



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*PROCURA DE AJUDA PROFISSIONAL, RELAÇÃO
COM OS NÍVEIS DE LITERACIA EM SAÚDE
MENTAL E SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA
EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Joana Maria das Neves Almeida Teixeira

Porto, Julho de 2015



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*PROCURA DE AJUDA PROFISSIONAL, RELAÇÃO
COM OS NÍVEIS DE LITERACIA EM SAÚDE
MENTAL E SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA
EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Joana Maria das Neves Almeida Teixeira

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Luísa Campos

Porto, Julho de 2015

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Luísa Campos, pela sua exigência e profissionalismo ao longo deste processo de orientação. Disponibilidade, organização, compreensão, e apoio foram as palavras de ordem. Por isso, OBRIGADA!

Ao Professor Doutor Pedro Dias, pela sua disponibilidade e contributo. Por se ter constituído uma verdadeira âncora nesta fase académica da minha vida.

A todos os restantes professores da FEP-UCP, pela qualidade de ensino, pela proximidade ao aluno que é tão singular da nossa casa, e por terem contribuído para o enriquecimento do meu percurso académico, mediando todas as minhas aprendizagens.

À minha mãe, por me ter tornado na mulher que sou hoje. Ainda que agora a nossa ligação seja apenas sob uma forma espiritual, acredito que ainda assim acompanha e guia todos os meus sucessos e vitórias. Por ti, nunca desistirei de nada!

Ao meu pai, por ser um verdadeiro pai babado e orgulhar-se tanto de mim. Obrigada por acreditares e teres permitido que tudo isto fosse possível!

Ao meu irmão, não tenho palavras suficientes para agradecer! Só espero dar-te em dobro o que até hoje me deste a mim, sem nada me pedir em troca.

A toda a minha família, em especial aos meus avós, que felizmente (e como tanto desejavam) ainda podem presenciar este momento igualmente importante para ambas as partes.

Ao Marcelo, pelo amor, companheirismo e dedicação absoluta. Por seres a zona de conforto da minha vida e por me fazeres sentir parte totalmente integrante da tua.

À minha SA e à minha Sis, por serem irmãs e melhores amigas, por estarem sempre do meu lado e me fazerem acreditar que amizades como as nossas são para a vida.

À Teresinha e à Catinha, as minhas verdadeiras companheiras de cinco anos, pelo companheirismo, pela partilha de bons e maus momentos, pelos sorrisos, pela genuinidade e espontaneidade que caracteriza a nossa amizade.

À minha afilhada académica, Mafalda Santos, pela amizade que construímos ao longo destes curtos anos. Por estares sempre presente e disponível e, acima de tudo, por seres um orgulho para mim. Não te quero perder!

A todos os meus amigos, sem exceção, pela ajuda que me disponibilizaram e por permitirem que este sonho fosse concretizável.

RESUMO

A comunidade científica tem sugerido que ao promover a literacia em saúde mental, poder-se-á contribuir para o aumento da procura de ajuda profissional atempada, perante a presença de problemas de saúde mental (Jorm, 2012; Kelly et al., 2011; Kelly, Jorm & Wright, 2007).

Deste modo, o presente estudo teve como objetivo geral compreender o papel da procura de ajuda profissional em relação aos níveis de literacia em saúde mental e de sintomatologia psicopatológica, em estudantes universitários. A amostra foi constituída por 228 participantes do 1º ciclo do ensino superior. Para avaliação dos níveis de literacia em saúde mental utilizou-se o LSMq - Questionário de Literacia em Saúde Mental para adultos (Campos, Dias, Duarte, Palha & Veiga, 2014) e para avaliar os níveis de sintomatologia psicopatológica recorreu-se ao BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 2007).

Dos resultados obtidos salienta-se que o reconhecimento dos problemas de saúde mental e do mal-estar psicológico associado são elementos essenciais para que a procura de ajuda profissional ocorra.

Palavras-chave: literacia em saúde mental; sintomatologia psicopatológica; procura de ajuda profissional; estudantes universitários.

ABSTRACT

The scientific community suggest that by promoting the literacy in mental health, there will be a contribution to timely raise professional help seeking before the presence of mental health problems (Jorm, 2012; Kelly et al., 2011; Kelly, Jorm & Wright, 2007).

Thus, the present study has as its general objective comprehend the role of professional help seeking in relation to the literacy in mental health and psychopathology symptomatology, in university students. The sample was constructed by 228 participants of the 1st cycle of higher education. For the evaluation of the literacy levels in mental health for adults, the Mental Health Literacy for adults - LSMq (Campos, Dias, Duarte, Palha & Veiga, 2014) was used, as well as the Brief Symptom Inventory – BSI (Canavarro, 2007), for the evaluation of psychological symptomatology levels.

From the obtained results, it is stressed that the recognition of mental health problems and associated psychological discomfort are essential elements for professional help seeking to occur.

Key-words: mental health literacy; psychopathology symptomatology; professional help seeking; university students.

Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo.....	ii
Abstract	iii
Índice de Anexos.....	v
Lista de Siglas e Abreviaturas	vi
1. Enquadramento Teórico	1
2. Método	8
2.1. Amostra	9
2.2. Instrumentos	10
2.3. Procedimentos de Recolha de Dados	12
2.4. Procedimentos de Análise de Dados	12
3. Resultados	13
4. Discussão.....	21
5. Conclusão	25
Referências Bibliográficas	27
Anexos.....	33

Índice de Anexos

Anexo 1. Características Sociodemográficas dos participantes

Anexo 2. Autorização para a utilização do instrumento LSMq – Questionário de Literacia em Saúde Mental, versão para adultos (Campos et al., 2014)

Anexo 3. Autorização para a utilização do instrumento BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 2007)

Anexo 4. Diferenças de Género relativamente à Literacia em Saúde Mental (dimensões e *score* global)

Anexo 5. Associação entre o Género e a Procura de Ajuda Profissional

Anexo 6. Associação entre o Género e o Contacto Prévio com Problemas de Saúde Mental

Anexo 7. Associação entre o Contacto Prévio com Problemas de Saúde Mental e a Procura de Ajuda Profissional

Anexo 8. Associações entre a Literacia em Saúde Mental (dimensões e *score* global) e a Sintomatologia Psicopatológica (dimensões e índices gerais) na amostra global

Anexo 9. Diferenças na Procura de Ajuda Profissional relativamente à Literacia em Saúde Mental (dimensões e *score* global)

Anexo 10. Diferenças entre os níveis de Perturbação Emocional e a Literacia em Saúde Mental (dimensões e *score* total)

Anexo 11. Associações entre Literacia em Saúde Mental (dimensões e *score* total) e a Sintomatologia Psicopatológica (dimensões e índices gerais) com o Grupo sem Procura de Ajuda Profissional e com Reduzida Probabilidade de Perturbação Emocional

Anexo 12. Associações entre Literacia em Saúde Mental (dimensões e *score* total) e a Sintomatologia Psicopatológica (dimensões e índices gerais) com o Grupo com Procura de Ajuda Profissional e com Reduzida Probabilidade de Perturbação Emocional

Anexo 13. Associações entre Literacia em Saúde Mental (dimensões e *score* total) e a Sintomatologia Psicopatológica (dimensões e índices gerais) com o Grupo sem Procura de Ajuda Profissional e com Elevada Probabilidade de Perturbação Emocional

Anexo 14. Associações entre Literacia em Saúde Mental (dimensões e *score* total) e a Sintomatologia Psicopatológica (dimensões e índices gerais) com o Grupo com Procura de Ajuda Profissional e com Elevada Probabilidade de Perturbação Emocional

Lista de Siglas e Abreviaturas

BSI	Inventário de Sintomas Psicopatológicos
DGS	Direção Geral de Saúde
DGES	Direção Geral do Ensino Superior
IGS	Índice Geral de Sintomas
ISP	Índice de Sintomas Positivos
LSM	Literacia em Saúde Mental
LSMq	Questionário de Literacia em Saúde Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAP	Procura de Ajuda Profissional
PSM	Problema de Saúde Mental
SM	Saúde Mental
SP	Sintomatologia Psicopatológica
TSP	Total de Sintomas Positivos

1. Enquadramento Teórico

Hoje em dia é comumente aceite que a maioria dos problemas, físicos e mentais, são influenciados por uma combinação de fatores biológicos, sociais e psicológicos, podendo afetar indivíduos de todas as idades e em todos os países, causando sofrimento nas famílias, bem como nos próprios (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2001).

Recentes estudos epidemiológicos sobre os problemas de saúde mental (PSM) sugerem que estes se tornaram uma das principais causas de incapacidade para a atividade produtiva dos indivíduos sugerindo, igualmente, uma maior morbidade e morte prematura em todo o mundo (Direção Geral de Saúde (DGS), 2013). Neste sentido, prevê-se que cerca de 450 milhões de pessoas, a nível mundial, experienciem PSM, tais como: perturbações do humor (com maior incidência na depressão), psicoses, demências, perturbações de ansiedade, perturbações obsessivo-compulsivas, perturbações do sono ou, ainda, problemas psicossociais relacionados com o abuso de álcool e drogas (OMS, 2001). Estima-se que, em 2020, aproximadamente 15% da população mundial apresente um PSM. Assim, uma em cada quatro pessoas poderá vir a padecer de um PSM ao longo da vida (OMS, 2001) ou, por outro lado, ter contacto próximo com indivíduos com PSM (Jorm, 2000).

Na Europa, os PSM correspondem a 26.6% da totalidade dos problemas de saúde. A este respeito foi desenvolvido um estudo em 10 países europeus, incluindo Portugal, acerca da prevalência dos PSM. Os resultados deste estudo revelaram que a Irlanda do Norte apresenta a taxa de prevalência mais elevada (23.1%), seguindo-se Portugal com uma prevalência de 22.9% da sua amostra, constituída por 8253 indivíduos com idades iguais ou superiores a 18 anos (Almeida & Xavier, 2013). Assim sendo, em contexto nacional a prevalência mais elevada dos PSM diz respeito ao grupo das perturbações de ansiedade (16.5%), seguindo-se as perturbações do humor, com uma prevalência de 7.9%. Com valores muito inferiores encontram-se as perturbações de controlo de impulsos e as perturbações do abuso de substâncias, com 3.5% e 1.6% de prevalência, respetivamente (Almeida & Xavier, 2013).

No que concerne às diferenças de género em relação à prevalência dos PSM, na sua generalidade, o género feminino apresenta um risco acrescido de apresentar perturbações depressivas maior, enquanto o género masculino desenvolve mais frequentemente perturbações do controlo dos impulsos e do consumo de substâncias (Almeida & Xavier, 2013).

Ao nível da prevalência dos PSM nos jovens, estima-se que 50% dos indivíduos que virão a sofrer de um PSM terão o início dos seus sintomas antes dos 18 anos (Kelly et al., 2011). Neste sentido, vários estudos epidemiológicos têm evidenciado que os jovens adultos

(18-24 anos) estão particularmente em risco para o desenvolvimento de quadros psicopatológicos, sobretudo a população dos estudantes universitários, que durante o período de transição para o ensino superior são confrontados por um conjunto de vulnerabilidades que importa aqui salientar (Mowbray et al., 2006; Neves & Dalgalarrodo, 2007). Estas vulnerabilidades dizem respeito, por um lado, à necessidade de se adaptarem a diversas mudanças psicossociais enquanto se preparam para as suas carreiras profissionais, nomeadamente: o sentimento de solidão e isolamento que poderá advir da separação do meio familiar, alterações dos padrões regulares do sono e a necessidade de realizarem a gestão autónoma de questões práticas (e.g., tarefas domésticas) e financeiras (Verger et al., 2008). Por outro lado, surgem ainda os problemas académicos, ao nível das dificuldades de adaptação aos novos métodos de ensino, relacionamento interpessoal, competências de estudo, rendimento académico, a ansiedade e o *stress* em situações de avaliação (Ferraz & Almeida, 2002). Alguns estudantes universitários tendem a lidar de forma adaptativa e construtiva perante estes desafios, porém, outros parecem sentir-se sobrecarregados pelas mudanças, o que os tornam incapazes de se ajustarem adequadamente às novas situações (Uehara, Takeuchi, Kubota, Oshima, & Ishikawa, 2010), podendo desencadear-se um desequilíbrio psicológico, com repercussões ao nível da saúde mental (SM) destes indivíduos.

São vários os PSM que podem surgir durante este período de adaptação e integração no contexto académico (Kessler et al., 2005), sendo que os estudos sugerem que a sua prevalência esteja a aumentar (Tosevski, Milovancevic & Gajic, 2010; Tweng et al., 2010). A este respeito, diversos autores referem que os PSM mais frequentemente descritos no ensino superior são o abuso de substâncias, depressão comportamentos de automutilação, perturbações do comportamento alimentar e perturbações de ansiedade (Benton, Robertson, Tseng, Newton & Benton, 2003; Tosevski, Milovancevic & Gajic, 2010).

