

Inquérito para obter opiniões sobre a Saúde Mental em Jersey

Como enviar as suas respostas ao inquérito:

- Preencha o inquérito online em: gov.je/JSNA



- Em alternativa, pode imprimir, preencher e enviar este inquérito em papel para a seguinte morada:
*Public Health Intelligence & Commissioning
Government of Jersey, Union Street
St Helier, Jersey, JE2 3DN*

As respostas devem ser enviadas no máximo até 7 de setembro de 2025

Se tiver alguma dúvida, contacte jsna@gov.je

Introdução

O Ministro da Saúde e Assistência Social de Jersey e o Ministro das Crianças e Famílias estão a realizar uma análise das necessidades de saúde mental em Jersey para ajudar a informar diretamente e a definir a Estratégia de Saúde Mental 2026-2030.

No âmbito deste processo, estamos a contactar o público para melhor compreender:

- As atuais necessidades de saúde mental em Jersey em todos os grupos etários
- Se a oferta existente satisfaz as necessidades da população
- Quaisquer lacunas, barreiras e desigualdades importantes – em especial para grupos sub-representados e prioritários

Gostaríamos de ouvir qualquer pessoa com 13 anos ou mais que queira partilhar a sua experiência com os serviços em Jersey. Estamos particularmente interessados em compreender as necessidades das pessoas que vivem com doenças mentais e se os serviços atuais em Jersey estão a satisfazer as suas necessidades.

Se desejar responder de diferentes perspetivas (por exemplo, a partir da sua experiência pessoal na utilização dos serviços e como cuidador), terá de preencher um **inquérito separado** para cada perspetiva. Isso irá ajudar-nos a compreender cada ponto de vista de forma completa e precisa.

Se pretender dar uma resposta profissional ou organizacional, contacte diretamente a equipa em: jsna@gov.je.

Responder ao inquérito

O inquérito deve demorar cerca de 10-15 minutos a completar. Começa com algumas questões demográficas para nos ajudar a analisar as respostas dos diferentes grupos da comunidade. A secção principal do inquérito pede as suas opiniões sobre uma série de tópicos relacionados com as necessidades de saúde mental, experiências pessoais e as suas opiniões sobre os serviços de saúde mental em Jersey.

As respostas devem ser enviadas no máximo até 7 de setembro de 2025. Responda de forma tão aberta e honesta quanto possível, não há respostas certas ou erradas. Queremos apenas conhecer as suas opiniões e experiências. Compreendemos que este é um tema sensível. Pode sair do inquérito a qualquer momento. Pode partilhar o mínimo ou o máximo de informação com que se sentir confortável.

Importante: Não inclua qualquer informação de identificação pessoal nas suas respostas de texto livre.

Proteção de Dados

As suas respostas serão tratadas de forma confidencial e em conformidade com a legislação sobre proteção de dados de Jersey. Os comentários que fizer permanecerão anónimos. *Saiba mais sobre a forma como tratamos os dados pessoais para esta consulta aqui:* gov.je/PublicHealthPrivacy

Tenha em atenção: Embora as respostas sejam anónimas, se for identificado um risco grave de danos para si ou para terceiro, podemos ser obrigados a partilhar informações relevantes com profissionais da área de proteção.

Se sentir que as perguntas deste inquérito podem afetá-lo em qualquer momento, ou se sentir que precisa de apoio, pare e contacte-nos.

A ajuda está disponível

Pode visitar: gov.je/mentalhealth

Ou contacte:

- Serviço de Saúde Mental para Adultos: 01534 445270
- Serviço de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (CAMHS): 01534 445030

1. Antes de começarmos, confirme que deseja participar neste inquérito.

Ao continuar, confirma que:

- Tem 13 anos ou mais.
- Compreende que as suas respostas permanecerão anónimas.
- Está ciente de que os seus comentários ajudarão a definir a Estratégia de Saúde Mental de Jersey para 2026-2030.
- Compreende que pode ignorar qualquer pergunta ou interromper o inquérito em qualquer altura.
- Reconhece que, se partilhar informações que sugiram um risco grave de danos para si ou para terceiros, poderemos ter de transmitir essas informações a um profissional da área de proteção.



