



CATOLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

*QUESTIONÁRIO DE LITERACIA EM
SAÚDE MENTAL (LSM_q) VERSÃO JOVEM
ADULTO: UM ESTUDO MULTICULTURAL
ENTRE PORTUGAL E OS EUA*

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Ana Emília Rodrigues Soares Rebelo

Porto, julho de 2020



CATOLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

*QUESTIONÁRIO DE LITERACIA EM
SAÚDE MENTAL (LSMq) VERSÃO JOVEM
ADULTO: UM ESTUDO MULTICULTURAL
ENTRE PORTUGAL E OS EUA*

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Ana Emília Rodrigues Soares Rebelo

Trabalho efetuado sob a orientação de

Prof.^a Doutora Luísa Campos
Prof. Doutor Pedro Dias

Porto, julho de 2020

Agradecimentos

Esta dissertação não teria sido possível desenvolver e concluir sem o trabalho, rigor, dedicação, apoio e paciência indiscutível de ambos orientadores.

Em especial à Prof.^a Doutora Luísa Campos, por todo o apoio ao longo do Mestrado, pelos momentos de aprendizagem proporcionados, honestidade, boa disposição e muita paciência. Não consigo imaginar alguém melhor como orientadora: dedicada, humana, exigente, desafiante, sempre a ensinar algo novo e disposta a aprender com os alunos. Uma inspiração para mim enquanto pessoa e profissional. Obrigada!

Ao Prof. Doutor Pedro Dias, também por todo o apoio, profissionalismo, disponibilidade, dedicação e cuidado. Pela transmissão/partilha de conhecimentos e apelo ao crescimento profissional.

À minha mãe, pela companhia de horas incessantes para a conclusão desta etapa. Agradeço toda a ajuda, carinho, apoio incondicional ao longo de todo o meu desenvolvimento. Por toda a transmissão de sabedorias, ainda hoje e sempre. Por ser uma base irrefutável, seja qual o momento da minha vida.

Ao meu pai, por todos os momentos de reflexão filosóficos e amor incondicional. Por todas as palavras de incentivo e força que se constituem como pilar no meu crescimento pessoal e sucesso profissional.

À minha Sistra, por todo o apoio, conselhos estratégicos, ajuda e suporte seja em que momento/hora for. Por toda a confiança e incentivo a escalar sempre mais. Por ser um modelo que aspiro ser.

À Joana Marques, pela longa amizade, apoio e incentivo. Por toda a ajuda e tempo disponibilizado.

Ao meu trio de apoio, pela compreensão, paciência e, acima de tudo, amizade.

A todos os envolvidos direta e indiretamente, muito mais gostaria de dizer, mas *less is more*.

Índice

Resumo

Abstract

Capítulo I – Enquadramento teórico.....	1
1. Importância da literacia em saúde mental.....	1
1.1. <i>Variáveis que podem influenciar os níveis de literacia em saúde mental</i>	3
1.2. <i>A avaliação dos níveis de literacia em saúde mental</i>	3
2. Pertinência da realização de um estudo multicultural sobre literacia em saúde mental.....	5
Capítulo II - Método	7
1. Objetivo geral e objetivos específicos	7
2. Participantes	7
3. Instrumento.....	8
4. Procedimentos.....	10
4.1. <i>Procedimentos de recolha de dados</i>	10
4.2. <i>Procedimentos de análise de dados</i>	10
5. Apresentação dos resultados	11
Capítulo III – Discussão dos resultados e conclusões.....	19
1. Discussão dos resultados.....	19
2. Conclusões.....	23

Referências bibliográficas

Anexos

Índice de Anexos

Anexo I – Teste de *Qui Quadrado de associação da variável sexo em função do país*

Anexo II - Teste de *Qui Quadrado de associação da variável proximidade a problemas de saúde mental em função do país*

Índice de tabelas

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra portuguesa e norte-americana

Tabela 2 - Exemplos de itens do LSMq – versão jovens adultos para cada dimensão

Tabela 3 - Análise fatorial exploratória do LSMq - jovens adultos da versão norte-americana

Tabela 4 - Valores de *Alpha* de Cronbach do LSMq - jovens adultos versões portuguesa e norte-americana

Tabela 5 - Teste *T* para diferenças relativas aos níveis de LSM entre os participantes portugueses e norte-americanos

Tabela 6 - Teste *T* para diferenças nos níveis de LSM dos participantes norte-americanos, em função do sexo

Tabela 7 - Teste *T* para diferenças nos níveis de LSM dos participantes portugueses, em função do sexo

Tabela 8 – Teste *T* para diferenças nos níveis de LSM dos participantes norte-americanos, em função da proximidade a problemas de saúde mental

Tabela 9 - Teste *T* para diferenças nos níveis de LSM dos participantes portugueses, em função da proximidade a problemas de saúde mental

Tabela 10 - ANCOVA para testar diferenças nos níveis de LSM entre os participantes portugueses e norte-americanos, controlando as variáveis sexo e proximidade a problemas de saúde mental