Em Portugal, tem-se verificado que a taxa de prevalência dos PSM nos jovens é considerada elevada, variando entre 15% e 20% (Loureiro et al., 2013)¹. Neste sentido, foi desenvolvido um estudo por Silveira, Norton, Brandão e Roma-Torres (2011), com o intuito de se descrever e caracterizar a população de estudantes universitários observada na consulta de Psiquiatria e Saúde Mental do Estudante Universitário, no Centro Hospitalar São João - Porto. Desta investigação fizeram parte 134 estudantes universitários (preponderantemente dos cursos de medicina, engenharia civil e enfermagem), tendo sido esta amostra

¹ Este estudo contemplou uma amostra de 4938 jovens portugueses, com idades compreendidas entre os 14 e os 24 anos, sendo o objetivo do estudo avaliar a LSM em relação à depressão, para futuramente serem desenvolvidas intervenções em contexto escolar.

maioritariamente constituída pelo género feminino (60%) e com uma média de idades de 23 anos. Neste estudo, os PSM mais documentados foram o episódio depressivo (20.9%), seguindo-se a perturbação de ansiedade generalizada (15.7%), perturbação de pânico (11.2%), perturbação obsessiva-compulsiva (5.2%) e as perturbações de adaptação (6%). Cabe aqui salientar que os PSM mais representados nesta amostra dizem respeito às perturbações de ansiedade e de humor, sendo que na literatura tem sido consistentemente documentado que os cursos ligados à saúde (sobretudo, o curso de medicina) compreendem algumas especificidades, nomeadamente o facto de acarretarem maiores níveis de *stress* devido a fatores como a pressão, competição para manter bons resultados e a sobrecarga de conteúdos académicos (Bíró, Balajti, Adány & Kósa, 2010; Robert et al., 2001). No entanto, neste estudo, surgem também destacadas as perturbações de personalidade como diagnóstico principal em 16.4% dos estudantes, e em comorbilidade com outros PSM em 35% dos casos. Entre os PSM mais graves, a esquizofrenia foi diagnosticada em 9% destes estudantes. Nesta amostra de universitários encontrou-se ainda uma frequência de 3.7% de perturbações do comportamento alimentar e 2.2% nos PSM relacionadas como o consumo de substâncias.

Considerando que os PSM podem estar associados a um considerável prejuízo no funcionamento psicossocial dos indivíduos (Patel, Flisher, Hetrick & McGorry, 2007), torna-se premente atuar no sentido de prevenir e/ou diminuir estes problemas, através de estratégias de promoção de SM, que podem atuar (in)diretamente na diminuição destas consequências ao nível do funcionamento global dos indivíduos. De acordo com Jorm (2000), os conhecimentos reduzidos acerca das questões de SM estão associados a diminuídos conhecimentos e competências de procura de ajuda. Por um lado, devido à presença do estigma relativo aos indivíduos/grupos com PSM e, por outro lado, devido às dificuldades decorrentes da falta de conhecimentos necessários para o reconhecimento de sinais e sintomas dos diversos PSM, tanto em si como nos outros.

Deste modo, cabe aqui explicitar o conceito de “*Mental Health Literacy*”, introduzido por Jorm e seus colaboradores (1997) referindo-se aos “conhecimentos e crenças acerca das perturbações mentais, que ajudam no seu reconhecimento, gestão e prevenção” (p. 182). Este conceito é, assim, constituído por seis componentes, que importam de seguida aqui descrever:

Segundo Jorm (2012) o primeiro componente deste conceito - *capacidade de reconhecer perturbações específicas ou diferentes tipos de sofrimento psicológico* - relaciona-se com o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas característicos dos PSM, que tendencialmente se associam com o adiamento da procura de ajuda profissional (PAP) por parte dos indivíduos. Ou seja, quanto mais prolongado for o processo de identificação dos

PSM, bem como o processo de PAP, mais tardiamente será possível intervir de uma forma adequada, no sentido de minimizar as consequências que advêm dos PSM. A este respeito, em Portugal, Loureiro e colaboradores (2012), desenvolveram um estudo com o objetivo de avaliar a LSM nos jovens portugueses, junto de uma amostra de 860 jovens, com uma média de idades de 18 anos. Dos resultados obtidos, salientou-se a existência de dificuldades por parte dos jovens no reconhecimento dos sintomas, nomeadamente, da depressão (apenas 32% dos participantes reconheceram os sintomas) e no conhecimento das opções de ajuda e tratamento disponíveis.

No que concerne ao segundo componente - *conhecimentos e crenças sobre os fatores de risco e as causas associadas* – este salienta que é crucial reconhecer os diferentes fatores associados aos acontecimentos de vida stressantes (e.g., pessoais, familiares e sociais), uma vez que estes poderão ter um papel de proteção face aos PSM (Jorm, 2012). Neste sentido, segundo Jorm e colaboradores (2006), a população jovem em geral apresenta baixos níveis de LSM, revelando-se incapaz de identificar corretamente os PSM, as causas subjacentes, bem como os seus fatores de risco e/ou protetores.

O terceiro componente do presente conceito - *conhecimentos e crenças sobre intervenções de autoajuda* - diz respeito aos próprios comportamentos adotados pelos indivíduos para gerir os PSM, podendo estes corresponder à prática de exercício físico, alimentação saudável e equilibrada, práticas regulares de higiene de sono, conversar acerca dos problemas com alguém próximo e/ou realizar uma atividade que proporcione prazer e satisfação pessoal. A este respeito é descrito que a população em geral, tendencialmente, possui bons níveis de conhecimentos e predisposição para recorrer a estratégias de autoajuda perante a presença de PSM (Jorm, 2012; Jorm et al., 2006).

No que respeita ao quarto componente - *conhecimentos e crenças sobre a ajuda profissional disponível* - está subjacente a necessidade do indivíduo ser capaz de ponderar os diferentes meios de acesso à ajuda profissional disponível, bem como ter conhecimentos acerca dos diferentes tipos de intervenções (Jorm, 2012), sendo descrito que os jovens portugueses apresentam poucos conhecimentos a este nível, relacionando-se com o adiamento da PAP perante PSM (Loureiro et al., 2012)

Quanto ao quinto componente - *atitudes que promovem o reconhecimento e a procura de ajuda apropriada* - importa salientar que o estigma (que se traduz pela internalização de atitudes negativas face aos PSM) pode dificultar a PAP atempada e mais ajustada, contribuindo para a manutenção e possível exacerbação dos problemas, dada a provável presença de estereótipos, preconceitos e, por vezes, até atitudes discriminativas baseadas em

crenças veiculadas pela sociedade, face a estes indivíduos ou grupos (Corrigan & Watson, 2002; Jorm, 2000).

Por último, o sexto componente deste conceito - *conhecimentos de como procurar informações acerca da SM* – relacionam-se com o facto de os amigos, familiares e a própria experiência individual se poderem constituir como as principais fontes informais de conhecimentos, por parte dos indivíduos (Jorm, 2000).

Deste modo, ainda no que respeita à LSM, a literatura evidencia diferenças ao nível do género. Na população dos estudantes universitários, os estudos revelam que o género feminino possui níveis superiores de conhecimentos acerca dos PSM, tais como na esquizofrenia e na perturbação depressiva major, sendo esta diferença significativa (Burns & Rapee, 2006; Cotton, Wright, Harris, Jorm & McGorry, 2006). Ainda a este respeito, Cotton e colaboradores (2006) conduziram um estudo na Austrália que envolveu 1207 jovens, dos 12 aos 25 anos, com o objetivo de avaliar os níveis de LSM desta população. Os resultados demonstraram que o género masculino apresentava uma dificuldade superior em reconhecer sintomas associados aos PSM, maior relutância em procurar ajuda profissional e uma maior tendência para o abuso do álcool como forma de lidar com a adversidade. No contexto português, os níveis mais elevados de LSM no género feminino estão também corroborados por Almeida (2014) junto da população adulta, maioritariamente constituída por estudantes universitários. Neste âmbito, o mesmo estudo demonstrou que o contacto prévio com PSM está associado a níveis superiores de LSM, particularmente, ao nível dos conhecimentos superiores que possuem, das menores crenças erróneas/estereótipos face aos PSM e de maiores níveis de conhecimentos acerca das estratégias de autoajuda (Almeida, 2016).

Além disso, o contacto prévio com PSM tem sido identificado como uma das abordagens mais promissoras para a redução do estigma (Corrigan & Penn, 1999), sugerindo estar associado com o aumento da LSM e tendencialmente parecer favorecer a PAP atempada. Watson, Corrigan, Larson e Sells (2007) realizaram um estudo que procurou explorar a influência do contacto com PSM na LSM dos jovens, comparativamente à psicoeducação baseada em vídeos/filmes. No estudo participaram 257 estudantes universitários distribuídos aleatoriamente em dois grupos: um grupo de contacto (visionaram um vídeo de um sujeito com diagnóstico de esquizofrenia no qual partilhava a sua experiência) e um grupo da educação (assistiram a um vídeo que descrevia alguns PSM). Os resultados foram positivos e revelaram que ambas as estratégias de contacto foram eficazes, permitindo uma redução das crenças erróneas/estereótipos associados aos PSM.

Assim, de um modo geral, as várias investigações que se dedicaram ao estudo do papel das variáveis género e contacto prévio com PSM, nos conhecimentos e atitudes face a indivíduos com PSM e às suas intenções de procura de ajuda, demonstraram a necessidade de se promover o conhecimento dos jovens no que se refere a questões de SM – especialmente no género masculino, como forma de aumentar a probabilidade de procura de ajuda atempada (Chandra & Minkovitz, 2006; Cotton et al., 2006; Martínez-Zambrano et al., 2013; Watson, Corrigan, Larson & Sells, 2007; Williams & Pow, 2007).

P. Dias (comunicação pessoal, Outubro, 2014) analisou junto de 223 estudantes os níveis LSM desta população, bem como a relação existente entre estes níveis e a sintomatologia psicopatológica (SP). Os resultados do estudo apontaram para uma ausência de correlações entre estas variáveis, levando o autor a sugerir a importância de se explorar o papel da procura da ajuda na relação entre a LSM e a SP. De acordo com Cornally e McCarthy (2011) a procura de ajuda é definida como uma ação intencional e planeada de procura com o objetivo de obter respostas conducentes à resolução de um problema que interfere com a vida do indivíduo. Os comportamentos de procura de ajuda diferenciam-se em dois tipos, designadamente: as fontes formais (e.g., profissionais) e as fontes informais (e.g., os amigos e a família). Neste sentido, os estudos revelaram que a maioria dos indivíduos com PSM não procura ajuda profissional (Eisenberg, Golberstein & Gollust, 2007; Patel et al., 2007; Wang et al., 2007), estimando-se que apenas 30% dos indivíduos com PSM procura ajuda especializada (Farrer, Leach, Griffiths, Christensen & Jorm, 2008). Em Portugal, a taxa de contacto com os cuidados de SM é ainda muito reduzida (Loureiro et al., 2012), contudo sabe-se que é o género feminino que beneficia mais frequentemente destes cuidados, estando também descrito na literatura uma possível maior prevalência de PSM neste género (Almeida & Xavier, 2013).

Atualmente tem sido dada uma ênfase especial à procura de ajuda na faixa etária dos adolescentes e dos jovens adultos, uma vez que a PAP parece ser menos provável de ocorrer entre os 16 e os 24 anos (Andrews, Issakidis & Carter, 2001; Biddle, Donovan, Sharp & Gunnell, 2007), salientando-se o facto de estes serem os grupos etários com a menor taxa de contacto com os serviços de saúde (Loureiro, 2013). Neste sentido, a literatura científica evidencia que os jovens, na sua generalidade, desvalorizam a ajuda profissional, enfatizando uma maior predisposição para a procura de ajuda informal, junto do grupo de pares, família e professores (Rosa, Loureiro & Sequeira, 2014; Cotton et al., 2006). Deste modo, torna-se fundamental sublinhar que, embora a procura de ajuda informal seja um comportamento

adequado, poderá não ser suficiente ou efetivo (Jorm et al., 1997; Jorm, 2011), uma vez que as fontes de ajuda informais poderão não estar capazes de lidarem com a adversidade, ao nível dos desafios emocionais e pessoais que muitas vezes estes problemas acarretam. Em consequência, poderá ocorrer um atraso no início de uma intervenção adequada, estando na origem de problemas comportamentais ou emocionais mais graves e podendo afetar o futuro desenvolvimento pessoal dos indivíduos (Jorm, 2011).

Em contrapartida, Loureiro e seus colaboradores (2013) verificaram no seu estudo que a maioria dos jovens reconhece a utilidade de se recorrer à PAP junto dos psicólogos (89%), médicos de família (74.6%), psiquiatras (55.1%) e enfermeiros (49.1%). Todavia, o recurso à procura de ajuda informal, tais como amigos (80.9%) ou familiares (75.1%) foram muito frequentemente classificados como sendo um recurso útil, sendo a sua taxa de procura superior a todos os profissionais, à exceção da classe profissional dos psicólogos. Os autores deste estudo acreditam que este resultado poderá indicar uma maior compreensão, por parte dos jovens, da necessidade de se obter uma intervenção especializada perante as dificuldades sentidas ao nível do seu funcionamento, relacionadas com a presença de SP.