Concorda em participar neste inquérito? *(Assinale apenas uma opção)*

- Sim, concordo em participar
- Não, não quero participar → **fim do inquérito (página 18)**

2. Autoriza-nos a incluir citações anónimas da sua resposta em relatórios publicados relevantes? *Nem todas as respostas serão citadas e os comentários utilizados não o(a) identificarão. (Assinale apenas uma opção)*

- Sim
- Não

Para mais informações sobre a forma como tratamos os dados pessoais para esta consulta, visite: gov.je/PublicHealthPrivacy

3. Qual das seguintes opções melhor descreve a(s) perspetiva(s) que gostaria de partilhar neste inquérito? *(Pode assinalar mais do que uma. Em caso afirmativo, preencha todas as secções relevantes, tal como indicado abaixo.)*

- as suas experiências pessoais em matéria de saúde mental em Jersey → **preencha a Secção 1 (páginas 3 a 9)**
- as experiências de alguém que conhece ou de quem cuida em Jersey → **preencha a Secção 2 (páginas 10 a 16)**
- experiências ou perceções gerais em matéria de saúde mental em Jersey → **preencha a Secção 3 (páginas 17 a 18)**
- a sua perspetiva enquanto profissional ou representante de uma organização → **Em vez de preencher este inquérito, contacte: jsna@gov.je**

SECÇÃO 1: *Responda às seguintes perguntas (nas páginas 3 a 9) se quiser partilhar as suas experiências pessoais de saúde mental em Jersey. Em caso negativo, avance para a secção 2 (página 10)*

Sobre si - Fazemos três perguntas para nos ajudar a analisar os resultados do inquérito.

4. Qual é o seu sexo? *(Assinale apenas uma opção)*

- Feminino
- Masculino
- Prefiro não responder

5. O seu género é o mesmo que o sexo com que foi registado(a) à nascença? *(Assinale apenas uma opção)*

- Sim
- Não
- Prefiro não responder

**6. Qual é o seu grupo etário?** *(Assinale apenas uma opção)*

- Menos de 13 anos* → fim do inquérito (página 18) 35 a 44
- 13 a 15 45 a 54
- 16 a 17 55 a 64
- 18 a 19 65 a 74
- 20 a 24 75 a 84
- 25 a 34 85 e mais
- Prefiro não responder

* *tem de ter 13 anos ou mais para participar neste inquérito*

7. Qual é a sua origem cultural e étnica? *(Selecione uma opção que melhor descreva o seu grupo étnico ou origem)*Caucasiana

- Jersey
- Britânica
- Irlandesa
- Francesa
- Polaca
- Portuguesa ou Madeirense
- Romena
- Sul-Africana
- Outra Caucasiana, *especificar* _____

Asiática, Asiática Britânica ou Asiática-Jersey

- Indiana
- Tailandesa
- Outra Asiática, *especificar* _____

Negra, Afro-Britânica, Afro-Jersey

- Caribenha
- Africana
- Outra Negra, *especificar* _____

Mestiça

- Asiática e Negra
- Negra e Caucasiana
- Caucasiana e Asiática
- Outra Mestiça, *especificar* _____

Para o(a) ajudar a compreender as próximas perguntas, são fornecidas as seguintes definições:

Doença de longa duração (crónica): *Um problema de saúde que dura ou se prevê que dure 12 meses ou mais, como: doença cardíaca, artrite ou diabetes.*

Diagnóstico: *Um profissional médico qualificado identificou uma doença com base nos seus sintomas, historial médico ou resultados de testes de diagnóstico.*



8. Tem algum problema de saúde diagnosticado de longa duração (crónico)?

(Assinale apenas uma opção)

- Sim
- Não → **avance para a pergunta 10**
- Prefiro não responder → **avance para a pergunta 10**

9. Se se sentir à vontade para o fazer, indique o(s) problema(s) de saúde crónico(s) de longa duração que lhe foi/foram diagnosticado(s). *(Opcional)*

Não inclua quaisquer informações de identificação pessoal

10. Foi-lhe diagnosticado um problema de saúde mental? *(Assinale apenas uma opção)*

- Sim
- Não → **avance para a pergunta 12**
- Prefiro não responder → **avance para a pergunta 12**
- Penso que tenho um problema de saúde mental, mas não tive um diagnóstico formal → **avance para a pergunta 12**

