: The next frontier for innovation, competition, and productivity*. Seoul, San Francisco & Washington, DC: McKinsey Global Institute.
- Marriott, S., Palmer, C. & Lelliott, P. (2000). Disseminating health-care information: Getting the message across. *Qualitative Health Care*, 9(1), 58-62.
- Marks, I. M., Cavanagh, K., & Gega, L. (2007). *Hands-on help: Computer-aided psychotherapy*. Maudsley Monographs No. 49. Hove: Psychology Press.

- Mehmet, M., Roberts, R., & Nayeem, T. (2020). Using digital and social media for health promotion: A social marketing approach for addressing co-morbid physical and mental health. *Australian Journal of Rural Health*, 28(2), 149-158.
- Melo, L. (2021, Abril 22). COVID-19: Metade dos portugueses apresentam sintomas de depressão. *Notícias Universidade do Porto*. Recuperado de <https://noticias.up.pt/covid-19-metade-dos-portugueses-apresentam-sintomas-de-depressao/>
- Merritt, R. K., Mollinson, J. R., Price, J. R., & Geddes, J. R. (2007). A cluster randomized controlled trial to assess the effectiveness of an intervention to educate students about depression. *Psychological Medicine*, 37(3), 363-72.
- Mohr, D., Burns, M., & Schueller, M. (2013). Behavioral intervention technologies: Evidence review and recommendations for future research in mental health. *General Hospital Psychiatry*, 35(4), 332-338.
- Murphy, A., Peltekian, S., & Gardner, D. (2018). Website analytics of a Google Ads campaign for a men's mental health website: comparative analysis. *JMIR Mental Health*, 5(4), e12428.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2021, Junho 17). Uma em cada 100 mortes ocorre por suicídio, revelam estatísticas da OMS. *Paho*. Recuperado de <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2021-uma-em-cada-100-mortes-ocorre-por-suicidio-revelam-estatisticas-da-oms>. 29 de agosto de 2021
- Passos, I. C., Mwangi, B., & Kapczinski, F. (2019). *Personalized psychiatry: Big data analytics in mental health*. Cham, Suíça: Springer.
- Redação (2021, Abril 16). Pesquisa da USP aponta que Brasil lidera casos de depressão em meio a pandemia. *Fundação Padre Anchieta*. Recuperado em

https://cultura.uol.com.br/noticias/17667_pesquisa-da-usp-aponta-que-brasil-lidera-casos-de-depressao-em-meio-a-pandemia.html

- Rice, S. M., Goodall, J., Hetrick, S. E., Parker, A. G., Gilbertson, T., Amminger, G. P., Davey, C. G., McGorry, P. D., Gleeson, J., & Alvarez-Jimenez, M. (2014). Online and social networking interventions for the treatment of depression in young people: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, *16*(9), e206.
- Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *32*(4), 329-342.
- Rosa, A. G. dos S., Loureiro, L. M. de J., & Sousa, C. S. F. (2014). Reconhecimento e procura de ajuda em saúde mental: Revisão dos estudos realizados em amostras de adolescentes. In L. M. de J. Loureiro (Coord.), *Literacia em saúde mental – Capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (pp. 79-93). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Sampogna, G., Bakolis, I., Evans-Lacko, S., Robinson, E., Thornicroft, G., & Henderson, C. (2017). The impact of social marketing campaigns on reducing mental health stigma: Results from the 2009-2014 Time to Change programme. *European Psychiatry*, *40*, 116-122.
- Sane Australia. *Annual Highlights: 2019-2020*. Melbourne: Sane Support. Recuperado de https://www.sane.org/images/Annual_Reports/SANE_AnnualHighlights_2020_web.pdf