A ausência de procura de ajuda ou o seu adiamento podem ser explicados por diversas barreiras pessoais e estruturais, tais como: (1) o estigma e as atitudes negativas associadas aos PSM e à intervenção; (2) preocupações sobre a confidencialidade e o anonimato; (3) falta de conhecimentos acerca da ajuda disponível; e (4) a falta de respostas adequadas que advêm dos pares e adultos, muitas vezes, porque estes não sabem como atuar, possibilitando a manutenção do problema (Barker, Olukoya & Aggleton, 2005; Yap & Jorm, 2011). Desta forma, os obstáculos anteriormente referidos parecem estar associados a níveis mais elevados de SP em paralelo com baixos níveis de LSM podendo conduzir “a uma falta de competência nos pedidos de ajuda ou, por outro lado, refletir-se no adiamento da mesma” (Loureiro et al, 2012). Deste modo, Wright, Jorm, Harris e McGorry (2007) enfatizam que o reconhecimento dos PSM, bem como do mal-estar psicológico que se encontra indubitavelmente relacionado, são os preditores mais frequentemente associados com a procura de ajuda por parte dos jovens, sendo este um dado bastante significativo, devido à necessidade de se atender às consequências graves que o atraso na procura de ajuda poderá implicar ao nível da SM.

Do exposto depreende-se que baixos níveis de LSM nos estudantes universitários poderão não só impedir ou dificultar o reconhecimento precoce dos PSM, bem como influenciar o comportamento de procura de ajuda (Loureiro et al., 2012) podendo, assim,

favorecer a manutenção e/ou a exacerbação dos PSM e resultar num agravamento da SP. Assim sendo, o reconhecimento do mal-estar psicológico, a promoção da LSM (ao nível da diminuição de crenças erradas/estereótipos e do aumento de conhecimentos acerca dos PSM, de estratégias de autoajuda e de primeira ajuda), bem como a aquisição de maiores competências de comportamentos de procura de ajuda eficazes e precoces, devem ser compreendidos enquanto formas de capacitar os indivíduos a autonomamente promoverem e manterem a sua própria SM (Kelly, Jorm & Wright, 2007).

Atendendo à revisão da literatura, o presente estudo tem como objetivo geral compreender o papel da PAP, no passado ou atualmente, na relação com os níveis de LSM e SP, em estudantes do ensino superior.

2. Método

O presente estudo segue um tipo de investigação correlacional, tendo este como pressuposto a relação entre variáveis, apreciando-se as relações entre si, bem como diferenciando-se grupos no sentido de, assim, serem geradas hipóteses que expliquem o comportamento (Almeida & Freire, 2008). Atendendo ao paradigma que orienta as presentes opções metodológicas da investigação apresentam-se, em seguida, os objetivos específicos e as questões de investigação formuladas para os mesmos.

Para o presente estudo foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- 1) Compreender o impacto do género e do contacto prévio com problemas de saúde mental, nos níveis de sintomatologia psicopatológica e de literacia em saúde mental, bem como na procura de ajuda profissional, num grupo de estudantes universitários;
- 2) Compreender a relação entre a sintomatologia psicopatológica, a literacia em saúde mental e a procura de ajuda profissional num grupo de estudantes universitários.

Tendo em conta os objetivos específicos supramencionados, foram formuladas as seguintes questões de investigação:

- 1) Existem diferenças ao nível da sintomatologia psicopatológica, literacia em saúde mental e procura de ajuda profissional, em função do género e do contacto prévio com problemas de saúde mental?
- 2) Como se associam a sintomatologia psicopatológica, a literacia em saúde mental e a procura de ajuda profissional?

2.1. Amostra

A seleção da amostra teve como critério de inclusão a frequência de estudos no ensino superior - 1.º ciclo - sendo constituída por 228 estudantes universitários com uma média de idades de 21 anos (DP= 3.40), sendo 66.7% (n= 152) pertencentes ao género feminino. Quase a totalidade dos estudantes universitários são solteiros (n= 224; 98.7%) e de nacionalidade portuguesa (n= 220; 97.8%). No que concerne à naturalidade dos participantes, esta distribui-se da seguinte forma pelos distritos de Portugal: Porto (n= 156; 69.1%); Aveiro (n= 19; 8.2%); Braga (n= 12; 5.2%); Bragança (n= 10; 4.4%); Coimbra (n= 8; 3.6%); Vila Real (n= 7; 2.9%); Viseu (n= 4; 1.7%); Viana do Castelo (n= 3; 1.3%); Leiria (n= 2; 0.9%); e, por fim, Lisboa, Faro, Guarda e Região Autónoma da Madeira (n= 1; 0.4%); sendo de se ressaltar que 61.3% dos participantes (n= 138) vivem com o agregado familiar ao longo do ano letivo.

Relativamente aos cursos que frequentam, e de acordo com a organização das diversas áreas de estudos apresentada pela Direção Geral do Ensino Superior (DGES), a amostra distribui-se da seguinte forma: Direito, Ciências Sociais e Serviços (n=70; 30.8%); Saúde (n=62; 27.2%); Economia, Gestão e Contabilidade (n=42; 18.5%); Tecnologia (n=38; 16.7%); Arquitetura, Artes Plásticas e *Design* (n=7; 3.0%); Humanidades, Secretariado e Tradução (n=5; 2.1%); Educação e Formação de Professores (n=2; 0.9%); e, por fim, a área de Ciências (n=1; 0.4%).

Salienta-se que 65.6% (n= 147) da amostra frequenta o ensino público; 21.1% (n= 48) estuda no 1.º ano; 41.9% (n= 95) frequenta o 2.º ano; 31.3% (n= 71) estuda no 3.º ano; e, por último, 5.7% (n= 13) frequenta o 4.º ano do 1º ciclo do ensino superior.

Do total da amostra, 53.1% (n= 121) referem que não conhecem indivíduos com PSM, enquanto 39.5% (n= 90) afirmam conhecer. Os estudantes universitários descrevem que estes se tratam mais frequentemente de amigos (n= 34; 14.9%), seguindo-se a mãe (n= 9; 3.9%) e os tios (n= 8; 3.5%). Os restantes resultados encontram-se descritos em anexo (cf. anexo 1), dada a diversidade de relações existentes ao nível do contacto com PSM.

As problemáticas mais prevalentes com as quais os participantes têm contacto correspondem à depressão (n= 35; 15.6%), à esquizofrenia (n= 12; 5.4%) e à perturbação bipolar (n= 7; 3.1%), sendo que as restantes problemáticas referidas pela amostra também se encontram detalhadamente descritas em anexo (cf. anexo 1). Os restantes 7.5% (n=17) dos participantes referem não saber se conhecem alguém com PSM.

Os participantes afirmam que se tivessem um PSM procurariam ajuda profissional junto de um psicólogo (n=114; 50.2%), psiquiatra (n=65; 28.6%), médico de família (n=37;

16.3%) e neurologista (n=9; 4.0%). Contudo, também é descrito que procurariam ajuda no *Google* (n=1; 0.4%). Por outro lado, os estudantes universitários que mencionam que não procurariam ajuda profissional, apontam como principal motivo a dificuldade de acesso (n=70; 43.2%), pouca informação acerca dos recursos disponíveis (n=50; 30.9%) e o estigma/preconceito face aos PSM (n= 36; 22.2%). Outros motivos foram nomeados por apenas 0.4% da amostra (n=1), tais como não dar a devida importância ao problema, estigma/preconceito face à classe médica, não ter noção do problema, não reconhecer a necessidade de obter ajuda e, ainda, a possibilidade da resolução do problema de forma autónoma.

Na presente amostra verifica-se que 88% (n= 198) dos participantes não tiveram, nem têm ajuda profissional para um PSM, sendo que os restantes 12% (n= 27) afirmam ter, devendo-se mais frequentemente a problemáticas relacionadas com sintomatologia depressiva (n= 11; 4.8%) e ansiosa (n= 7; 3.1%), sendo que as restantes problemáticas descritas pela amostra se encontram descritas em anexo (cf. anexo 1). Assim sendo, os participantes que recorreram a ajuda profissional são acompanhados pelo psicólogo (n= 14; 6.2%), psiquiatra (n= 9; 4.0%), médico de família (n= 2; 0.9%) e pelo neurologista (n= 1; 0.4%).

2.2. Instrumentos

Com o objetivo de se avaliar os níveis de LSM e de SP recorreu-se a dois instrumentos de autorrelato, sendo estes respetivamente, o LSMq – Questionário de Literacia em Saúde Mental para a população adulta (Campos, Dias, Duarte, Palha & Veiga, 2014) e o BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 2007), seguindo-se uma breve descrição dos mesmos:

- *LSMq – Questionário de Literacia em Saúde Mental (Campos et al., 2014)*

No que respeita à estrutura do instrumento, este encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte centra-se na recolha dos seguintes dados²: data de nascimento, género, estado civil, nacionalidade, concelho de residência, curso, universidade e ano que frequenta, local onde vive durante o ano letivo (com ou sem agregado familiar), conhecimento de alguém com PSM (identificação da problemática, bem como a relação de parentesco), predisposição para a PAP e seus motivos, identificação da presença, atual ou passada, de um PSM pessoal (identificação da problemática) e, por fim, a nomeação dos profissionais de

² Foram realizadas alterações na primeira parte do LSMq, com o intuito de se ajustar aos objetivos do presente estudo.

saúde que o/a acompanharam/acompanham, tais como médico de família, psicólogo, psiquiatra e/ou neurologista.

A segunda parte do LSMq-adultos é constituída por 29 itens numa escala de tipo *likert* de 5 pontos (de “1 - discordo muito” a “5 - concordo muito”), organizados em 4 dimensões: conhecimentos sobre PSM (itens 2, 3, 9, 12, 16, 20, 22, 24, 25, 27 e 28); (2) crenças erradas/estereótipos (itens 6, 10, 11, 13, 14, 15, 21 e 23); (3) procura de ajuda (*help seeking*) e competências de primeira ajuda (*first aid skills*) (itens 4, 5, 8, 17, 18 e 29); e (4) estratégias de autoajuda (*self-help strategies*) (itens 1, 7, 19 e 26).

Os resultados da consistência interna apontaram para um *Alpha de Cronbach*, relativo às quatro dimensões e ao score global de .74, .72, .71, .60 e .84, respetivamente, indicando ser uma medida fiável na avaliação da LSM na população adulta (Campos et al., 2014)

- *BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos* (Canavarro, 2007)

O BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 2007) é constituído por 53 itens, que avaliam os sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões: Somatização (itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37), Obsessões-Compulsões (itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36), Sensibilidade Interpessoal (itens 20, 21, 22 e 42), Depressão (itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50), Ansiedade (itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49), Hostilidade (itens 6, 13, 40, 41 e 46), Ansiedade Fóbica (itens 8, 28, 31, 43 e 47), Ideação Paranóide (itens 4, 10, 24, 48 e 51), Psicoticismo (itens 3, 14, 34, 44 e 53); e três índices globais: Índice Geral de Sintomas (IGS), Índice de Sintomas Positivos (ISP) e Total de Sintomas Positivos (TSP).

Este instrumento pode ser administrado a indivíduos (com uma idade mínima de 13 anos) com PSM, doenças físicas, bem como a indivíduos da população geral, de modo individual ou em grupo. Do ponto de vista clínico, a análise das pontuações obtidas nas nove dimensões acima referidas, fornece informação sobre o tipo de sintomatologia que preponderantemente perturba mais o indivíduo. Por outro lado, a simples leitura dos índices globais permite avaliar, de forma geral, o nível de SP apresentado. Para tal, o ponto de corte do BSI definido para a dimensão do ISP foi a nota ≥ 1.7 , significando a maior probabilidade de encontrar indivíduos perturbados emocionalmente (Canavarro, 2007).

Relativamente à consistência interna (*Alpha de Cronbach*) esta escala apresenta bons níveis, uma vez que foram obtidos valores globais para as diversas dimensões situados entre .71 (*Psicoticismo*) e .85 (*Depressão*), sendo estes resultados indicadores da unidade e solidez deste instrumento, do ponto de vista conceptual (Canavarro, 2007).

2.3. Procedimentos de Recolha de Dados

Com o intuito de se realizar a recolha de dados, foram solicitadas aos autores e consentidas as autorizações para a utilização dos instrumentos. A recolha de dados realizou-se entre os meses de dezembro de 2014 e março de 2015, nas universidades do Porto, Coimbra, Vila Real e Bragança. Assim, os instrumentos foram preenchidos de modo autónomo e sempre que possível em pequenos grupos (6 a 8 participantes), de modo a maximizar a recolha de dados.

Para este efeito, todos os participantes foram informados acerca dos objetivos do estudo, da sua pertinência científica e ainda acerca do carácter voluntário do preenchimento dos instrumentos. A par disto, e de forma a salvaguardar as questões éticas de investigação, os participantes foram também informados acerca das questões de confidencialidade e anonimato, tendo sido entregue a cada sujeito da amostra um consentimento informado, o qual foi assinado para os devidos efeitos.

2.4. Procedimentos de Análise de Dados

Para a realização da análise de dados, num primeiro momento foi construída a respetiva base de dados, utilizando para o devido efeito o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (IMB SPSS) v.22.