Resumo

O presente estudo integra o projeto multicultural “*Expanding Mental Health Literacy*” e tem como principal objetivo estudar as características psicométricas do LSMq - versão jovem adulto e os níveis de literacia em saúde mental, numa perspetiva multicultural, em Portugal e nos EUA. Participaram 640 estudantes universitários, entre os 18 e os 25 anos de idade. Os resultados revelaram que as características psicométricas (estrutura fatorial e consistência interna) do LSMq, na versão norte-americana, foram globalmente equivalentes aos da versão original, o que permitiu estudar e comparar os níveis de literacia em saúde mental dos participantes portugueses e norte-americanos. Os resultados de uma ANCOVA, controlando o sexo e a proximidade a problemas de saúde mental, indicaram que os participantes portugueses apresentaram níveis superiores de literacia em saúde mental comparativamente aos dos norte-americanos. Os participantes do sexo feminino de ambos os grupos mostraram níveis mais elevados de literacia em saúde mental, corroborando os dados da literatura. Foram encontradas diferenças a nível dos conhecimentos dos participantes sobre problemas de saúde mental, apontando para existência de diferenças entre as culturas, especificamente, em todas as dimensões do conceito, exceto na dimensão crenças erradas/estereótipos. A proximidade a problemas de saúde mental associa-se a nível superiores de conhecimentos sobre problemas de saúde mental, mas na amostra norte americana este resultado não se verificou. O LSMq – jovens adultos é uma medida de interesse para avaliação dos níveis de literacia em saúde mental em populações, permitindo comparações entre os mesmos que poderão auxiliar no desenvolvimento de programas de promoção de literacia sobre problemas de saúde mental, capacitando-as para uma ação preventiva face ao aumento da prevalência dos problemas de saúde mental a nível mundial.

Palavras chave: Literacia em saúde mental; jovens adultos; estudo multicultural; questionário de literacia em saúde mental; Portugal; EUA; LSMq

Abstract

This study is part of the multicultural project “Expanding literacy in mental health” and aims to study the psychometric characteristics of the young adults’ version MHLq and the levels of mental health literacy in a multicultural perspective in Portugal and in the USA. Six-hundred and forty university students aged between 18 and 25 years old participated in this study. The MHLq - young adults was the object of study of this investigation and used to assess the participants' knowledge levels about mental health problems. Results revealed that the psychometric characteristics (factor structure and internal consistency) of the LSMq, in the North American version, were globally equivalent to those of the original version, which allowed to study and compare the levels of mental health literacy of Portuguese and North American participants. Female participants from both groups showed higher levels of mental health literacy, corroborating the literature data. Differences were found in participants' knowledge about mental health problems, pointing to differences between both cultures, specifically, in all dimensions of the concept except in erroneous beliefs/stereotypes dimension. Being close to mental health problems is associated with a greater knowledge level of mental health problems, but in North American participants this result wasn't verified. The MHLq - young adults is a measure of interest for assessing mental health literacy levels in populations, allowing comparisons between these that may assist in developing mental health literacy promotion programs in order to enable individuals to take preventive action facing the increasing prevalence of mental health problems worldwide.

Key word: Mental health literacy; young adults; multicultural investigation; mental health literacy questionnaire; Portugal; USA; MHLq

Capítulo I – Enquadramento teórico

1. Importância da literacia em saúde mental

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013), existem aproximadamente 450 milhões de pessoas com problemas de saúde mental, representando este número 13% dos problemas de saúde a nível mundial, estimando-se que 10 a 20% da população mundial venha a sofrer de, pelo menos, um problema de saúde mental ao longo da sua vida. Sabe-se ainda que, metade destes problemas se iniciam pelos 14 anos e são diagnosticados, muitas vezes, na idade adulta (Kessler et al., 2005).

Nos últimos anos, diversos estudos (Alonso et al., 2004; Gabriel & Violato, 2010a; Furnham & Swami, 2018; Kessler et al., 2003; Stewart et al., 2019; Tay, Tay & Klainin-Yobas, 2018) têm apontado para um aumento da prevalência de problemas de saúde mental em países como a Austrália, o Canadá, os Estados Unidos, o Reino Unido, Portugal e a Alemanha (Ganahl et al., 2015). Portugal é o quinto país da União Europeia com maior prevalência de problemas de saúde mental, apresentando uma taxa de prevalência de 18,4%, incluindo problemas como: ansiedade, depressão ou problemas com o consumo de álcool e drogas (Organização e Cooperação de Desenvolvidos Económicos [OCDE], 2018). Nos EUA, segundo o *National Institutes of Mental Health* (NIMH, 2017), 19,1% dos adultos têm problemas de ansiedade, 31,1% experienciarão problemas de saúde mental em algum momento da sua vida e estima-se que 6,7% passará, pelo menos, por um episódio de depressão major. O mesmo estudo revela que mais de 11 milhões de americanos não recebem ajuda, por parte dos serviços de saúde mental, devido a dificuldades no acesso a tratamento, o que parece conduzir a uma diminuição da procura de ajuda (NIMH, 2017).

O aumento da prevalência dos problemas de saúde mental em vários países, conduz à necessidade de se adotarem medidas de carácter preventivo, pois a deteção precoce de sinais e sintomas de problemas de saúde mental, aumenta a probabilidade de sucesso em termos de tratamento (Campos et al, 2016; Furnham & Hamid, 2014; Jorm, 2012; Kessler et al, 2005; Kelly, Jorm e Wright, 2007; Loureiro, 2012; Mcluckie et al., 2014; Reavley & Jorm, 2011). Como tal, um exemplo de adoção de medidas preventivas ao nível da saúde mental, a promoção de literacia, uma vez que a falta de conhecimentos parece dificultar a identificação e a implementação de recursos ajustados perante os mesmos problemas (Goldney, Fisher & Wilson, 2001; Furnham, 2017; Jorm, 2012; Kutcher et al., 2016; O'Connor & Casey, 2015; Spiker & Hammer, 2018).