11. Alguma vez recebeu um diagnóstico de algum dos seguintes problemas de saúde mental? *(Assinale um opção em cada linha)*

	Sim – diagnosticado nos últimos 12 meses	Sim - diagnosticado há mais de 12 meses	Nunca
Depressão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansiedade (ex. Perturbação de Ansiedade Generalizada, Síndrome do Pânico)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transtorno de personalidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transtorno de humor (ex. bipolar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esquizofrenia ou Psicose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Distúrbios alimentares (ex. Bulimia, Anorexia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outro, <i>especificar</i> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



12. Automutilação: *é qualquer comportamento em que alguém se magoa (envenena ou fere) propositadamente por qualquer motivo.*

Nos últimos 12 meses... *(Assinale uma opção em cada linha)*

	Sim	Não	Prefiro não responder
Pensou em magoar-se de alguma forma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magou-se deliberadamente de alguma forma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Alguma vez teve uma crise de saúde mental em Jersey? *(Assinale apenas uma opção)*

Uma crise de saúde mental é uma situação em que alguém se sente num ponto de rutura e necessita de ajuda urgente. Isto pode implicar um sofrimento emocional extremo, ataques de pânico, pensamentos suicidas, automutilação ou outros comportamentos que representem um risco grave para a sua segurança ou bem-estar.

- Sim
- Não → **avance para a pergunta 15**
- Prefiro não responder → **avance para a pergunta 15**

14. Mencionou que teve uma crise de saúde mental em Jersey. Se achar que consegue, forneça informações sobre qualquer apoio que tenha recebido ou não recebido neste momento. *(Opcional)*

Não inclua quaisquer informações de identificação pessoal

15. Tem filhos? *(Assinale todas as opções aplicáveis)*

- Não, não tenho filhos → **avance para a pergunta 17**
- Sim, um ou mais filhos com idade(s) compreendida(s) entre os 0 e os 3 anos
- Sim, um ou mais filhos com idades compreendidas entre os 4 e os 17 anos
- Sim, um ou mais filhos com mais de 18 anos → **avance para a pergunta 17**
- Prefiro não responder → **avance para a pergunta 17**

**16. O(s) seu(s) filho(s) frequenta(m) um estabelecimento de cuidados infantis ou de educação convencional?**

(Assinale todas as opções aplicáveis)

Os cuidados infantis/educação convencional refere(m)-se à escolaridade normal em contextos de ensino geral, como escolas primárias ou secundárias locais.

- Sim, frequentam um estabelecimento de cuidados infantis/educação convencional
- Não, frequentam um estabelecimento de cuidados infantis/educação alternativo
- Não, são educados em casa
- Não, não frequentam um estabelecimento de cuidados infantis/educação
- Prefiro não responder

17. É atualmente um cuidador não remunerado? *(Assinale apenas uma opção)*

Um cuidador não remunerado é qualquer pessoa que cuida, sem remuneração, de um membro da família, parceiro ou amigo que, devido a doença, fragilidade, deficiência, problema de saúde mental ou dependência, não consegue lidar com a situação sem o seu apoio.

- Sim
- Não
- Prefiro não responder

18. Perdeu alguém próximo nos últimos 12 meses? *(Assinale apenas uma opção)*

- Sim
- Não
- Prefiro não responder

A Sua Saúde Mental

Esta secção pergunta sobre as suas experiências com a saúde mental e qualquer apoio que tenha recebido nos últimos 12 meses. Estamos interessados em saber o que o(a) ajudou, quais os desafios que enfrentou e até que ponto as suas necessidades de saúde mental estão atualmente a ser satisfeitas em Jersey. O seu feedback ajudará a identificar o que funciona e onde poderão ser necessárias melhorias.