Os itens 6, 10, 13, 15, 21 e 23 do LSMq-adultos (Campos et al., 2014), foram recodificados uma vez que se encontravam formulados de forma invertida. Para se obter o *score* total de LSM, realizou-se a soma dos valores de todos os itens do instrumento, sendo ainda que os *scores* totais das quatro dimensões relativas ao LSMq foram obtidos através do somatório dos valores totais de cada dimensão.

Em seguida, realizou-se o somatório das nove dimensões correspondentes ao BSI, também através da soma dos valores totais de cada dimensão dividida pelo número de itens respetivos a cada uma. O cálculo dos três índices globais foi realizado da seguinte forma: 1) IGS: soma das pontuações de todos os itens, dividida pelo número total de respostas; 2) TSP: soma de itens assinalados com uma resposta positiva (ou seja, maior do que zero); 3) ISP: somatório de todos os itens dividido pelo TSP (Canavarro, 2007).

Na etapa final da análise dos dados, os participantes foram distribuídos por 4 grupos distintos: 1) o grupo que obteve valores ≥ 1.7 na dimensão do ISP do BSI e referiu ter procurado ajuda; 2) o grupo que obteve valores ≥ 1.7 na dimensão do ISP do BSI e não procurou ajuda; 3) o grupo que obteve valores < 1.7 na dimensão do ISP do BSI e procurou ajuda; e 4) o grupo que obteve valores < 1.7 na dimensão do ISP do BSI e não procurou ajuda.

Recorreu-se à estatística descritiva para a análise dos dados sociodemográficos e dos dados de caracterização dos participantes, atendendo-se sobretudo à Média (*Mean*), Desvio-padrão (*Standard Deviation*), Frequências (*Frequency*), Percentagens Válidas (*Valid Percent*) e *missings* de cada uma das variáveis sociodemográficas.

Em função dos objetivos e das questões de investigação definidos, os dados foram analisados utilizando-se os seguintes testes estatísticos inferenciais:

- Testes T para amostras independentes (diferenças de grupo ao nível das variáveis dependentes – e.g., diferenças de género nos níveis de LSM);
- Qui-Quadrado (associação entre variáveis categoriais – e.g., associação entre género e PAP);
- Correlações de *Pearson* (relação entre variáveis intervalares – e.g., níveis de LSM e SP).

No que respeita aos níveis de significância estatística foi considerado um nível de $p < .05$.

3. Resultados

No presente estudo optou-se por apresentar os resultados de acordo com os dois objetivos específicos definidos, salientando sobretudo os resultados obtidos ao nível do *score* global do LSMq e dos índices gerais do BSI.

1) Compreender o impacto do género e do contacto prévio com problemas de saúde mental, nos níveis de sintomatologia psicopatológica e de literacia em saúde mental, bem como na procura de ajuda profissional, num grupo de estudantes universitários

➤ Impacto do género nos níveis de literacia em saúde mental e de sintomatologia psicopatológica

No que concerne às diferenças de género e aos níveis de LSM, os participantes do género masculino apresentam níveis significativamente ($t(221) = 2.08, p = .04$) superiores na dimensão crenças erradas/estereótipos em relação aos PSM (M=19.32; DP=2.37), quando comparados com o género feminino (M=18.66; DP=2.01) (cf. anexo 4).

Quanto aos níveis de SP, as participantes do género feminino (M=1.59; DP=0.45) apresentam um valor do ISP do BSI significativamente superior ($t(226) = -3.07, p = .01$) quando comparadas com o valor dos participantes do género masculino (M=1.41; DP=0.39).

Estas diferenças entre género revelam-se também nas dimensões do BSI: somatização, ansiedade, ansiedade fóbica e no IGS (cf. tabela 1).

Tabela 1. *Diferenças de Género relativamente à Sintomatologia Psicopatológica (dimensões e índices gerais)*

Género			
	Masculino	Feminino	
<i>Somatização</i>	(n=74)	(n=149)	t(221)
	M (DP)	M (DP)	
	0.34 (0.47)	0.55 (0.59)	-2.91**
<i>Obsessão-Compulsão</i>	(n=74)	(n=150)	t(222)
	M (DP)	M (DP)	
	0.99 (0.64)	1.10 (0.76)	-0.98
<i>Sensibilidade Interpessoal</i>	(n=75)	(n=150)	t(223)
	M (DP)	M (DP)	
	0.66 (0.69)	0.82 (0.82)	-1.46
<i>Depressão</i>	(n=73)	(n=149)	t(220)
	M (DP)	M (DP)	
	0.68 (0.59)	0.84 (0.68)	-1.77
<i>Ansiedade</i>	(n=75)	(n=151)	t(224)
	M (DP)	M (DP)	
	0.65 (0.52)	0.90 (0.66)	-3.15**
<i>Hostilidade</i>	(n=75)	(n=152)	t(225)
	M (DP)	M (DP)	
	0.80 (0.62)	0.93 (0.67)	-1.38
<i>Ansiedade Fóbica</i>	(n=74)	(n=148)	t(220)
	M (DP)	M (DP)	
	0.26 (0.46)	0.46 (0.68)	-2.60*
<i>Ideação Paranóide</i>	(n=75)	(n=150)	t(223)
	M (DP)	M (DP)	
	0.89 (0.71)	0.87 (0.75)	0.23

Género			
	Masculino	Feminino	
<i>Psicoticismo</i>	(n=75)	(n=151)	t(224)
	M (DP)	M (DP)	
	0.52 (0.62)	0.63 (0.67)	-1.19
<i>IGS</i>	(n=76)	(n=152)	t(226)
	M (DP)	M (DP)	
	0.64 (0.47)	0.79 (0.58)	-2.08*
<i>TSP</i>	(n=76)	(n=152)	t(226)
	M (DP)	M (DP)	
	22.28 (12.49)	24.70 (13.73)	-1.30
<i>ISP</i>	(n=76)	(n=152)	t(226)
	M (DP)	M (DP)	
	1.41 (0.39)	1.59 (0.45)	-3.07**

*p <.05; **p <0.01

- *Impacto do género na procura de ajuda profissional e no contacto prévio com problemas de saúde mental*

Quanto ao género e à procura de ajuda profissional, não foi encontrada uma associação significativa, $\chi^2 (1) = 0.67, p = .52$ (cf. anexo 5).

Verifica-se uma associação positiva significativa entre o género e o contacto prévio com PSM, $\chi^2 (1) = 9,99, p = .00$ (cf. anexo 6).

- *Impacto do contacto prévio com problemas de saúde mental nos níveis de literacia em saúde mental e de sintomatologia psicopatológica*

Observa-se que os estudantes universitários que referem ter contacto com PSM apresentam níveis significativamente superiores ($t (220) = -3.55, p = .00$) na dimensão conhecimentos acerca de PSM do LSMq (M=45.98; DP=4.18), quando comparados com os estudantes que não tiveram contacto (M=44.01; DP=3.78). Além disso, também o grupo de estudantes universitários que referem ter contacto prévio com PSM apresentam valores significativamente superiores ($t (225) = -2.20, p = .03$) na dimensão estratégias de autoajuda do LSMq (M=17.44; DP=1.64), comparativamente com o grupo de estudantes que refere não ter tido (M=16.93; DP=1.75) (cf. tabela 2).

Verifica-se que os participantes que referem ter tido contacto com PSM apresentam níveis significativamente superiores de SP em todas as dimensões e índices do BSI (cf. tabela 2).

Tabela 2. *Diferenças ao nível do contacto prévio com problemas de saúde mental relativamente à Literacia em Saúde Mental (dimensões e score global) e à Sintomatologia Psicopatológica (dimensões e índices gerais)*

Contacto prévio com problemas de saúde mental			
	Com contacto	Sem contacto	
<i>Conhecimentos sobre problemas de saúde mental</i>	(n=87) M (DP)	(n=135) M (DP)	t(220)
	45.98 (4.18)	44.01 (3.78)	-3.55**
<i>Crenças erradas/estereótipos</i>	(n=86) M (DP)	(n=137) M (DP)	t(221)
<i>Crenças erradas/estereótipos</i>	18.62 (2.11)	19.04 (2.17)	1.45
<i>Procura de ajuda (help seeking) e Competências de primeira ajuda (first aid skills)</i>	(n=87) M (DP)	(n=138) M (DP)	t(223)
	24.24 (2.71)	24.17 (2.74)	-0.20
<i>Estratégias de autoajuda (self-help strategies)</i>	(n=89) M (DP)	(n=138) M (DP)	t(225)
	17.44 (1.64)	16.93 (1.75)	-2.20*
<i>Literacia em Saúde Mental (score global)</i>	(n=82) M (DP)	(n=134) M (DP)	t(214)
	105.88 (6.12)	104.30 (5.85)	-1.89
<i>Somatização</i>	(n=89) M (DP)	(n=134) M (DP)	t(221)
	0.66 (0.67)	0.36 (0.45)	-3.68***
<i>Obsessão-Compulsão</i>	(n=90) M (DP)	(n=134) M (DP)	t(222)
	1.18 (0.81)	0.98 (0.64)	-1.98*

Contacto prévio com problemas de saúde mental			
	Com contacto	Sem contacto	
<i>Sensibilidade Interpessoal</i>	(n=89)	(n=136)	t(223)
	M (DP)	M (DP)	
	0.99 (0.95)	0.63 (0.60)	-3.24**
<i>Depressão</i>	(n=89)	(n=133)	t(220)
	M (DP)	M (DP)	
	0.93 (0.77)	0.69 (0.56)	-2.51*
<i>Ansiedade</i>	(n=90)	(n=136)	t(224)
	M (DP)	M (DP)	
	0.96 (0.72)	0.72 (0.54)	-2.68**
<i>Hostilidade</i>	(n=90)	(n=137)	t(225)
	M (DP)	M (DP)	
	1.00 (0.69)	0.81 (0.63)	-2.14*
<i>Ansiedade Fóbica</i>	(n=89)	(n=133)	t(220)
	M (DP)	M (DP)	
	0.51 (0.73)	0.32 (0.52)	-2.13*
<i>Ideação Paranóide</i>	(n=90)	(n=135)	t(223)
	M (DP)	M (DP)	
	1.02 (0.85)	0.79 (0.63)	-2.17*
<i>Psicoticismo</i>	(n=90)	(n=136)	t(224)
	M (DP)	M (DP)	
	0.76 (0.77)	0.48 (0.54)	-3.03**
<i>IGS</i>	(n=90)	(n=138)	t(226)
	M (DP)	M (DP)	
	0.89 (0.65)	0.64 (0.44)	-3.28**
<i>TSP</i>	(n=90)	(n=138)	t(226)
	M (DP)	M (DP)	
	26.54 (13.95)	22.17 (12.70)	-2.40*
<i>ISP</i>	(n=90)	(n=138)	t(226)
	M (DP)	M (DP)	
	1.64 (0.47)	1.46 (0.41)	-2.99**

*p <0.05; **p <0.01; ***p <0.001

➤ *Impacto do contacto prévio na procura de ajuda profissional*

Verifica-se uma associação positiva significativa entre o contacto prévio com PSM e a PAP, $\chi^2 (1) = 18.75, p = .00$ (cf. anexo 7).

2) Compreender a relação entre a sintomatologia psicopatológica, a literacia em saúde mental e a procura de ajuda profissional num grupo de estudantes universitários

➤ *Associação entre a literacia em saúde mental e sintomatologia psicopatológica (amostra global)*

Na amostra global (n=228), salienta-se uma associação significativamente positiva entre o ISP do BSI e a dimensão dos conhecimentos sobre os PSM do LSMq ($r = .14, p = .04$) (cf. anexo 8).

➤ *Procura de ajuda profissional e níveis de literacia em saúde mental e sintomatologia psicopatológica (diferenças de grupo)*

No que diz respeito à PAP e aos níveis de LSM, não se observam diferenças significativas no *score* global, nem nos *scores* das dimensões do LSMq, entre os participantes que referiram ter procurado e não ter procurado ajuda (cf. anexo 9).

Verificam-se diferenças significativas entre o grupo de estudantes universitários que procurou ajuda (M=1.90; DP=0.61) e o grupo de estudantes que não procurou ajuda profissional (M=1.48; DP=0.39), em relação aos níveis de SP em todas as dimensões e índices gerais avaliados pelo BSI, $t (223) = -3.44, p = .01^3$ (cf. Tabela 3).

Tabela 3. *Diferenças na procura de ajuda profissional relativamente à Sintomatologia Psicopatológica (dimensões e índices gerais)*

Procura de Ajuda Profissional			
	Com procura	Sem procura	
<i>Somatização</i>	(n=26)	(n=194)	t(218)
	M (DP)	M (DP)	
	1.02 (0.85)	0.41 (0.47)	-3.62**
<i>Obsessão-Compulsão</i>	(n=27)	(n=194)	t(219)
	M (DP)	M (DP)	
	1.44 (0.90)	1.01 (0.68)	-2.39*

³ Estes valores dizem respeito ao ISP do BSI.