Na década de 90, surgiu o conceito literacia em saúde mental (LSM), proposto por Jorm e colaboradores (1997). A LSM é um conceito multifatorial que assenta em três constructos principais - conhecimento, reconhecimento e atitude (Sullivan, Murphy & Blacker, 2020). Este conceito engloba: 1) o conhecimento relativo à prevenção de problemas de saúde mental; 2) o reconhecimento de sinais e sintomas (i.e., ser capaz de identificar o início do desenvolvimento do problema); 3) a identificação de opções e tratamentos disponíveis e ajustados; e 4) o conhecimento de estratégias ajustadas de autoajuda e de competências de primeira ajuda para apoiar terceiros que estejam a desenvolver e/ou tenham um problema de saúde mental (Jorm, 2012).

Segundo Jorm (2012), não é suficiente ter informação/conhecimento acerca de problemas de saúde mental, importa também implementar ações adequadas na resolução dos problemas, ou seja, aliar o conhecimento à ação. Esta ideia tem sido reforçada em estudos de investigadores como Kutcher e colaboradores (2015) que apresentam o conceito de LSM como sendo mais do que possuir conhecimentos sobre problemas de saúde mental. Os mesmos autores afirmam ser necessário promover a manutenção da saúde mental, utilizando estratégias capazes de reduzir o estigma e que permitam a procura de tratamento adequado (Kutcher et al., 2015).

Assim, entende-se que a LSM não se limita apenas ao indivíduo (Jorm, 2012) e que ter níveis de LSM elevados conduz a atitudes e crenças menos estigmatizantes face a problemas de saúde mental (Rüsch et al., 2011; Kelly, Jorm & Wright, 2007; Spiker & Hammer, 2018). Por outro lado, baixos níveis de LSM podem dificultar o reconhecimento de problemas de saúde mental (seja no próprio ou em terceiros) (McLuckie et al., 2014), atraso na procura de ajuda, uso de recursos e estratégias inadequadas de ação, bem como dificuldades de comunicação com profissionais de saúde e menor adesão a tratamentos (Gabriel & Violato, 2010b; Jorm, 2000; 2012; Jorm et al., 2006; Kelly, Jorm & Wright, 2007; Stewart, 2019).

O estigma associado a problemas de saúde mental é uma das principais barreiras à LSM, sendo este um conceito muito presente na literatura sobre a saúde mental (Corrigan & O'Shaughnessy, 2007; Cheng et al., 2018; Lydson et al., 2019; Rafal, Gatto & DeBate, 2018; Stewart, 2019). O estigma associado a problemas de saúde mental caracteriza-se, por exemplo, por comportamentos de distanciamento social (i.e., distanciar-se de quem tem problemas de saúde mental) (Corrigan et al., 2001). Este distanciamento social pode contribuir para baixos níveis de conhecimentos sobre a saúde mental, promovendo atitudes de discriminação face a quem tem problema de saúde mental (Rose et al., 2007). Pode também ser exacerbado por sentimentos de medo, pena ou raiva relacionados com baixos níveis de LSM e pouca experiência com estes problemas (Alonso et al., 2004).

1.1. Variáveis que podem influenciar os níveis de literacia em saúde mental

Nos estudos desenvolvidos, tem sido explorado o papel de variáveis que potencialmente influenciam os níveis de LSM, nomeadamente o sexo, a idade, a proximidade a alguém com problemas de saúde mental (Couture & Penn, 2003; Hadjimina & Furhnam, 2017; Lauber et al., 2003; Rüsçh, Angermeyer & Corrigan, 2005; Tay, Tay & Klainin-Yobas, 2018) e a cultura (Altweck et al., 2015; Choudhry et al., 2016; Hamid & Furnham, 2014).

Os resultados destes estudos apontam para que jovens adultos do sexo feminino (Furhnam, 2016; Jung, von Sternberg & Davis, 2016; O'Connor, Casey, & Clough, 2014; Spiker & Hammer, 2018) e com proximidade a problemas de saúde mental (Campos et al., 2016; Chandra & Minkovitz, 2007; Cotton et al., 2006; Dias et al., 2018; Green et al., 2020; Furham, 2017; Gulliver, Griffiths & Christensen, 2010; Jorm, 2000; Lyndon et al., 2019; Williams & Pow, 2007) apresentam níveis superiores de LSM.

No que diz respeito à cultura e à influência da mesma nos níveis de LSM, fatores como as crenças pessoais, religião, língua, diversidade cultural e experiência subjetiva parecem influir nos conhecimentos sobre problemas de saúde mental (Altweck et al., 2015; Hamid & Furnham, 2014; Jorm, 2012; Kutcher et al., 2016; Sheikh & Furnham, 2000). Como tal, resultados de alguns estudos sobre a LSM e a cultura apontam para a existência de diferenças culturais nos níveis de LSM. Estudos que compararam os níveis de LSM de participantes de países de diferentes continentes América do Norte, Europa, Ásia e África (Altweck et al., 2015) - concluíram que os participantes de países mais desenvolvidos revelaram valores mais superiores (Furnham & Hamid, 2014).

Do exposto, e tal como já mencionado, a LSM é considerada um pré-requisito para o reconhecimento e para a intervenção atempada em problemas de saúde mental (Mckluckie et al., 2014). Ao longo deste ponto procurou reforçar-se a importância deste conceito e as consequentes vantagens de se promover a LSM. Assim, para aumentar os conhecimentos das populações sobre problemas de saúde mental, através da estratégia de promoção de LSM, torna-se fundamental aceder aos conhecimentos das mesmas, de forma a avaliar os seus níveis de LSM (Campos et al., 2016; Dias et al., 2018) para, assim, se poder planear/desenhar intervenções adequadas e avaliar a eficácia das mesmas (Furnham & Hamid, 2014; Jorm, 2012).