19. Nos últimos 12 meses, o que é que, se alguma coisa, fez uma diferença positiva na sua saúde mental? *(Isto pode incluir pessoas, locais, serviços ou atividades com os quais se envolveu)*

Não inclua quaisquer informações de identificação pessoal



20. Em que medida considera que as suas necessidades de saúde mental estão atualmente a ser satisfeitas em Jersey? *(Assinale apenas uma opção)*

- Muito bem satisfeitas
- Bastante bem satisfeitas
- De certa forma satisfeitas
- Não muito bem satisfeitas
- Nada satisfeitas

21. Explique o raciocínio por trás da sua resposta à pergunta acima. *(Opcional)*

Não inclua quaisquer informações de identificação pessoal

22. Nos últimos 12 meses, recebeu apoio para a sua saúde mental em Jersey?

(Assinale todas as opções aplicáveis)

- Sim – Recebi apoio de serviços governamentais (ex. Saúde Mental de Adultos ou CAMHS)
- Sim – Recebi apoio de um prestador privado
- Sim – Recebi apoio fora da ilha → **avance para a Secção 2 (página 10)**
- Sim – Recebi apoio de instituições de caridade, da comunidade ou de redes de apoio entre pares (ex. Mind Jersey)
- Sim - Recebi apoio informal (ex. amigos, família, online)
- Não – Optei ativamente por não procurar ajuda → **avance para a Secção 2 (página 10)**
- Não – Tentei procurar apoio, mas não consegui → **avance para a pergunta 28**
- Não sei → **avance para a Secção 2 (página 10)**
- Prefiro não responder → **avance para a Secção 2 (página 10)**
- Outro *(especificar):*

Não inclua quaisquer informações de identificação pessoal

23. Tendo recebido apoio no domínio da saúde mental em Jersey, pode falar-nos da sua experiência com estes serviços.

Seja específico em relação ao(s) serviço(s). O que funcionou bem com o(s) serviço(s)? O que pode ser melhorado? (Opcional)

Não inclua quaisquer informações de identificação pessoal

24. Se teve de esperar para aceder a serviços/tratamento, foi-lhe oferecido ou encaminhado para qualquer outro apoio enquanto esperava? *(Assinale apenas uma opção)*

- Sim
- Não → **avance para a pergunta 26**
- Prefiro não responder → **avance para a pergunta 27**



25. Em caso afirmativo, diga-nos que apoio lhe foi oferecido enquanto esperava.

Não inclua quaisquer informações de identificação pessoal

26. Em caso negativo, existe algum apoio que gostaria que lhe tivesse sido oferecido enquanto esperava?

Não inclua quaisquer informações de identificação pessoal

27. Enquanto recebia apoio dos serviços, sentiu que...

(Assinale um opção em cada linha)

	Sim	Não	Não sei	Prefiro não responder
...foi ouvido(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... foi envolvido(a) no seu plano de cuidados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...foram-lhe fornecidos pormenores sobre a forma como os seus cuidados serão geridos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...foi nomeado um coordenador de cuidados/profissional responsável pelo seu caso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...encaminhado(a) para outros serviços de apoio disponíveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...informado(a) sobre como gerir os riscos e os estímulos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... recebeu conselhos sobre os cuidados a ter com a sua saúde física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. Se disse que «tentou procurar apoio, mas não conseguiu». Diga-nos mais sobre a razão pela qual não conseguiu receber apoio. *(Opcional)*

Não inclua quaisquer informações de identificação pessoal



SECÇÃO 2: Responda às seguintes perguntas (nas páginas 10 a 16) se quiser partilhar as experiências de alguém que conhece ou de quem cuida em Jersey. Caso contrário, avance para a Secção 3 (página 17).

Sobre terceiros - Fazemos três perguntas para nos ajudar a analisar os resultados do inquérito.

29. Qual é o sexo da pessoa que conhece ou de quem cuida? *(Assinale apenas uma opção)*

- Feminino
- Masculino
- Prefiro não responder

30. O seu sexo é o mesmo que o sexo que foi registado à nascença? *(Assinale apenas uma opção)*

- Sim
- Não
- Não sei
- Prefiro não responder

31. Em que grupo etário se encontra a pessoa que conhece ou de quem cuida? *(Assinale apenas uma opção)*

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Menos de 13 anos | <input type="radio"/> 35 a 44 |
| <input type="radio"/> 13 a 15 | <input type="radio"/> 45 a 54 |
| <input type="radio"/> 16 a 17 | <input type="radio"/> 55 a 64 |
| <input type="radio"/> 18 a 19 | <input type="radio"/> 65 a 74 |
| <input type="radio"/> 20 a 24 | <input type="radio"/> 75 a 84 |
| <input type="radio"/> 25 a 34 | <input type="radio"/> 85 e mais |
| | <input type="radio"/> Prefiro não responder |