Procura de Ajuda Profissional			
	Com procura	Sem procura	
<i>Sensibilidade Interpessoal</i>	(n=27) M (DP)	(n=195) M (DP)	t(220)
	1.49 (1.18)	0.67 (0.65)	-3.54**
<i>Depressão</i>	(n=27) M (DP)	(n=192) M (DP)	t(217)
	1.29 (0.93)	0.71 (0.58)	-3.12**
<i>Ansiedade</i>	(n=27) M (DP)	(n=196) M (DP)	t(221)
	1.38 (0.91)	0.74 (0.54)	-3.55**
<i>Hostilidade</i>	(n=27) M (DP)	(n=197) M (DP)	t(222)
	1.36 (0.76)	0.82 (0.62)	-3.49**
<i>Ansiedade Fóbica</i>	(n=27) M (DP)	(n=192) M (DP)	t(217)
	0.94 (1.03)	0.32 (0.50)	-3.08**
<i>Ideação Paranóide</i>	(n=27) M (DP)	(n=195) M (DP)	t(220)
	1.36 (0.82)	0.81 (0.70)	-3.28**
<i>Psicoticismo</i>	(n=27) M (DP)	(n=196) M (DP)	t(221)
	1.21 (1.04)	0.50 (0.53)	-3.46**
<i>IGS</i>	(n=27) M (DP)	(n=198) M (DP)	t(223)
	1.26 (0.78)	0.66 (0.47)	-3.88**
<i>TSP</i>	(n=27) M (DP)	(n=198) M (DP)	t(223)
	32.59 (14.18)	22.62 (12.82)	-3.47**
<i>ISP</i>	(n=27) M (DP)	(n=198) M (DP)	t(223)
	1.90 (0.61)	1.48 (0.39)	-3.44**

*p<0.05; **p <0.01; ***p <0.001

➤ *Perturbação emocional e literacia em saúde mental (diferenças de grupo)*

Verificam-se diferenças significativas ($t(214) = -2.04, p = .04$) em relação ao *score* global do LSMq entre os grupos com elevada probabilidade de perturbação emocional ($M=106.14; DP=5.60$) e com reduzida probabilidade de perturbação emocional ($M=104.39; DP=6.08$) (cf. anexo 10). Verificam-se, igualmente, diferenças significativas ($t(225) = -2.90, p = .00$) entre os grupos com elevada probabilidade de perturbação emocional ($M=17.61; DP=1.56$) e com reduzida probabilidade de perturbação emocional ($M=16.93; DP=1.75$) ao nível da dimensão das estratégias de autoajuda do LSMq (cf. anexo 10).

➤ *Literacia em saúde mental e sintomatologia psicopatológica em estudantes com reduzida probabilidade de perturbação emocional e sem procura de ajuda (correlações)*

Neste grupo não se encontram associações significativas, no que respeita aos níveis de LSM e de SP (cf. anexo 11).

➤ *Literacia em saúde mental e sintomatologia psicopatológica em estudantes com reduzida probabilidade de perturbação emocional e com procura de ajuda (correlações)*

Neste grupo verificam-se associações negativas significativas, entre o ISP do BSI e as crenças erradas/estereótipos do LSMq ($r = -.64, p = .03$) (cf. anexo 12).

➤ *Literacia em saúde mental e sintomatologia psicopatológica em estudantes com elevada probabilidade de perturbação emocional e sem procura de ajuda (correlações)*

Verifica-se uma associação negativa significativa ($r = -.61, p = .04$) entre o ISP do BSI e a dimensão estratégias de autoajuda do LSMq. À semelhança desta associação, os restantes índices globais do BSI, nomeadamente, IGS ($r = -.31, p = .03$) e TSP ($r = -.30, p = .03$), encontram-se correlacionados significativamente, de modo negativo, com a dimensão procura de ajuda e estratégias de primeira ajuda do LSMq (cf. anexo 13).

➤ *Literacia em saúde mental e sintomatologia psicopatológica em estudantes com elevada probabilidade de perturbação emocional e com procura de ajuda (correlações)*

Observa-se uma associação positiva significativa entre o *score* global do LSMq e o TSP do BSI ($r = .52, p = .05$) (cf. anexo 14).

4. Discussão

O presente estudo envolveu 228 participantes e teve como objetivo geral compreender o papel da PAP, na relação com os níveis de LSM e SP, num grupo de estudantes universitários. Além disso, explorou-se de que forma as variáveis supracitadas se relacionavam com o género e com o contacto prévio com PSM. Desta forma, a discussão do presente estudo será organizada de acordo com as questões de investigação definidas.

Questão de Investigação 1 – Existem diferenças ao nível da sintomatologia psicopatológica, literacia em saúde mental e procura de ajuda profissional, em função do género e do contacto prévio com problemas de saúde mental?

No que diz respeito à variável género, os resultados deste estudo evidenciaram que os estudantes universitários do género masculino possuem significativamente níveis superiores de crenças erradas/estereótipos em relação aos PSM, quando comparados com os do género feminino. Diversos estudos corroboram os resultados obtidos, sugerindo que o género feminino apresenta níveis superiores de LSM (Chandra & Minkovitz, 2006; Cotton et al., 2006; Martínez-Zambrano et al., 2013; Williams & Pow, 2007). Por outro lado, o género masculino apresenta níveis inferiores de conhecimentos sobre PSM, o que consequentemente se encontra associado a níveis superiores de crenças erradas/estereótipos face a esta temática (Chandra & Minkovitz, 2006; Jorm, 2012; OMS, 2001). Em acréscimo, outros estudos sugerem que, por norma, o género masculino desvaloriza os PSM (Cotton et al., 2006), podendo constituir-se como uma barreira face à promoção da SM (Corrigan & Watson, 2002).

Também neste estudo foi possível observar-se que o género feminino relata níveis superiores de SP do que o género masculino. A literatura sugere possíveis explicações para as diferenças encontradas ao nível da SP, nomeadamente, devido a fatores individuais tais como a genética, as características pessoais ou pela possível maior prevalência de PSM no género feminino, devido a exposições superiores ao *stress* ou até às normas culturais vigentes na sociedade (OMS, 2011). Contudo, não se pode desconsiderar o facto de, tendencialmente, serem também mais as mulheres a procurarem ajuda formal, sabendo especificamente como agir e a quem recorrer nas situações de crise (OMS, 2011), o que poderá justificar assim, em certa parte, a maior prevalência de PSM no género feminino.

Contudo, no que se refere à associação entre o género e a procura de ajuda, não foram encontradas associações significativas entre estas variáveis, indicando que neste estudo a PAP não parece ser influenciada pelo género. MacLean, Hunt e Sweeting (2013), concluíram, no

seu estudo, que o comportamento de procurar ajuda era muito difícil de ser alterado, sendo que ambos os géneros demonstravam uma relutância superior em procurar ajuda para PSM em comparação com problemas de saúde física.

Por outro lado, os resultados da associação entre o género e o contacto com PSM revelou-se significativa, evidenciando que 39.4% (n= 90) da amostra global teve contacto prévio com PSM, com uma percentagem superior de participantes do género feminino a relatar esse contacto. Este resultado poderá ser explicado pelo facto de o género feminino tendencialmente revelar mais interesse e conhecimentos sobre a temática da SM (Cotton et al., 2006) e possuir menos estigma face aos PSM, procurando ajudar adequadamente indivíduos a lidar com estas adversidades (Corrigan, 2001; Furnham & Blythe, 2012).

Todavia, no que diz respeito ao impacto do contacto prévio com PSM nos níveis de LSM, os resultados deste estudo evidenciaram que os estudantes universitários que tiveram contacto relataram maiores níveis de conhecimentos acerca de PSM e de estratégias de procura de ajuda. Os resultados obtidos são congruentes com os dados sugeridos na literatura, que aponta para o facto de que os indivíduos que têm contacto com PSM apresentam níveis superiores de conhecimentos transversais e específicos acerca dos mesmos (Furnham & Blythe, 2012), o que conseqüentemente poderá contribuir para o aumento dos níveis de LSM. A par disto, o contacto poderá também facilitar o reconhecimento de sinais/sintomas associados aos PSM no próprio e diminuir o estigma associado aos mesmos (Angermeyer, Matschinger & Corrigan, 2004).

Por outro lado, o contacto com PSM também se associou positivamente com maiores níveis de SP. Este resultado poderá ser explicado pelo facto de o contacto próximo com os PSM se encontrar muitas vezes associado com dificuldades em lidar com as situações de crise vivenciadas, pelos conflitos familiares emergentes, sentimentos de culpa, isolamento social, pela complexidade do relacionamento com o indivíduos com PSM, bem como pelo desconhecimento do possível PSM e das suas implicações ao nível do funcionamento do indivíduo (Colvero, Costardi & Rolim, 2004). Assim, toda a sobrecarga emocional que poderá advir da presença de PSM junto de pessoas significativas (e.g., familiares e amigos) pode contribuir para o precipitar do aumento dos níveis de SP.

Os resultados deste estudo evidenciaram ainda que os estudantes universitários que não tiveram contacto prévio com PSM, na sua maioria, afirmaram não ter procurado ajuda, enquanto 9.3% (n= 21) dos participantes com contacto referem ter um PSM e procurado ajuda profissional. Assim, verifica-se que existe uma associação significativa ao nível do contacto

prévio com PSM que poderá influenciar a PAP. A este respeito, salienta-se que o contacto prévio com PSM tem sido identificado como sendo um dos fatores que mais exerce influência sobre os níveis de LSM e sobre a PAP. A literatura sugere que o contacto com PSM está associado a uma maior adequabilidade dos conhecimentos e atitudes relativamente a questões de SM, estando ainda, indubitavelmente, associado com a PAP atempada (Martínez-Zambrano, et al., 2013), tal como se verifica nos resultados deste estudo.

Em síntese, de um modo global, os resultados evidenciados pelo presente estudo corroboram estudos anteriores tal como tem vindo a ser exposto, ao nível da influência das variáveis do género e do contacto prévio com PSM, no que se refere aos níveis de LSM e SP, bem como da PAP.

Questão de Investigação 2 - Como se associam a sintomatologia psicopatológica, a literacia em saúde mental e a procura de ajuda profissional?

Os resultados relativos à associação entre os níveis de LSM e SP revelaram que, de um modo global, níveis superiores de conhecimentos sobre PSM estão associados positivamente com níveis mais elevados de SP. Estes resultados poderão dever-se ao facto de os estudantes com níveis superiores de LSM terem maiores competências para reconhecerem os sinais e os sintomas de um possível PSM e, conseqüentemente serem mais competentes na PAP.

Por outro lado, as diferenças entre os grupos com elevada e reduzida probabilidade de perturbação emocional em relação aos níveis de LSM revelaram diferenças significativas ao nível do *score* global do LSMq e dos conhecimentos acerca das estratégias de autoajuda. De acordo com Jorm e seus colaboradores (2006), a população em geral, tendencialmente, possui bons níveis de conhecimentos e predisposição para recorrer a estratégias de autoajuda (e.g., alterar a dieta alimentar, realizar exercício físico, procurar suporte social junto de um familiar ou amigo), demonstrando interesse em aprender novas estratégias de *coping*, para melhor lidar com a SP decorrente dos PSM. Os indivíduos com mais conhecimentos sobre estas questões, além de parecerem ter conhecimentos adequados sobre como e onde procurar ajuda face a estes problemas, seja formal (profissionais de saúde) ou informal (amigos, família), revelam, igualmente, conhecimentos apropriados sobre o que fazer para ajudar os outros e a si mesmos, utilizando estas estratégias com bastante regularidade (Jorm, 2012; Jorm et al., 2006). Deste modo, parece igualmente importante salientar que os *media*, as políticas de saúde e educativas desempenham um papel fundamental ao nível das questões da promoção de estratégias de autoajuda, uma vez que, aos poucos, se torna cada vez mais veiculada na

nossa sociedade a promoção de um estilo de vida e de hábitos saudáveis, o que permite obter benefícios quer ao nível da saúde física, quer ao nível da SM.

Os resultados deste estudo também apontam que os participantes que PAP possuem significativamente níveis superiores de SP em relação aos estudantes universitários que não a procuraram. Contudo, não se verificaram diferenças significativas entre a PAP e os níveis de LSM, embora a literatura sugira que conhecimentos reduzidos acerca das questões de SM estão associados a diminuídos conhecimentos e competências de procura de ajuda (Jorm, 2000). Neste sentido, cabe aqui salientar que os estudos revelam que a maioria dos indivíduos com PSM não procura ajuda profissional (Eisenberg, et al., 2007; Patel et al., 2007; Wang et al., 2007), embora o aumento dos níveis de LSM possa promover a procura de ajuda atempada (Farrer et al., 2008). No entanto, é ainda importante compreender em que é que se diferenciam os indivíduos que PAP, em relação aos níveis de LSM e SP, daqueles que não procuram.

Uma vez que a associação estabelecida neste estudo entre LSM, SP e a PAP, se trata de uma relação “generalista”, e de modo a realizar-se uma análise das possíveis relações existentes entre estas variáveis, optou-se por subdividir a amostra em 4 subgrupos, em que estes se diferenciavam entre si em relação aos níveis de SP (com elevada ou reduzida probabilidade de perturbação emocional) e à PAP.