1.2. A avaliação dos níveis de literacia em saúde mental

Relativamente à avaliação dos níveis de LSM, a metodologia que tem sido mais estudada são as vinhetas (Jung, Sternberg & Davis, 2016). As vinhetas constituem-se por uma breve descrição

de um caso com critérios de diagnóstico específicos de problemas de saúde mental (Sai & Furnham, 2013). As vinhetas de Jorm e colaboradores (1997) relativas à depressão e à esquizofrenia são as mais conhecidas. Atualmente, existem mais de 30 vinhetas estudadas em diversos estudos, capazes de descrever diferentes problemas de saúde mental (Angermeyer, Holzinger, A., & Matschinger, 2009; Furnham & Hamid, 2014; Sai & Furnham, 2013; Jorm & Griffiths, 2008; Yap, Wright & Jorm, 2011; Wang & Lai, 2008). Este tipo de avaliação da LSM tem revelado algumas limitações, nomeadamente, não avaliaram o conceito de LSM como um todo, centrando-se em descrições específicas de alguns problemas de saúde mental, ignorando outros diagnósticos de problemas de saúde mental (Gabriel & Violato, 2010a; Jung, Sternberg & Davis, 2016; O'Connor, Casey & Clough, 2014; Wei et al., 2015).

Existem outras metodologias para avaliação da LSM, designadamente questionários de escolha múltipla. A maioria dos questionários, como é o caso do *Mental Health Literacy Scale* (Casey & O'Connor, 2015), *Beliefs Toward Mental Illness Scale* (Hirai & Clum, 2000), *Multicomponent MHL Scale* (Jung, Sternberg & Davis, 2016), o *Illness Perception Questionnaire-Revised* (Cabassa et al., 2008) e o *Multiple-Choice Knowledge of Mental Illnesses Test* (Compton et al., 2011), são descritos como tendo limitações na avaliação da LSM (Wei et al., 2015). Alguns destes questionários não foram estudados quanto às suas características psicométricas (Hess et al., 2004; Hickie et al., 2007; Wood & Wahl, 2006) ou avaliam componentes específicas da LSM (Cabassa et al., 2008; Compton et al., 2011; Gabriel & Violato, 2009; Hirai & Clum, 2000), dificultando assim, a comparação dos níveis de LSM entre populações ou culturas (Wei et al., 2015). Algumas destas medidas de avaliação apresentam, também, como limitação o facto de terem sido estudadas em populações da área de saúde mental (e.g., profissionais de saúde e estudantes) (Cabassa et al., 2008; Gabriel & Violato, 2009; Jung, Sternberg & Davis, 2016; Wood & Wahl, 2006).

Alguns estudos sobre a LSM combinam as duas medidas de avaliação (i.e., vinhetas e questionários): *QualisMental* (Loureiro, 2015); o *Mental Health Knowledge Schedule* (Evans-Lacko et al., 2010) e o *Knowledge of Depression Multiple Choice Question Instrument* (Gabriel & Violato, 2009; Hess et al., 2004).

Diversos investigadores apontam para a necessidade de se avaliar a LSM de acordo com a definição proposta por Jorm e colaboradores (Kutcher et al., 2016; Spiker & Hammer, 2018; Wei et al., 2016), reforçando a necessidade de se avaliarem todas as suas dimensões.

Neste sentido, foi desenvolvido o questionário de literacia em saúde mental (LSMq) - versão jovens (Campos et al, 2016) com o objetivo de avaliar todas as componentes do conceito de LSM

em amostras alargadas de jovens, visando responder a algumas das limitações presentes na literatura sobre a avaliação da LSM, já descritas anteriormente (Campos et al., 2016). Em 2018, Dias e colaboradores, publicaram a versão do LSMq para jovens adultos, entre os 18 e os 25 anos, validado para a população portuguesa.

O LSMq versão jovem adulto é um questionário de autorrelato, capaz de fornecer uma avaliação compreensiva da LSM através de quatro dimensões: 1) conhecimentos sobre problemas de saúde mental (*Knowledge of mental health problems*), 2) crenças erradas/estereótipos (*Erroneous beliefs/stereotypes*), 3) competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda (*First aid skills and help seeking behaviour*) e 4) estratégias de autoajuda (*self-help strategies*).

No estudo das características psicométricas do LSMq - jovens adultos (Dias et al., 2018), os resultados apontaram para bons níveis de validade e de consistência interna. Ao nível do impacto das variáveis sociodemográficas nos níveis de LSM, os participantes do sexo feminino e os que referiram ter proximidade a problemas de saúde mental apresentaram níveis superiores de LSM. Estes resultados, descritos por Dias e colaboradores (2018), são corroborados noutros estudos (Campos et al., 2016; Chandra & Minkovitz, 2007; Cotton et al., 2006; Dias et al., 2018; Furham, 2017; Gulliver, Griffiths & Christensen, 2010; Jorm, 2000; Williams & Pow, 2007).

Na sequência da publicação do LSMq - jovens adultos foi iniciado um projeto multicultural – “*Expanding mental health literacy*” – cujo objetivo é estudar a LSM em diferentes culturas, populações e grupos etários, no qual o presente estudo se integra.

2. Pertinência da realização de um estudo multicultural sobre literacia em saúde mental

A investigação do tipo multicultural é um método de pesquisa científica centrado em comparações sistemáticas entre duas culturas, cujo objetivo é dar respostas a questões sobre a incidência, distribuições e/ou causas de variações culturais e problemáticas complexas de domínio amplo (Byrne et al., 2009).

A literatura apresenta orientações específicas da investigação multicultural, que auxiliam na construção e na expansão de medidas de avaliação para versões multilingues, resultando no aumento do número de investigações multinacionais e multiculturais (Beaton et al., 2002; Hambleton, 2005).