**32. Qual é a origem cultural e étnica da pessoa que conhece ou de quem cuida?**

(Selecione uma opção que melhor descreva a origem ou grupo étnico dessa pessoa)

Caucasiana

- Jersey
- Britânica
- Irlandesa
- Francesa
- Polaca
- Portuguesa ou Madeirense
- Romena
- Sul-Africana
- Outra Caucasiana, *especificar* _____

Asiática, Asiática Britânica ou Asiática-Jersey

- Indiana
- Tailandesa
- Outra Asiática, *especificar* _____

Negra, Afro-Britânica, Afro-Jersey

- Caribenha
- Africana
- Outra Negra, *especificar* _____

Mestiça

- Asiática e Negra
- Negra e Caucasiana
- Caucasiana e Asiática
- Outra Mestiça, *especificar* _____

Para o(a) ajudar a compreender as próximas perguntas, são fornecidas as seguintes definições:

Doença de longa duração (crónica): Um problema de saúde que dura ou se prevê que dure 12 meses ou mais, como: doença cardíaca, artrite ou diabetes.

Diagnóstico médico: Um profissional médico qualificado identificou uma doença com base nos seus sintomas, historial médico ou resultados de testes de diagnóstico.

33. A pessoa que conhece ou de quem cuida tem algum problema de saúde de longa duração (crónico)? *(Assinale apenas uma opção)*

- Sim
- Não → **avance para a pergunta 35**
- Não sei → **avance para a pergunta 35**
- Prefiro não responder → **avance para a pergunta 35**

34. Se se sentir à vontade para o fazer, indique o(s) problema(s) de saúde crónico(s) de longa duração que lhe foi/foram diagnosticado(s). *(Opcional)*

Não inclua quaisquer informações de identificação pessoal

35. A pessoa que conhece ou de quem cuida tem um problema de saúde mental diagnosticado? *(Assinale apenas uma opção)*

- Sim
- Não → **avance para a pergunta 37**
- Prefiro não responder → **avance para a pergunta 37**
- Pensa que tem um problema de saúde mental, mas não teve um diagnóstico formal → **avance para a pergunta 37**

36. A pessoa que conhece ou de quem cuida já recebeu um diagnóstico para algum dos seguintes problemas de saúde mental? *(Assinale um opção em cada linha)*

	Sim – diagnosticado nos últimos 12 meses	Sim - diagnosticado há mais de 12 meses	Nunca	Não tenho a certeza
Depressão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansiedade (ex. Perturbação de Ansiedade Generalizada, Síndrome do Pânico)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transtorno de personalidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transtorno de humor (ex. bipolar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esquizofrenia ou Psicose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Distúrbios alimentares (ex. Bulimia, Anorexia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37. Automutilação: *é qualquer comportamento em que alguém se magoa (envenena ou fere) propositadamente por qualquer motivo.*

Nos últimos 12 meses, a pessoa que conhece ou de quem cuida... *(Assinale uma opção em cada linha)*

	Sim	Não	Prefiro não responder	Não sei
Pensou em magoar-se de alguma forma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magoou-se deliberadamente de alguma forma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



38. A pessoa que conhece ou de quem cuida já teve uma crise de saúde mental em Jersey? *(Assinale apenas uma opção)*

Uma crise de saúde mental é uma situação em que alguém se sente num ponto de rutura e necessita de ajuda urgente. Isto pode implicar um sofrimento emocional extremo, ataques de pânico, pensamentos suicidas, automutilação ou outros comportamentos que representem um risco grave para a sua segurança ou bem-estar.

- Sim
- Não → **avance para a pergunta 40**
- Prefiro não responder → **avance para a pergunta 40**
- Não sei → **avance para a pergunta 40**

39. Mencionou que a pessoa que conhece ou de quem cuida teve uma crise de saúde mental em Jersey. Se achar que consegue, forneça informações sobre qualquer apoio que essa pessoa tenha recebido ou não recebido neste momento.