Assim, no que respeita aos resultados evidenciados nestes subgrupos, não se encontraram associações significativas entre o **grupo de estudantes universitários que apresenta uma reduzida probabilidade de perturbação emocional e que não procuraram de ajuda profissional**, tal como seria expectável.

Os resultados do **grupo de estudantes universitários com reduzida probabilidade de perturbação emocional e com procura de ajuda associada** revelaram que, existe uma correlação negativa entre os níveis de SP e as crenças erradas/estereótipos acerca dos PSM. Este resultado parece indicar que a presença de níveis inferiores de crenças erradas/estereótipos poderá estar associada à presença de níveis inferiores de SP. Assim, a associação estabelecida entre a reduzida probabilidade de perturbação emocional e a PAP pode ser explicada pela possível decorrente intervenção profissional que se encontrava em curso, aquando da recolha dos dados.

No que diz respeito ao **grupo de participantes com elevada probabilidade de perturbação emocional e sem procura de ajuda associada**, os resultados revelaram uma

associação negativa entre os níveis de SP e os conhecimentos acerca de estratégias de autoajuda. Quer isto dizer que maiores níveis de SP encontram-se associados com menores conhecimentos acerca de estratégias de autoajuda, pois a presença de elevados níveis de SP potencialmente pode dificultar o acesso às diferentes formas existentes de promoverem a sua própria SM, o que é congruente com a ausência de PAP.

Por fim, os resultados do **grupo de estudantes com elevada probabilidade de perturbação emocional e com procura de ajuda associada** revelaram uma associação positiva entre os níveis de LSM e SP. A este nível, uma vez que a identificação dos PSM e do mal-estar psicológico são o preditor mais frequentemente associado com a PAP por parte dos jovens, a literatura sugere que face aos elevados resultados obtidos nos níveis de LSM, os estudantes universitários parecem apresentar uma maior predisposição para procurar ajuda. Deste modo, revelam comportamentos adequados e promotores de SM, assim como uma maior capacidade em procurar informações sobre esta, quando experienciam e reconhecem níveis mais elevados de SP em si próprios (Jorm, 2000, 2012; Wright et al., 2007), o que por conseguinte diminui a probabilidade de se desencadearem consequências mais graves e implícitas ao atraso da PAP.

Em síntese, e de um modo global, os resultados obtidos pelos quatro subgrupos criados sugerem que os estudantes universitários tendencialmente recorrem à PAP quando possuem reduzidas crenças erradas/estereótipos face aos PSM, bons conhecimentos acerca de estratégias de autoajuda e bons conhecimentos acerca de procura de ajuda e competências de primeira ajuda. Deste modo, é possível depreender-se que bons níveis de LSM e o reconhecimento do mal-estar psicológico associado aos PSM são elementos essenciais para que intenções comportamentais de procura de ajuda ocorram, de uma forma adequada.

5. Conclusão

Pela análise dos resultados obtidos e tendo em conta os objetivos delineados para o presente estudo é possível salientar-se que os resultados obtidos corroboraram o impacto das variáveis do género e do contacto prévio com PSM, no que se refere aos níveis de LSM e SP, bem como na PAP, tal como vem sendo demonstrado pela literatura científica (Chandra & Minkovitz, 2006; Cotton et al., 2006; Kelly, Jorm & Wright, 2007; Martínez-Zambrano et al., 2013; Williams & Pow, 2007; Wright et al., 2007). Além disso, os resultados indicaram que a presença de um mal-estar psicológico significativo em concomitância com bons níveis de LSM, em todas as suas dimensões, são “fatores-chave” para que a PAP ocorra de uma forma

ajustada, aquando do início dos primeiros sintomas, permitindo comprovar assim a importância de se continuar a investir nesta área e com esta população-alvo.

Os resultados deste estudo devem também ser compreendidos no contexto de algumas limitações. Aqui foca-se o facto de a amostra não ser representativa da população portuguesa, bem como o facto de que alguns itens dos instrumentos utilizados poderem ter influenciado os estudantes universitários a responderem de forma socialmente desejável, particularmente nas questões relativas à predisposição para ajudar o outro e/ou dissimulando a intensidade da SP. Apesar destas limitações, este constitui-se como um dos poucos estudos em contexto nacional que procurou compreender o papel da PAP na relação com os níveis de LSM e SP, contribuindo com informação relevante para o conhecimento científico sobre a associação destas variáveis na população dos estudantes universitários.

Poderá ser também fundamental investigações futuras explorarem, ao nível das principais variáveis deste estudo, a influência de outras variáveis como os diferentes níveis socioeconómicos, áreas de estudo e tipos de ensino (privado e público).

Dada a crescente prevalência dos PSM entre os universitários (Tosevski, Milovancevic & Gajic, 2010; Tweng, Gentile, DeWall, Ma, Lacefield, & Schurtz, 2010), seria também oportuno as faculdades apostarem mais na disponibilização de gabinetes de consulta psicológica, uma vez que estes poderão desempenhar um papel importante na SM dos estudantes, ao nível da promoção do bem-estar psicológico e do desenvolvimento emocional, cognitivo e social dos mesmos. Através dos resultados obtidos nos subgrupos desta amostra, é possível compreender-se que a PAP provavelmente só irá ocorrer quando os estudantes universitários possuírem bons níveis de LSM. Assim, partindo também dos resultados obtidos neste estudo, poderia ser pertinente pensar-se realizar intervenções futuras centradas no aumento de conhecimentos acerca de estratégias de autoajuda e de competências de primeira ajuda, uma vez que o grupo com elevada probabilidade de perturbação emocional e sem procura de ajuda associada possuía reduzidos conhecimentos acerca destas estratégias, o que por conseguinte pareceu influenciar nas intenções comportamentais de PAP. Portanto, poderiam constituir-se um bom grupo-alvo de intervenção, sendo que a literatura aponta para a eficácia das intervenções a curto-prazo na LSM dos jovens (Campos, et al., 2012).

Assim, destaca-se a necessidade de desenvolvimento de mais estudos e intervenções em Portugal, junto dos estudantes universitários, que incentivem o desenvolvimento de intenções comportamentais de PAP adequadas e atempadas, através do aumento dos níveis de LSM e da identificação precoce de sintomas relacionados com o mal-estar psicológico.

Referências Bibliográficas

Almeida (2014). *Questionário de Literacia em Saúde Mental: Adaptação e estudo das características psicométricas numa amostra de adultos* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

Almeida, J. M. C., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental – 1º Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas.

Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação* (5ª Ed.). Braga: Psiquilibrios Edições.

Angermeyer, M., Matschinger, H. & Corrigan, P. (2004). Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophrenia Research*, 69(2), 175–182. doi: 10.1016/S0920-9964(03)00186-5.

Barker, G., Olukoya, A. & Aggleton, P. (2005). Young people, social support and help-seeking. *International Journal Adolescent Medicine Health*, 17(4), 315–335.

Benton, S. A., Robertson, J. M., Tseng, W., Newton, F. B. & Benton, S. L. (2003). Changes in counseling center client problems: Across 13 Years. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(1), 66-72.

Bíró, E., Balajti, I., Adány, R. & Kósa, K. (2010). Determinants of mental well-being in medical students. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 45(2), 253-258. doi: 10.1007/s00127-009-0062-0.

Burns, J. R. & Rapee, R. M. (2006). Adolescent mental health literacy: young people's knowledge of depression and help seeking. *Journal of Adolescence*, 29(2), 225–239. doi: 10.1016/j.adolescence.2005.05.004.

Campos, L., Dias, P., Duarte, A., Palha, F. & Veiga, E. (2014). Questionário de Literacia em Saúde Mental. In H. Almeida (2014). *Questionário de Literacia em Saúde Mental: Adaptação e estudo das características psicométricas numa amostra de adultos* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

Campos, L., Palha, F., Dias, P., Lima, V., Veiga, E., Costa, N. & Duarte, A. (2012). Mental health awareness intervention in schools. *Journal of Human Growth and Development*, 22(2), 259-266. doi: 0.1590/S0104-12822012000200020.

Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.

Chandra, A. & Minkovitz, C. S. (2006). Stigma starts early: Gender differences in teen willingness to use mental health services. *Journal of Adolescent Health*, 38(6), 754.e1-754. doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.08.011.

Colvero, L. A., Costardi, C. A. & Rolim, M. A. (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista Escola Enfermagem USP*, 38(2), 197-205.

Cornally, N. & McCarthy, G. (2011). Help-seeking behaviour: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 17(3), 280-288. doi: 10.1111/j.1440-172X.2011.01936.x.

Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. A. & Penn, D. L. (2001). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services*, 52(7), 953-958. doi: 10.1176/appi.ps.52.7.953.

Corrigan, P. W. & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765-776.

Corrigan, P. W. & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-2.

Cotton, S. M., Wright, A., Harris, M. G., Jorm, A. & McGorry, P. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(9), 790-796.

Direção Geral de Saúde [DGS] (2013). *Portugal Saúde Mental em Números - 2013: Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Eisenberg, D., Golberstein, E. & Gollust, S. E. (2007). Help-seeking and access to mental health care in a university student population. *Medicine Care*, 45(7), 594–601.

Farrer, L., Leach, L., Griffiths, K., Christensen, H. & Jorm, A. (2008). Age differences in mental health literacy. *BMS Public Health*, 8(125), 1-8. doi:10.1186/1471-2458-8-125.

Ferraz, M. F. & Pereira, A. S. (2002). A dinâmica da personalidade e o homesickness (saudades de casa) dos jovens estudantes universitários. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(2), 149-164.

Furnham, A. & Blythe, C. (2012). Schizophrenia literacy: The effect of direct experience with the illness. *Psychiatry Research*, 198(1), 18-23. doi: 10.1016/j.psychres.2011.12.025.

Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396-401. doi: 10.1192/bjp.177.5.396.

Jorm, A. F. (2012). Mental Health Literacy: Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243. doi: 10.1037/a0025957.

Jorm, A. F., Barney, L. J., Christensen, H., Highet, N. J., Kelly, C. M. & Kitchener, B. A. (2006). Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 3-5. doi: 10.1111/j.1440-1614.2006.01734.x.

Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B. & Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186.

Kelly, C. M., Jorm, A. F. & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Australia*, 187(7), 26-30.

Kelly, C. M., Mithen, J. M., Fischer, J. A., Kitchener, B. A., Jorm, A. F., Lowe, A. & Scanlan, C. (2011). Youth mental health first aid: a description of the program and an initial

evaluation. *International Journal of Mental Health Systems*, 5(4). doi: 10.1186/1752-4458-5-4.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archive of General Psychiatry*, 62(6), 593–602.

Loureiro, L. Jorm, A., Mendes, A., Santos, J., Ferreira, R. & Pedreiro, A. (2013). Mental health literacy about depression: a survey of portuguese youth. *BioMed Central Psychiatry*, 13(129), 1-8. doi:10.1186/1471-244X-13-129.

Loureiro, L., Pedreiro, A., Correia, S. & Mendes, A. (2012). Reconhecimento da depressão e crenças sobre procura de ajuda em jovens portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 13–17.

MacLean, A., Hunt, K. & Sweeting, H. (2013). Symptoms of Mental Health Problems: Children's and Adolescents' Understandings and Implications for Gender Differences in Help Seeking. *Children & Society*, 27(3), 161–173. doi:10.1111/j.1099-0860.2011.00406.x.

Martínez-Zambrano, F., García-Morales, E., García-Franco, M., Miguel, J., Villellas, R., Pascual, G., Arenas, O. & Ochoa, S. (2013). Intervention for reducing stigma: Assessing the influence of gender and knowledge. *World Journal of Psychiatry*, 3(2), 18-24. doi: 10.5498/wjp.v3.i2.18.

Mowbray, C. T., Megivern, D., Mandiberg, J. M., Strauss, S., Stein, C. H., Collins, K., Kopels, S., Curlin, C. & Lett, R. (2006). Campus mental health services: recommendations for change. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2): 226-37. doi: 0.1037/0002-9432.76.2.226.

Neves, M. C. & Dalgalarrodo, P. (2007). Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(4), 237-244. doi: 10.1590/S0047-20852007000400001.

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2001). *Mental disorders affect one in four people*. Consultado em: World Health Organization em http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/index.html.

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2002). *Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança* (1ª Ed.). Lisboa: Climepsi.

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2005). *Mental Health Action Plan for Europe Facing the Challenges, Building Solutions*. Denmark: World Health Organization.

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2011). *Evidence for gender responsive actions to promote mental health: Young people's health as a whole-of-society response*. Denmark: World Health Organization.

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2014). *Mental Health: Strengthening our response*. Consultado em: World Health Organization em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>.

Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S. & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*, 369(9569), 1302–1313. doi:10.1016/S0140-6736(07)60368-7.

Roberts, L. W., Warner, T. D., Lyketsos, C., Frank, E., Ganzini, L. & Carter, D. (2001). Perceptions of academic vulnerability associated with personal illness: a study of 1,027 students at nine medical schools. *Comprehensive Psychiatry*, 42(1):1-15.

Rosa, A., Loureiro, L. & Sequeira, C. (2014). Literacia em saúde mental de adolescentes: Um estudo exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Ed. Esp. 1), 125-132.