No processo de desenvolvimento de medidas de avaliação, a maioria dos instrumentos é desenvolvida em inglês. No entanto, para utilização em países nos quais o inglês não é a língua principal, ou em grupos culturais que diferem da língua originalmente usada para desenvolver o

instrumento, traduzir e adaptar é uma solução eficiente permitindo, posteriormente, uma comparação cultural do tipo *emic*. *Emic* que se traduz por desenvolver uma investigação multicultural centrada na perspetiva social e do ponto de vista do indivíduo inserido na cultura; ao contrário do tipo de comparação *etic*, que se centra numa investigação com análise da cultura de uma perspetiva de alguém exterior ao grupo social, i.e., alguém que não está inserido na cultura (Brislin, 2007).

O cenário último mais desejável em investigações multiculturais é conseguir usar um só instrumento em vários países e culturas ao mesmo tempo, tal como acontece com diversos instrumentos, tais como o Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach et al., 2008; Brislin, 2007; Sprangers et al., 1993; Van Widenfelt et al., 2005).

O procedimento utilizado para a adaptação de um questionário para um outro país, cultura e/ou idioma exige um processo metodológico único que inclui etapas de tradução, adaptação e avaliação da validade. A tradução do instrumento é uma etapa crucial e inicial no processo de validação. Segue-se a adaptação, que inclui todos os processos relacionados ao ajustamento cultural do instrumento. Segundo os autores Cassepp-Borges e colaboradores (2010), é uma tarefa complexa que exige planeamento, de forma a manter o conteúdo e a análise das características psicométricas iniciais do instrumento. Para tal, os mesmos autores sugerem os seguintes passos:

1. Autorização dos autores do instrumento original para a validação para outro país;
2. Tradução do instrumento do idioma de origem para o idioma do país alvo e posterior retroversão (*backtranslation*);
3. Validação de conteúdo por outros elementos que não da equipa que realizou a tradução e retrotradução;
4. Avaliação do instrumento através da administração ao público-alvo.

Como resultado final, surgem versões do instrumento de avaliação equivalentes ao original, mas adaptadas linguística e culturalmente a um contexto diferente. No fim das etapas é realizada uma análise psicométrica, nomeadamente, a avaliação da estrutura fatorial do instrumento através de procedimentos estatísticos, tais como análises fatoriais, bem como outros testes de validade e fidelidade (Borsa, Damásio & Bandeira, 2012; Pasquali, 2009).

Este tipo de investigação permite, assim, comparar estudos entre grupos de várias culturas e línguas, economizar tempo e recursos financeiros e expandir/alcançar a homogeneidade de avaliação, nomeadamente em saúde mental, podendo facilitar na troca de informações na comunidade científica internacional (Arafat et al., 2016; Hambleton, 2005).

Do exposto, considerando a importância de se promover e de se avaliar a LSM em diferentes populações e culturas, surgiu o projeto “*Expanding Mental Health Literacy*”, no qual o presente estudo se integra.

Capítulo II - Método

1. Objetivo geral e objetivos específicos

O presente estudo tem como objetivo geral estudar as características psicométricas do LSMq da versão jovem adulto e os níveis de literacia em saúde mental, numa perspetiva multicultural, em Portugal e nos EUA. Mais especificamente:

- 1) Estudar as características psicométricas da versão norte-americana do LSMq (versão jovem adulto), comparando-as com as da versão portuguesa;
- 2) Comparar os níveis de LSM do grupo dos jovens portugueses e norte-americanos, considerando o papel das variáveis sexo e proximidade a problema de saúde mental.

2. Participantes

Fizeram parte deste estudo 640 estudantes universitários, entre os 18 e os 25 anos:

- 181 portugueses, que integravam a amostra dos 356 participantes que participaram no estudo de validação do LSMq versão jovem adulto (Dias et al., 2018);
- 459 norte-americanos.

A amostra portuguesa tem uma média de idades de 20.5 (DP =1.9), a maioria pertencia ao sexo feminino (63.3%), e cerca de metade referiu ter proximidade a problemas de saúde mental (49.2%).

Quanto à amostra norte-americana, a média de idades foi de 20,6 (DP = 1.98), a maioria pertencia ao sexo feminino (61.2%) e a maioria (63.1%) referiu ter proximidade a problema de saúde mental. Quanto à ocupação, os participantes são estudantes universitários do de diferentes anos e frequentam cursos diferentes, sendo psicologia o curso mais frequente (32.5%).

A Tabela 1 apresenta uma descrição das variáveis sociodemográficas da amostra

Tabela 1*Características sociodemográficas da amostra portuguesa e norte-americana*

Variáveis sociodemográficas	Amostra portuguesa		Amostra norte-americana	
	n	%	n	%
Sexo				
Feminino	114	63.3	281	61.2
Masculino	66	36.7	178	38.8
Média de idades (DP)	20.5	(1.9)	20.6	(2.0)
Proximidade a problemas de saúde mental				
Sim	89	49.2	285	63.1
Não	92	50.8	167	36.9

3. Instrumento

O LSMq – jovens adultos (Dias et al., 2018) tem como objetivo avaliar os níveis de LSM, dividindo-se em duas partes. A primeira corresponde ao questionário sociodemográfico com variáveis sobre idade, sexo, estado civil, nacionalidade, área de residência, habilitações literárias e profissão/ocupação. Além disso, fazem ainda parte três questões sobre o conhecimento de alguém com problema de saúde mental, especificando o problema de saúde mental e qual a relação com a pessoa identificada.