Não inclua quaisquer informações de identificação pessoal

40. A pessoa que conhece ou de quem cuida tem filhos? *(Assinale todas as opções aplicáveis)*

- Não, não tem filhos → **avance para a pergunta 42**
- Sim, tem um ou mais filhos com idades compreendidas entre os 0 e os 3 anos
- Sim, tem um ou mais filhos com idades compreendidas entre os 4 e os 17 anos
- Sim, tem um ou mais filhos com mais de 18 anos → **avance para a pergunta 42**
- Prefiro não responder → **avance para a pergunta 42**
- Não sei → **avance para a pergunta 42**

41. O(s) seu(s) filho(s) frequenta(m) um estabelecimento de cuidados infantis ou de educação convencional?
(Assinale todas as opções aplicáveis)

Os cuidados infantis/educação convencional refere(m)-se à escolaridade normal em contextos de ensino geral, como escolas primárias ou secundárias locais.

- Sim, frequentam um estabelecimento de cuidados infantis/educação convencional
- Não, frequentam um estabelecimento de cuidados infantis/educação alternativo
- Não, são educados em casa
- Não, não frequentam um estabelecimento de cuidados infantis/educação
- Prefiro não responder
- Não sei



42. A pessoa que conhece ou de quem cuida é um cuidador não remunerado? *(Assinale apenas uma opção)*

Um cuidador não remunerado é qualquer pessoa que cuida, sem remuneração, de um membro da família, parceiro ou amigo que, devido a doença, fragilidade, deficiência, problema de saúde mental ou dependência, não consegue lidar com a situação sem o seu apoio.

- Sim
- Não
- Prefiro não responder
- Não sei

43. A pessoa que conhece ou de quem cuida perdeu alguém próximo nos últimos 12 meses? *(Assinale apenas uma opção)*

- Sim
- Não
- Prefiro não responder
- Não sei

A Saúde Mental de Terceiros

Esta secção pergunta sobre as experiências com a saúde mental da pessoa de quem cuida, e qualquer apoio que essa pessoa tenha recebido nos últimos 12 meses. Estamos interessados em saber o que o(a) ajudou, quais os desafios que enfrentou e até que ponto as suas necessidades de saúde mental estão atualmente a ser satisfeitas em Jersey. O seu feedback ajudará a identificar o que funciona e onde poderão ser necessárias melhorias.

44. Nos últimos 12 meses, o que é que, se alguma coisa, fez uma diferença positiva na saúde mental da pessoa que conhece ou de quem cuida?

Isto pode incluir pessoas, locais, serviços ou atividades com os quais essa pessoa se envolveu.

Não inclua quaisquer informações de identificação pessoal

45. Em que medida considera que as suas necessidades de saúde mental estão atualmente a ser satisfeitas em Jersey? *(Assinale apenas uma opção)*

- Muito bem satisfeitas
- Bastante bem satisfeitas
- De certa forma satisfeitas
- Não muito bem satisfeitas
- Nada satisfeitas
- Não sei

**46. Explique o raciocínio por trás da sua resposta à pergunta acima. (Opcional)**

Não inclua quaisquer informações de identificação pessoal

47. Nos últimos 12 meses, alguém que conhece ou de quem cuida recebeu apoio para a sua saúde mental em Jersey? (Assinale todas as opções aplicáveis)

- Sim – receberam apoio de serviços governamentais (ex. Saúde Mental de Adultos ou CAMHS)
- Sim – receberam apoio de um prestador privado
- Sim – receberam apoio fora da ilha → **avance para a Secção 3 (página 17)**
- Sim – receberam apoio de instituições de caridade, da comunidade ou de redes de apoio entre pares (ex. Mind Jersey)
- Sim – receberam apoio informal (ex. amigos, família, online)
- Não – optaram ativamente por não procurar ajuda → **avance para a Secção 3 (página 17)**
- Não – tentaram procurar apoio, mas não conseguiram → **avance para a pergunta 53**
- Prefiro não responder → **avance para a Secção 3 (página 17)**
- Não sei → **avance para a Secção 3 (página 17)**
- Outro (*especificar*):

Não inclua quaisquer informações de identificação pessoal

48. Disse que a pessoa que conhece ou de quem cuida recebeu apoio para a saúde mental em Jersey. Pode falar-nos da sua experiência com estes serviços.