Silveira, C., Norton, A., Brandão, I. & Roma-Torres, A. (2011). Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior: Experiência da Consulta de Psiquiatria do Centro Hospitalar São João. *Acta Médica Portuguesa*, 24(S2), 247-256.

Tosevski, D. L., Milovancevic, M. P. & Gajic, S. D. (2010). Personality and psychopathology of university students. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(1), 48-52. doi: 10.1097/YCO.0b013e328333d625.

Uehara, T., Takeuchi, K., Kubota, F., Oshima, K., & Ishikawa, O. (2010). Annual transition of major depressive episode in university students using a structured self-rating questionnaire. *Asia-Pacific Psychiatry*, 2(2), 99-104. doi: 10.1111/j.1758-5872.2010.00063.x.

Verger, P., Combes, J. B., Kovess-Masfety, V., Choquet, M., Guagliardo, V., Rouillon, F. & Peretti-Wattel, P. (2008). Psychological distress in first year university students: socio-economic and academic stressors, mastery and social support in young men and women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(8), 643–650. doi: 10.1007/s00127-008-0486-y.

Wang, P. S., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., De Girolamo, G., Fayyad, J., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Kessler, R. C., Kovess, V., Levinson, D., Nakane, Y., Browne, M., Ormel, J. H., Posada-Villa, J., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B. E., Chatterji, S. & Ustun, T. B. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's: World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 177-185.

Watson, A. C., Corrigan, P. W., Larson, J. E. & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312-1318. doi: 10.1093/schbul/sbl076.

Williams, B. & Pow, J. (2007). Gender Differences and Mental Health: An Exploratory Study of Knowledge and Attitudes to Mental Health Among Scottish Teenagers. *Child & Adolescent Mental Health*, 12(1), 8-12. doi:10.1111/j.1475-3588.2006.00413.x.

Wright, A., Jorm, A., Harris, M. G. & McGorry, P. D. (2007). What's in a name? Is accurate recognition and labelling of mental disorders by young people associated with better help-seeking and treatment preferences? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(3), 244-250. doi: 10.1007/s00127-006-0156-x.

Yap, M. & Jorm, A. F. (2011). The influence of stigma on first aid actions taken by young people for mental health problems in a close friend or family member: findings from an Australian national survey of youth. *Journal of Affective Disorders*, 134(1-3), 473–477. doi:10.1016/j.jad.2011.05.039.

ANEXOS

Anexo 1. Características Sociodemográficas dos participantes

Tabela 1.1. PSM apresentado pelo indivíduo com o qual o participante teve contacto

Problema de saúde mental	N	%
Depressão	35	15.6%
Esquizofrenia	12	5.4%
Atraso Mental	1	0.4%
Oligofrenia	1	0.4%
Défice Cognitivo	2	0.9%
Alzheimer	7	3.1%
Autismo	5	2.2%
Dupla Personalidade	1	0.4%
Demência	1	0.4%
Pert. Obsessivo-Compulsiva	4	1.8%
Psicose Esquizo-Afetiva	1	0.4%
Delírio de Perseguição	2	0.9%
Pert. Bipolar	7	3.1%
Trissomia 21	3	1.3%
Paralisia Cerebral	1	0.4%
Pert. de Pânico	1	0.4%
Não distinguir sonhos com a realidade	1	0.4%
Não sei especificar	1	0.4%
Não se Aplica	138	61.6%

Tabela 1.2. Tipo de relação estabelecida com o indivíduo com PSM

Tipo de relação	N	%
Pai	3	1.3%
Mãe	9	3.9%
Irmão/Irmã	2	0.9%
Avô/Avó	5	2.2%
Tio(a)	8	3.5%
Primo(a)	5	2.2%
Amigo(a)	34	14.9%

Tipo de relação	N	%
Eu próprio(a)	1	0.4%
Familiar	6	2.6%
Conhecido	6	2.6%
Bisavô/Bisavó	1	0.4%
Avó do meu namorado	1	0.4%
Irmão de uma vizinha	1	0.4%
Vizinho	1	0.4%
Madrinha	1	0.4%
Madrasta	1	0.4%
Tia-Avó	1	0.4%
Utentes da instituição (IPSS)	1	0.4%
Utentes lar de idosos	1	0.4%
Colega da Escola	1	0.4%
Não se Aplica	139	61%

Tabela 1.3. Problemas de Saúde Mental experienciados pelos participantes

Problemas de Saúde Mental	N	%
Depressão	10	4.4%
Anorexia	1	0.4%
Pert. de Pânico	2	0.9%
Ansiedade	4	1.8%
Não sei	1	0.4%
Pert. da Ansiedade Generalizada	1	0.4%
Epilepsia	1	0.4%
Dificuldade de Adaptação	1	0.4%
Episodio	1	0.4%
Traumas	1	0.4%
Queda de bicicleta	1	0.4%
Indícios de Depressão	1	0.4%
Suicídio (Amigos)	1	0.4%
Cancro	1	0.4%
Não se Aplica	199	88.1%

Anexo 2. Autorização para a utilização do instrumento LSMq – Questionário de Literacia em Saúde Mental, versão para adultos (Campos et al., 2014)



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

Cara Dr.ª Joana
Teixeira,

Vimos por este meio, autorizar a utilização do Questionário de Literacia em Saúde Mental – versão adultos (Campos, Dias, Duarte, Palha & Veiga, 2014), para ser utilizada no estudo intitulado "PROCURA DE AJUDA PROFISSIONAL, RELAÇÃO COM OS NÍVEIS DE LITERACIA EM SAÚDE MENTAL E SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS".

Com os nossos melhores
cumprimento

Porto, 17 de novembro de 2014

Luísa Campos

Anexo 3. Autorização para a utilização do instrumento BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 2007)

Pedido de Autorização - BSI



2 anexos (total 7,5 MB)

Vista Ativa do Outlook.



BSI.pdf



2007_Inventario_de...

Transferir tudo como zip

Guardar tudo no OneDrive

Cara Dra. Joana Teixeira,

Está autorizada a utilizar a versão portuguesa do BSI (Canavarro, M. C., 1997), a qual se envia em anexo.

Para conhecer dados relativos a procedimentos de passagem e cotação, bem como informações sobre as características psicométricas do instrumento, deve consultar a bibliografia indicada na nossa página

web <http://gaius.fpce.uc.pt/saude/bsi.htm>, bem como capítulo de livro que também anexo ao presente email.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Rita Martins

(P'la Prof. Cristina Canavarro)

Anexo 4. Diferenças de Género relativamente à Literacia em Saúde Mental (dimensões e *score* global)

Género			
	Masculino	Feminino	
<i>Conhecimentos sobre os Problemas de Saúde Mental</i>	(n=73)	(n=149)	t(220)
	M (DP)	M (DP)	
	44.47 (3.95)	44.94 (4.09)	-0.82
<i>Crenças Erradas/Estereótipos</i>	(n=75)	(n=148)	t(221)
	M (DP)	M (DP)	
	19.32 (2.37)	18.66 (2.01)	2.08*
<i>Procura de Ajuda e Competências de Primeira Ajuda</i>	(n=75)	(n=150)	t(223)
	M (DP)	M (DP)	
	24.37 (2.65)	24.11 (2.76)	0.69
<i>Estratégias de Autoajuda</i>	(n=76)	(n=151)	t(225)
	M (DP)	M (DP)	
	17.29 (1.41)	17.05 (1.85)	0.98
<i>Literacia em Saúde Mental (score global)</i>	(n=71)	(n=145)	t(214)
	M (DP)	M (DP)	
	105.37 (5.28)	104.67 (6.31)	0.80

*p <.05; **p <0.01

Anexo 5. Associação entre o Género e a Procura de Ajuda Profissional

Género	Procura de Ajuda Profissional	
	<i>Com Procura</i>	<i>Sem Procura</i>
<i>Masculino</i>	7 (3.1%)	67 (29.8%)
<i>Feminino</i>	20 (8.9%)	131 (58.6%)

Nota: $\chi^2 = 0.67$, df = 1.

Anexo 6. Associação entre o Género e o Contacto Prévio com Problemas de Saúde Mental

Género	Contacto com problemas de saúde mental	
	<i>Com Contacto</i>	<i>Sem Contacto</i>
<i>Masculino</i>	19 (8.3%)	57 (25.0%)
<i>Feminino</i>	71 (31.1%)	81 (35.5%)

Nota: $\chi^2 = 9.9$, $df = 1$.

**p < 0.01

Anexo 7. Associação entre o Contacto Prévio com Problemas de Saúde Mental e a Procura de Ajuda Profissional

Contacto Prévio com PSM	Procura de Ajuda Profissional	
	<i>Com Procura</i>	<i>Sem Procura</i>
<i>Com Contacto</i>	21 (9.3%)	68 (30.2%)
<i>Sem Contacto</i>	6 (2.7%)	130 (57.8%)

Nota: $\chi^2 = 18.75$, $df = 1$.

***p < 0.001

Anexo 8. Associações entre a Literacia em Saúde Mental (dimensões e *score* global) e a Sintomatologia Psicopatológica (dimensões e índices gerais) na amostra global

Literacia em Saúde Mental	Procura de ajuda (help seeking) e Competência s de primeira ajuda (first aid skills)				Literacia em Saúde Mental (score global)
	<i>Conhecimentos sobre problemas de saúde mental</i>	<i>Crenças erradas/esteréotipos</i>	<i>Estratégias de autoajuda (self-help strategies)</i>		
Sintomatologia Psicopatológica					
<i>Somatização</i>	(n = 217)	(n = 218)	(n = 220)	(n = 222)	(n = 211)
	0.04	0.08	0.02	0.06	0.08

Literacia em Saúde Mental	<i>Conhecimentos sobre problemas de saúde mental</i>	<i>Crenças erradas/esteréotipos</i>	<i>Procura de ajuda (help seeking) e Competências de primeira ajuda (first aid skills)</i>	<i>Estratégias de autoajuda (self-help strategies)</i>	<i>Literacia em Saúde Mental (score global)</i>
<i>Obsessão-Compulsão</i>	(n = 218)	(n = 219)	(n = 221)	(n = 223)	(n = 212)
	0.05	0.03	-0.04	0.09	0.06
<i>Sensibilidade Interpessoal</i>	(n = 219)	(n = 220)	(n = 222)	(n = 224)	(n = 213)
	0.14*	0.01	-0.02	0.11	0.12
<i>Depressão</i>	(n = 216)	(n = 217)	(n = 219)	(n = 221)	(n = 210)
	0.10	0.04	-0.53	0.09	0.10
<i>Ansiedade</i>	(n = 220)	(n = 221)	(n = 223)	(n = 225)	(n = 214)
	0.05	0.03	0.02	0.08	0.08
<i>Hostilidade</i>	(n = 221)	(n = 222)	(n = 224)	(n = 226)	(n = 215)
	0.03	-0.01	-0.02	0.10	0.05
<i>Ansiedade Fóbica</i>	(n = 216)	(n = 217)	(n = 219)	(n = 221)	(n = 210)
	-0.00	0.13	0.02	0.04	0.06
<i>Ideação Paranóide</i>	(n = 219)	(n = 220)	(n = 222)	(n = 224)	(n = 213)
	0.02	0.07	-0.02	0.14*	0.08
<i>Psicoticismo</i>	(n = 220)	(n = 221)	(n = 223)	(n = 225)	(n = 214)
	0.05	-0.01	-0.08	0.11	0.02
<i>IGS</i>	(n = 222)	(n = 223)	(n = 225)	(n = 227)	(n = 216)
	0.06	0.04	-0.02	0.12	0.09
<i>TSP</i>	(n = 222)	(n = 223)	(n = 225)	(n = 227)	(n = 216)
	-0.03	0.06	-0.04	0.07	0.01

Literacia em Saúde Mental	<i>Conhecimentos sobre problemas de saúde mental</i>	<i>Crenças erradas/esteréotipos</i>	<i>Procura de ajuda (help seeking) e Competências de primeira ajuda (first aid skills)</i>	<i>Estratégias de autoajuda (self-help strategies)</i>	<i>Literacia em Saúde Mental (score global)</i>
	<i>ISP</i>	<i>ISP</i>	<i>ISP</i>	<i>ISP</i>	<i>ISP</i>
Sintomatologia Psicopatológica	(n = 222)	(n = 223)	(n = 225)	(n = 227)	(n = 216)
	0.14*	-0.04	0.01	0.11	0.12

*p < 0.05

Anexo 9. Diferenças na Procura de Ajuda Profissional relativamente à Literacia em Saúde Mental (dimensões e *score* global)

Procura de Ajuda Profissional			
	Com procura	Sem procura	
<i>Conhecimentos sobre problemas de saúde mental</i>	(n=27) M (DP)	(n=192) M (DP)	t(217)
	46.00 (5.09)	44.65 (3.85)	-1.64
<i>Crenças erradas/esteréotipos</i>	(n=27) M (DP)	(n=193) M (DP)	t(218)
	19.11 (2.69)	18.89 (2.06)	-0.51
<i>Procura de ajuda (help seeking) e Competências de primeira ajuda (first aid skills)</i>	(n=27) M (DP)	(n=195) M (DP)	t(220)
	24.07 (2.77)	24.26 (2.69)	0.34
<i>Estratégias de autoajuda (self-help strategies)</i>	(n=27) M (DP)	(n=197) M (DP)	t(222)
	17.15 (1.59)	17.14 (1.75)	-0.03
<i>Literacia em Saúde Mental (score global)</i>	(n=27) M (DP)	(n=186) M (DP)	t(211)
	106.33 (6.46)	104.82 (5.86)	-1.24