A versão do LSMq – jovens adultos, utilizada com os participantes norte-americanos, foi adaptada à cultura norte-americana, tendo sido alteradas algumas questões no questionário sociodemográfico. Relativamente ao sexo, para além das opções “masculino” e “feminino”, foram incluídas as opções “género não binário”, “não conformidade de género”, “*genderqueer*” e “prefiro não responder”. Relativamente a questões académicas, existem questões sobre o curso e ano que se encontra a frequentar.

A segunda parte do LSMq – jovens adultos inclui 29 itens sob a forma de afirmação, respondidas numa escala de *Likert* de 1 a 5, em que “1” deve ser selecionado se os participantes consideram que a afirmação corresponde a discordo muito, “2” se discordam, “3” se não concordam, nem discorda, “4” concordam e “5” se concordam muito.

O LSMq – jovens adultos organiza-se em quatro dimensões: 1) conhecimentos sobre problemas de saúde mental (*Knowledge of mental health problems* – itens 2, 3, 9, 12, 16, 20, 22, 24, 25, 27, 28); 2) crenças erradas/estereótipos (*Erroneous beliefs/stereotypes* – itens 6, 10, 11, 13, 14, 15, 21, 23); 3) competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda (*First aid skills and help seeking behaviour* – itens 4, 5, 8, 17, 18, 29) e 4) estratégias de autoajuda (*self-help strategies* – itens 1, 7, 19, 26).

Apresentam-se na Tabela 2 alguns exemplos de itens do LSMq – jovens adultos correspondente a cada dimensão:

Tabela 2

Exemplos de itens do LSMq – jovens adultos para cada dimensão

Dimensões	Itens do LSMq – jovens adultos
Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	Item 2: “Uma pessoa com depressão sente-se muito infeliz”
Crenças erradas/estereótipos	Item 6: “Uma perturbação mental não afeta o comportamento”
Competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda	Item 4: “Se eu estivesse com uma perturbação mental procuraria a ajuda de pessoas da minha família”
Estratégias de autoajuda	Item 1: “A prática de exercício físico contribui para uma boa saúde mental”

Fonte: LSMq - jovens adultos (Dias et al., 2018).

No que diz respeito às características psicométricas, a versão original do LSMq – jovens adultos, apresentou bons níveis de consistência interna (*Alpha* de Cronbach do *score* total = .84), em específico, os quatro fatores que organizam o questionário apresentaram bons níveis também, sendo os valores de *Alpha* de Cronbach os seguintes: 1) conhecimentos sobre problemas de saúde mental, $\alpha = .74$; 2) crenças erradas/estereótipos, $\alpha = .72$; 3) competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda, $\alpha = .71$ e 4) estratégias de autoajuda, $\alpha = .60$.

4. Procedimentos

4.1. Procedimentos de recolha de dados

A recolha de dados correspondente ao grupo de participantes portugueses foi realizada com o LSMq – jovens adultos de versão portuguesa, no âmbito da dissertação de mestrado de Almeida (2014). Nesse estudo todos os participantes assinaram um consentimento informado e o LSMq foi administrado a jovens adultos em ambiente educacional.

Aquando da adaptação do LSM para a versão jovens adultos, foi desenvolvida a versão inglesa. A tradução foi, assim, realizada pela equipa de investigação autora da versão portuguesa e, posteriormente, a retroversão foi efetuada por duas tradutoras bilingues.

No que diz respeito à recolha de dados no grupo de participantes norte-americanos, foi utilizada a versão em língua inglesa do LSMq – jovens adultos, não tendo sido realizadas alterações nos itens referentes à segunda parte do questionário. Os dados foram recolhidos junto de estudantes em quatro faculdades diferentes de uma Universidade pública. Num primeiro momento, foram solicitadas autorizações aos respetivos Conselhos de Direção, através do envio de carta por correio eletrónico. Estas cartas descreviam o âmbito do projeto, os seus objetivos e procedimentos de recolha de dados.

Todos os métodos de recrutamento e administração foram conduzidos de acordo com um protocolo aprovado pela comissão de ética da Universidade norte americana.

Cada participante recebeu um formulário de consentimento informado, sendo apresentado o projeto, os objetivos, assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados, assim como o direito de desistência a qualquer momento do estudo. Os participantes foram recrutados maioritariamente em salas de aula, bares e salas de estudantes do *campus*. Foram partilhadas mensagens em grupos universitários e de forma a incentivar a participação, alguns estudantes receberam 5 USD e outros receberam créditos para investigação. Nos casos em que foi administrado em sala de aula, as instruções foram lidas em voz alta mencionando tipo de resposta e tempo de preenchimento.

4.2. Procedimentos de análise de dados

Os dados foram introduzidos e analisados no programa *IBM SPSS Statistics* versão 27.0 (IBM, 2019). Para análise dos dados sociodemográficos recorreu-se à estatística descritiva, onde foi possível analisar a idade dos participantes, o sexo, a ocupação e a proximidade a problemas de saúde mental.

Quanto à proximidade a problemas de saúde mental, foi criada uma nova variável no SPSS que agregou os dados sobre a proximidade, incluindo apenas se tinham ou não proximidade a alguém com problemas de saúde mental.

De forma a dar resposta aos objetivos específicos, procedeu-se à análise de validade e fidelidade do LSMq - jovens adultos na amostra norte americana. Para tal, recorreu-se à análise fatorial exploratória e análise de consistência interna (*Alpha* de Cronbach), respetivamente.

Relativamente à análise fatorial exploratória e consistência interna, dividiu-se em duas etapas:

1. Análise fatorial exploratória com rotação *Varimax*; teste de *Barlett* e teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO);
2. Análise da fidelidade do instrumento testada através da consistência interna com a análise do *Alpha* de Cronbach.