Seja específico em relação ao(s) serviço(s). O que funcionou bem com o(s) serviço(s)? O que pode ser melhorado? (Opcional)

Não inclua quaisquer informações de identificação pessoal

49. Se teve de esperar para aceder a serviços/tratamento, foi-lhe oferecido ou encaminhado para qualquer outro apoio enquanto esperava? (Assinale apenas uma opção)

- Sim
- Não → **avance para a pergunta 51**
- Não sei → **avance para a pergunta 52**
- Prefiro não responder → **avance para a pergunta 52**



50. Em caso afirmativo, diga-nos que tipo de apoio foi oferecido à pessoa que conhece ou de quem cuida enquanto esperava.

Não inclua quaisquer informações de identificação pessoal

51. Em caso negativo, existe algum apoio que gostaria que lhe tivesse sido oferecido enquanto esperava?

Não inclua quaisquer informações de identificação pessoal

52. Enquanto recebia apoio dos serviços, a pessoa que conhece ou de quem cuida sentiu que... *(Assinale uma opção em cada linha)*

	Sim	Não	Não sei	Prefiro não responder
...foi ouvido(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... foi envolvido(a) no plano de cuidados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...foram-lhe fornecidos pormenores sobre a forma como os seus cuidados serão geridos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...foi nomeado um coordenador de cuidados/profissional responsável pelo seu caso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...encaminhado(a) para outros serviços de apoio disponíveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...informado(a) sobre como gerir os riscos e os estímulos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... recebeu conselhos sobre os cuidados a ter com a sua saúde física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

53. Disse que a pessoa que conhece ou de quem cuida «tentou procurar apoio, mas não conseguiu». Diga-nos mais sobre a razão pela qual não conseguiu receber apoio. *(Opcional)*

Não inclua quaisquer informações de identificação pessoal



SECÇÃO 3: Responda às seguintes perguntas (nas páginas 17 e 18) se quiser partilhar as suas experiências ou perceções gerais sobre a Saúde Mental em Jersey. Em caso negativo, avance para o fim do inquérito (página 18).

Visões gerais

54. De um modo geral, quais considera serem os principais obstáculos ao acesso ao apoio à saúde mental em Jersey? (Assinale todas as opções aplicáveis)

- Não sabe que tipo de apoio está disponível
- Tempos de espera longos
- Não preenche os critérios para os serviços de saúde mental
- Não pode pagar apoio privado
- Medo de ser julgado ou estigmatizado
- Preocupações com a confidencialidade/privacidade
- Experiências negativas anteriores
- Serviços demasiado focados na crise e não na ajuda precoce
- Os serviços são de difícil acesso (localização/transporte/acessibilidade)
- Não creio que existam grandes barreiras
- Prefiro não responder
- Não sei
- Outro (*especificar*):

Não inclua quaisquer informações de identificação pessoal

55. Por favor, explique as suas respostas à pergunta acima, ou partilhe quaisquer outras ideias que tenha sobre o acesso ao apoio à saúde mental em Jersey:

Não inclua quaisquer informações de identificação pessoal

56. Como, se for o caso, acha que o apoio à saúde mental em Jersey poderia ser melhorado para responder melhor às necessidades dos habitantes da ilha? (Opcional)

Não inclua quaisquer informações de identificação pessoal

57. Quando pensa nos serviços de saúde mental em Jersey, que tipos de apoio ou serviços, se aplicável, acha que estão atualmente em falta? *(Opcional)*

Não inclua quaisquer informações de identificação pessoal

58. Há mais alguma coisa que gostaria de partilhar sobre o apoio à saúde mental em Jersey? *(Opcional)*

Não inclua quaisquer informações de identificação pessoal

Fim do inquérito

Obrigado por responder a este inquérito!

- Não se esqueça de enviar o seu inquérito preenchido para a seguinte morada até 7 de Setembro de 2025:

*Public Health Intelligence & Commissioning
Government of Jersey, Union Street
St Helier, Jersey, JE2 3DN*

Se tiver alguma dúvida, contacte jsna@gov.je

Se alguma das perguntas deste inquérito o afetar ou se sentir que precisa de apoio, contacte-nos.

A ajuda está disponível

Pode visitar: gov.je/mentalhealth

Ou contacte:

- Serviço de Saúde Mental para Adultos: 01534 445270
- Serviço de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (CAMHS): 01534 445030