*p < .05

Anexo 10. Diferenças entre os níveis de Perturbação Emocional e a Literacia em Saúde Mental (dimensões e *score* total)

Perturbação Emocional			
	Não	Sim	
<i>Conhecimentos sobre os Problemas de Saúde Mental</i>	(n=156) M (DP)	(n=66) M (DP)	t(220)
	44.46 (3.95)	45.55 (4.18)	-1.84
<i>Crenças Erradas/Estereótipos</i>	(n=159) M (DP)	(n=64) M (DP)	t(221)
	18.89 (2.09)	18.84 (2.31)	0.16
<i>Procura de Ajuda e Competências de Primeira Ajuda</i>	(n=158) M (DP)	(n=67) M (DP)	t(223)
	24.11 (2.74)	24.39 (2.69)	-0.69
<i>Estratégias de Autoajuda</i>	(n=160) M (DP)	(n=67) M (DP)	t(225)
	16.93 (1.75)	17.61 (1.56)	-2.90**
<i>Literacia em Saúde Mental (score global)</i>	(n=153) M (DP)	(n=63) M (DP)	t(214)
	104.39 (6.08)	106.14 (5.60)	-2.04*

*p <.05; **p <0.01

Anexo 11. Associações entre Literacia em Saúde Mental (dimensões e *score* total) e a Sintomatologia Psicopatológica (dimensões e índices gerais) com o Grupo sem Procura de Ajuda Profissional e com Reduzida Probabilidade de Perturbação Emocional

Literacia em Saúde Mental			<i>Procura de ajuda (help seeking) e Competências de primeira ajuda (first aid skills)</i>	<i>Estratégias de autoajuda (self-help strategies)</i>	<i>Literacia em Saúde Mental (score global)</i>	
	<i>Conhecimentos sobre problemas de saúde mental</i>	<i>Crenças erradas/esteréotipos</i>				
Sintomatologia Psicopatológica	<i>Somatização</i>	(n = 639)	(n = 142)	(n = 141)	(n = 143)	(n = 136)
		-0.11	-0.09	0.01	-0.07	-0.12
	<i>Obsessão-Compulsão</i>	(n = 138)	(n = 141)	(n = 140)	(n = 142)	(n = 135)
		-0.06	0.03	-0.02	0.02	-0.02
	<i>Sensibilidade Interpessoal</i>	(n = 140)	(n = 143)	(n = 142)	(n = 144)	(n = 137)
		0.05	-0.06	-0.03	0.07	0.03
	<i>Depressão</i>	(n = 137)	(n = 140)	(n = 139)	(n = 141)	(n = 134)
		0.04	0.04	-0.06	-0.06	0.03
	<i>Ansiedade</i>	(n = 140)	(n = 143)	(n = 142)	(n = 144)	(n = 137)
		-0.13	-0.08	-0.09	-0.02	-0.13
	<i>Hostilidade</i>	(n = 141)	(n = 144)	(n = 143)	(n = 145)	(n = 138)
		-0.04	-0.12	0.01	0.06	-0.02
	<i>Ansiedade Fóbica</i>	(n = 137)	(n = 140)	(n = 139)	(n = 141)	(n = 134)
		-0.05	0.05	0.02	-0.14	-0.04
	<i>Ideação Paranóide</i>	(n = 140)	(n = 143)	(n = 142)	(n = 144)	(n = 137)
		-0.07	0.04	0.05	0.09	0.03
	<i>Psicoticismo</i>	(n = 140)	(n = 143)	(n = 142)	(n = 144)	(n = 137)

Literacia em Saúde Mental	<i>Conhecimentos sobre problemas de saúde mental</i>	<i>Crenças erradas/esteréotipos</i>	<i>Procura de ajuda (help seeking) e Competências de primeira ajuda (first aid skills)</i>	<i>Estratégias de autoajuda (self-help strategies)</i>	<i>Literacia em Saúde Mental (score global)</i>
<i>Psicoticismo</i>	-0.02	-0.15	-0.10	-0.02	-0.11
<i>IGS</i>	(n = 142)	(n = 145)	(n = 144)	(n = 146)	(n = 139)
	-0.06	-0.05	-0.01	0.01	0.04
<i>TSP</i>	(n = 142)	(n = 145)	(n = 144)	(n = 145)	(n = 139)
	-0.09	-0.03	0.01	0.01	-0.04
<i>ISP</i>	(n = 142)	(n = 145)	(n = 144)	(n = 145)	(n = 139)
	-0.01	-0.13	-0.07	-0.00	-0.04

*p < 0.05

Anexo 12. Associações entre Literacia em Saúde Mental (dimensões e *score* total) e a Sintomatologia Psicopatológica (dimensões e índices gerais) com o Grupo com Procura de Ajuda Profissional e com Reduzida Probabilidade de Perturbação Emocional

Literacia em Saúde Mental	<i>Conhecimentos sobre problemas de saúde mental</i>	<i>Crenças erradas/esteréotipos</i>	<i>Procura de ajuda (help seeking) e Competências de primeira ajuda (first aid skills)</i>	<i>Estratégias de autoajuda (self-help strategies)</i>	<i>Literacia em Saúde Mental (score global)</i>
<i>Somatização</i>	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)
	-0.36	0.34	-0.60*	0.21	-0.33

Literacia em Saúde Mental	<i>Procura de ajuda (help seeking) e Competências de primeira ajuda (first aid skills)</i>				<i>Literacia em Saúde Mental (score global)</i>
	<i>Conhecimentos sobre problemas de saúde mental</i>	<i>Crenças erradas/estereótipos</i>	<i>Estratégias de autoajuda (self-help strategies)</i>		
Sintomatologia Psicopatológica					
<i>Obsessão-Compulsão</i>	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)
	-0.31	0.00	-0.46	0.35	-0.29
<i>Sensibilidade Interpessoal</i>	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)
	-0.19	0.23	-0.26	0.19	-0.11
<i>Depressão</i>	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)
	-0.32	0.25	-0.62*	0.32	-0.30
<i>Ansiedade</i>	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)
	-0.03	0.38	-0.36	0.07	-0.04
<i>Hostilidade</i>	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)
	-0.39	0.34	-0.32	0.05	-0.28
<i>Ansiedade Fóbica</i>	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)
	-0.45	0.54	-0.21	-0.13	-0.27
<i>Ideação Paranóide</i>	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)
	-0.39	0.42	-0.24	0.31	-0.16
<i>Psicoticismo</i>	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)
	-0.61*	0.16	-0.27	0.25	-0.40
<i>IGS</i>	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)
	-0.41	0.42	-0.50	0.26	-0.29
<i>TSP</i>	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)

Literacia em Saúde Mental	<i>Conhecimentos sobre problemas de saúde mental</i>	<i>Crenças erradas/esteréotipos</i>	<i>Procura de ajuda (help seeking) e Competências de primeira ajuda (first aid skills)</i>	<i>Estratégias de autoajuda (self-help strategies)</i>	<i>Literacia em Saúde Mental (score global)</i>
<i>TSP</i>	-0.37	0.52	-0.46	0.19	-0.24
<i>ISP</i>	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)	(n = 12)
	-0.14	-0.64*	-0.28	0.45	-0.25

*p < 0.05; **p < 0.01

Anexo 13. Associações entre Literacia em Saúde Mental (dimensões e *score* total) e a Sintomatologia Psicopatológica (dimensões e índices gerais) com o Grupo sem Procura de Ajuda Profissional e com Elevada Probabilidade de Perturbação Emocional

Literacia em Saúde Mental	<i>Conhecimentos sobre problemas de saúde mental</i>	<i>Crenças erradas/esteréotipos</i>	<i>Procura de ajuda (help seeking) e Competências de primeira ajuda (first aid skills)</i>	<i>Estratégias de autoajuda (self-help strategies)</i>	<i>Literacia em Saúde Mental (score global)</i>
<i>Somatização</i>	(n = 49)	(n = 47)	(n = 50)	(n = 50)	(n = 46)
	0.13	0.18	-0.24	-0.02	0.04
<i>Obsessão-Compulsão</i>	(n = 50)	(n = 48)	(n = 51)	(n = 51)	(n = 47)
	-0.10	0.15	-0.35*	-0.09	-0.20
<i>Sensibilidade Interpessoal</i>	(n = 49)	(n = 47)	(n = 50)	(n = 50)	(n = 46)

Literacia em Saúde Mental			<i>Procura de ajuda (help seeking) e Competências de primeira ajuda (first aid skills)</i>	<i>Estratégias de autoajuda (self-help strategies)</i>	<i>Literacia em Saúde Mental (score global)</i>	
	<i>Conhecimentos sobre problemas de saúde mental</i>	<i>Crenças erradas/estereótipos</i>				
Sintomatologia Psicopatológica	<i>Sensibilidade Interpessoal</i>	0.10	0.19	-0.20	-0.11	-0.02
	<i>Depressão</i>	(n = 49)	(n = 47)	(n = 50)	(n = 50)	(n = 46)
		-0.02	0.16	-0.31*	-0.04	-0.10
	<i>Ansiedade</i>	(n = 50)	(n = 48)	(n = 51)	(n = 51)	(n = 47)
		0.20	0.12	-0.13	-0.00	0.08
	<i>Hostilidade</i>	(n = 50)	(n = 48)	(n = 51)	(n = 51)	(n = 47)
		0.06	0.11	-0.19	-0.11	-0.04
	<i>Ansiedade Fóbica</i>	(n = 49)	(n = 47)	(n = 50)	(n = 50)	(n = 46)
		0.06	0.17	-0.14	-0.02	0.03
	<i>Ideação Paranóide</i>	(n = 49)	(n = 47)	(n = 50)	(n = 50)	(n = 46)
		0.07	0.16	-0.27	0.03	-0.01
	<i>Psicoticismo</i>	(n = 50)	(n = 48)	(n = 51)	(n = 51)	(n = 47)
		-0.05	0.19	-0.31*	-0.10	-0.24
	<i>IGS</i>	(n = 50)	(n = 48)	(n = 51)	(n = 51)	(n = 47)
		0.06	0.19	0.31*	-0.07	-0.07
	<i>TSP</i>	(n = 50)	(n = 48)	(n = 51)	(n = 51)	(n = 47)
		0.01	0.14	-0.30*	-0.06	-0.11
	<i>ISP</i>	(n = 50)	(n = 48)	(n = 51)	(n = 51)	(n = 47)
		0.07	0.19	-0.12	-0.36**	-0.04

*p < 0.05; **p < 0.01

Anexo 14. Associações entre Literacia em Saúde Mental (dimensões e *score* total) e a Sintomatologia Psicopatológica (dimensões e índices gerais) com o Grupo com Procura de Ajuda Profissional e com Elevada Probabilidade de Perturbação Emocional

Literacia em Saúde Mental			<i>Procura de ajuda (help seeking) e Competências de primeira ajuda (first aid skills)</i>	<i>Estratégias de autoajuda (self-help strategies)</i>	<i>Literacia em Saúde Mental (score global)</i>
	<i>Conhecimentos sobre problemas de saúde mental</i>	<i>Crenças erradas/estereótipos</i>			
Sintomatologia Psicopatológica					
<i>Somatização</i>	(n = 14)	(n = 14)	(n = 14)	(n = 14)	(n = 14)
	0.26	0.11	0.46	0.41	0.58*
<i>Obsessão-Compulsão</i>	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)
	0.49	-0.23	0.60*	0.26	0.62*
<i>Sensibilidade Interpessoal</i>	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)
	0.55*	-0.44	-0.14	0.39	0.29
<i>Depressão</i>	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)
	0.51	-0.40	0.11	0.53*	0.40
<i>Ansiedade</i>	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)
	0.10	0.03	0.58*	-0.01	0.34
<i>Hostilidade</i>	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)
	-0.02	0.01	-0.07	0.37	0.03
<i>Ansiedade Fóbica</i>	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)
	-0.24	0.19	0.01	0.17	-0.08
<i>Ideação Paranóide</i>	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)
	0.25	-0.19	-0.34	0.21	0.02

Literacia em Saúde Mental	<i>Conhecimentos sobre problemas de saúde mental</i>	<i>Crenças erradas/estereótipos</i>	<i>Procura de ajuda (help seeking) e Competências de primeira ajuda (first aid skills)</i>	<i>Estratégias de autoajuda (self-help strategies)</i>	<i>Literacia em Saúde Mental (score global)</i>
<i>Psicoticismo</i>	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)
	0.32	-0.16	0.05	0.61*	0.34
<i>IGS</i>	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)
	0.36	-0.12	0.27	0.50	0.47
<i>TSP</i>	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)
	0.25	0.15	0.37	0.34	0.52*
<i>ISP</i>	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)	(n = 15)
	0.31	-0.33	0.02	0.51	0.22

*p < 0.05