- Santos, C. M. (2017, Janeiro 18). Visão sobre depressão sofreu transformações ao longo da história. *Jornal da USP*. Recuperado de <https://jornal.usp.br/ciencias/visao-sobre-depressao-sofreu-transformacoes-ao-longo-da-historia/>
- Scheier, L. M., & Grenard, J. L. (2010). Influence of a nationwide social marketing campaign on adolescent drug use. *Journal of Health Communication*, 15(3), 240–271.
- Silva, E. C. da, Minciotti, S. A., & Gil, A. C. (2013). Resgatando o conceito de marketing social. *Administração Pública e Gestão Social*, 5(2), 63-70.
- Soares, G. B., & Caponi, S. (2011). Depression in focus: A study of the media discourse in the process of medicalization of life. *Interface - Comunicação Saúde Educação*, 15(37), 437-446.
- Solomon, A. (2014). *O demônio do meio-dia: Uma anatomia da depressão*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Song, M. J., Ward, J., Choi, F., Nikoo, M., Frank, A., Shams, F., Tabi, K., Vigo, D., & Krausz, M. (2018). A process evaluation of a web-based mental health portal (WalkAlong) using Google Analytics. *JMIR Ment Health*, 5(3), e50.
- Stewart, R., & Davis, K. (2016). ‘Big data’ in mental health research: Current status and emerging possibilities. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(8), 1055-1072.
- Strickland, V. & Chabalgoity, G. (2021, Junho 03). População de jovens de 15 a 21 anos começará a cair a partir de 2021. *Correio Braziliense*. Recuperado de <https://www.correio braziliense.com.br/economia/2021/06/4928698-populacao-de-jovens-de-15-a-21-anos-comecara-a-cair-a-partir-de-2021.html>

- Stuart, H. (2003). Stigmatisation. Leçons tirées des programmes visant sa diminution. *Santé mentale au Québec*, 28(1), 54-72.
- Tabakman, R. (2013). *A saúde na mídia: Medicina para jornalistas, jornalismo para médicos*. São Paulo: Summus Editorial.
- Teixeira, J. (2004). Comunicação em saúde: Relação técnicos de saúde – utentes. *Análise Psicológica*, 22(3), 615-620.
- Torous, J., Namiri, N., & Matcheri, K. (2019). A clinical perspective on big data in mental health: Big data analytics in mental health. In I. C. Passos, B. Mwangi, & F. Kapczinski (Eds.), *Personalized psychiatry: Big data analytics in mental health* (pp. 37-53). Cham, Suíça: Springer.
- Tucherman, I., & Clair, E. S. (2009). Os meios de comunicação e o suicídio: Uma breve genealogia da narrativa da própria morte. *Revista FAMECOS*, 16(38), 44-50.
- Ufjf. (2021, Abril 7). Índice de pacientes com sintoma de depressão ultrapassa 90% na pandemia. *Ufjf Notícias*. Recuperado de <https://www2.ufjf.br/noticias/2021/04/07/indice-de-pacientes-com-sintoma-de-depressao-ultrapassa-90-na-pandemia/>
- Walsh, D. C., Rudd, R. E., Moeykens, B. A., & Moloney, T. W. (2005). Social marketing for public health. *Health Affairs*, 12(2), 104-119.
- Wind, Y., & Cardozo, R. (1974). Industrial market segmentation. *Industrial Marketing Management*, 3, 153-166.
- World Health Organization. (2002). *Relatório mundial da saúde. Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Ministério da Saúde Direcção-Geral da Saúde. Recuperado de https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf

- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders. Global Health Estimates*. Genebra: World Health
- Xavier, C. (2006). Mídia e saúde, saúde na mídia. In A. Santos (Ed.), *Caderno mídia e saúde pública* (pp. 43-55). Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública/FUNED.
- Yadav, K., Upadhyay, S., Chandra, A., Hariprasad, R., Gupta, R., Mehrotra, R., Singh, S., & Gupta, S. (2020). Evaluation of 'India against Cancer' web portal using environmental scan and Google Analytics. *International Journal of Scientific Research in Network Security and Communication*, 8(1), 14-20.
- Zanonato, E. R., Costa, A. B., & Aosani, T. R. (2021). Precisamos falar sobre a depressão: Estigma com relação a este sofrimento psíquico na contemporaneidade. *Brazilian Journal of Development*, 7(1), 10942-10960.