Posteriormente, recorreu-se à estatística inferencial para comparação dos níveis de LSM entre o grupo de participantes portugueses e norte-americanos. Estas análises dividiram-se em três etapas:

1. Teste *T* para amostras independentes, com objetivo de testar as diferenças nos níveis de LSM entre os grupos de participantes das duas culturas;
2. Teste de qui-quadrado, com objetivo de examinar a associação das variáveis sexo e proximidade com a variável país e, novamente, Teste *T* para amostras independentes para testar diferenças quanto aos níveis de LSM em relação ao sexo e proximidade, em cada um dos dois grupos de participantes;
3. Análise de covariância (ANCOVA) para testar diferenças nos níveis de LSM entre os dois grupos de participantes, controlando as variáveis sexo e proximidade a problema de saúde mental.

5. Apresentação dos resultados

Os resultados do presente estudo serão apresentados de acordo com os dois objetivos específicos definidos.

1) Comparação das características psicométricas da versão portuguesa e da versão norte americana do LSMq – jovens adultos

A Tabela 3 apresenta a análise das características psicométricas (análise fatorial exploratória) do LSMq – jovens adultos da versão norte-americana.

Nesta análise fatorial o fator 1 assumiu-se de forma diferente correspondendo ao fator 2 da versão do LSMq original, assim, na Tabela 3 o fator 1 apresenta-se como *crenças erradas/estereótipos* e o fator 2 como *conhecimentos sobre problemas de saúde mental*.

Também, nesta análise fatorial, o item 18 saturou no fator *estratégias de autoajuda*, diferindo da análise fatorial do LSMq original (Dias et al., 2018), em que o mesmo item saturou no fator *competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda*.

A estrutura fatorial do LSMq versão norte-americana manteve-se semelhante à estrutura do LSMq versão portuguesa (Dias et al., 2018), organizando-se igualmente em quatro fatores, sendo a percentagem de variância explicada pelos mesmos de 55.84%. O LSMq versão norte-americana apresentou uma versão final de 28 itens, diferente da versão original.

Tabela 3

Análise fatorial exploratória do LSMq – jovens adultos da versão norte-americana

Itens do LSMq jovens adultos	Fator* 1	Fator* 2	Fator 3	Fator 4
	Crenças erradas/estereótipos	Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	Competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda	Estratégias de autoajuda
15	- .77	- .25		
6.	- .76			
13.	- .71	- .25		
23.	- .67		- .22	
27.	.66	.29	.23	
10.	- .65			
9.	.64	.37	.23	
14.	.59	.36		
5.	.56		.31	
1.	.56	.43	.23	.22
25.	.53	.46		
3.	.51	.21	.32	
20.	.51	.36	.32	
2.	.37	.32	.32	
22.	.36	.30		

12.		.75		
24.	.27	.72		
16.	.25	.61		
28.	.36	.59	.22	
7.	.46	.51	.21	.22
19.	.41	.50		.45
26.	.38	.46	.22	.32
29.			.86	
17.	.21		.85	
8.			.81	
11.	.45	.25	.60	
18.				.72
4.			.32	.70
R ² (%)	23.35	13.81	12.21	6.47

Nota: *Nesta análise fatorial o Fator 1 assumiu-se de forma diferente correspondendo ao Fator 2 da versão do LSMq original e vice-versa. R² total (%) = 55.84

A Tabela 4 apresenta os valores de *Alpha* de Cronbach do LSMq – jovens adultos, relativos à versão original e à versão norte americana, sendo possível verificar que esta última apresenta, globalmente, valores superiores. Do ponto de vista estatístico, a eliminação do item 18 na versão norte-americana do LSMq levou a um aumento do valor do *Alpha* de Cronbach no fator 3 – “competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda” de .79 para .80 e, conseqüentemente, um aumento do *Alpha* de Cronbach da consistência interna do *score* total.

Tabela 4

Valores de Alpha de Cronbach do LSMq – jovens adultos versões portuguesa e norte-americana

Fatores do LSMq	Amostra portuguesa	Amostra norte-americana
Fator 1	.74	.86
Fator 2	.72	.87
Fator 3	.71	.79
Fator 4	.60	.85
<i>Score</i> total	.84	.94

2) Comparação dos níveis de LSM do grupo dos jovens adultos portugueses e norte-americanos, considerando o papel das variáveis sexo e proximidade a problemas de saúde mental

A Tabela 5 apresenta a análise das diferenças entre os níveis de LSM dos participantes portugueses e norte-americanos. Verificaram-se diferenças significativas entre os participantes ao nível dos *conhecimentos sobre problemas de saúde mental*. Verificaram-se, também, diferenças relativamente às dimensões *competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda, estratégias de autoajuda e score total*, no sentido que os participantes portugueses apresentaram níveis de LSM mais elevados.

Ao nível da dimensão *crenças erradas/estereótipos*, não se verificaram diferenças significativas, sendo que ambos grupos parecem apresentar níveis aproximados de LSM nesta dimensão.

Tabela 5

Teste T para diferenças relativas aos níveis de LSM entre os participantes portugueses e norte-americanos

Dimensões	Amostra		
	Portuguesa	Norte-americana	
	(n) Média (DP)	(n) Média (DP)	
Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	181 4.04 (.41)	455 3.82 (.78)	$t(583.585) = 4.65^{***}$
Crenças erradas/estereótipos	181 4.18 (.55)	454 4.11 (.86)	$t(514.327) = 1.14$
Competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda	181 3.98 (.53)	454 3.72 (.95)	$t(565.855) = 4.42^{***}$
Estratégias de autoajuda	181 4.20 (.49)	454 3.96 (.98)	$t(600.441) = 4.14^{***}$
Score total	181 4.09 (.35)	455 3.90 (.76)	$t(623.478) = 4.28^{***}$

** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

A Tabela 6 apresenta os resultados da análise das diferenças dos níveis de LSM em função da variável *sexo*, dos participantes norte-americanos. Verificaram-se diferenças significativas ao nível dos conhecimentos em função do sexo, sendo que os participantes do sexo feminino apresentaram níveis mais elevados de LSM. Especificamente, os participantes do sexo feminino apresentaram níveis mais elevados de LSM em todas as dimensões, exceto ao nível das *competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda e estratégias de autoajuda*, em que não se verificaram diferenças significativas entre os participantes norte-americanos de ambos sexos

Tabela 6

Teste *T* para diferenças nos níveis de LSM dos participantes norte-americanos, em função do *sexo*

Dimensões	Sexo		
	Feminino	Masculino	
	(n) Média (DP)	(n) Média (DP)	
Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	281 3.88 (.72)	167 3.71 (.87)	$t(298.812) = -2.17^*$
Crenças erradas/estereótipos	280 4.20 (.77)	167 3.96 (1.00)	$t(283.182) = -2.71^*$
Competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda	280 3.79 (.88)	167 3.61 (1.06)	$t(445) = -1.97$
Estratégias de autoajuda	280 4.00 (.91)	167 3.88 (1.08)	$t(445) = -1.23$
<i>Score</i> total	281 3.97 (.70)	167 3.79 (.86)	$t(293.635) = -2.26^*$

* $p < 0.05$.

A Tabela 7 apresenta os resultados da análise das diferenças nos níveis de LSM, dos participantes portugueses, em função da variável *sexo*. Verificaram-se diferenças significativas nos níveis de LSM em todas as dimensões, sendo que os participantes do sexo feminino apresentaram níveis mais elevados de LSM.

Tabela 7

Teste *T* para diferenças nos níveis de LSM dos participantes portugueses, em função do sexo

Dimensões	Sexo		<i>t</i> (178)
	Feminino	Masculino	
	(n) Média (DP)	(n) Média (DP)	
Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	114 4.01 (.39)	66 3.92 (.42)	= -2.94*
Crenças erradas/estereótipos	114 4.24 (.52)	66 4.01 (.57)	= -2.02*
Competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda	114 4.06 (.53)	66 3.86 (.53)	= -2.35*
Estratégias de autoajuda	114 4.29 (.45)	66 4.04 (.51)	= -3.36*
<i>Score</i> total	114 4.15 (.33)	66 3.97 (.37)	= -3.67**

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

A Tabela 8 apresenta os resultados da análise sobre as diferenças nos níveis da LSM dos participantes norte-americanos, em função da variável *proximidade a problemas de saúde mental*. Não se verificaram diferenças significativas entre as quatro dimensões e *score* total. Os participantes norte-americanos que referiram ter proximidade a problemas de saúde mental mostraram níveis de LSM semelhantes aos participantes que referiram não ter proximidade.

Tabela 8

Teste *T* para diferenças nos níveis de LSM dos participantes norte-americanos, em função da proximidade a problemas de saúde mental

Dimensões	Proximidade a problemas de saúde mental	
	Sim	Não
	(n) Média (DP)	(n) Média (DP)

Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	281 3.76 (.77)	167 3.84 (.79)	$t(446) = -1.06$
Crenças erradas/estereótipos	280 4.13 (.89)	167 4.10 (.83)	$t(445) = -.41$
Competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda	280 3.69 (.93)	167 3.76 (.99)	$t(445) = .76$
Estratégias de autoajuda	280 3.94 (.96)	167 3.97 (1.00)	$t(445) = .26$
Score total	281 3.90 (.77)	167 3.88 (.77)	$t(446) = -.22$

* $p < 0.05$

A Tabela 9 apresenta os resultados da análise sobre as diferenças nos níveis da LSM dos participantes portugueses, em função da variável *proximidade a problemas de saúde mental*. Verificaram-se diferenças significativas dos níveis de LSM em todas as dimensões, exceto na dimensão *competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda*. Os participantes portugueses que referiram ter proximidade a problemas de saúde mental mostraram, globalmente, níveis de LSM mais elevados.

Tabela 9

Teste *T* para diferenças nos níveis de LSM dos participantes portugueses, em função da proximidade a problemas de saúde mental

Dimensões	Proximidade a problemas de saúde mental		
	Sim	Não	
	(n) Média (DP)	(n) Média (DP)	
Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	89 4.15 (.43)	92 3.92 (.36)	$t(179) = -3.98^{***}$
Crenças erradas/estereótipos	89 4.29 (.52)	92 4.08 (.55)	$t(178.931) = -2.62^*$
	89 3.95 (.61)	92 4.01 (.44)	$t(159.60) = .77$

Competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda			
	89	92	
Estratégias de autoajuda	4.31 (.44)	4.09 (.51)	$t(179) = -3.17^{**}$
	89	92	
Score total	4.17 (.35)	4.01 (.32)	$t(179) = -3.29^{**}$

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Com o objetivo de avaliar eventuais discrepâncias na distribuição de participantes, em ambos os grupos, quanto às variáveis sexo e proximidade a problemas de saúde mental, foram realizados testes de associação das variáveis.

Relativamente à variável sexo, não se verificou uma associação significativa entre o sexo e o país, $\chi^2(1) = .06$, $p = .81$. A maioria dos participantes são do sexo feminino em ambos grupos (Anexo I).

Quanto à variável proximidade a problemas de saúde mental, verificou-se uma associação significativa entre a proximidade e o grupo de participantes de ambos países, $\chi^2(1) = 10.30$, $p = .00$, sendo que os participantes norte-americanos apresentam ter mais participantes a referirem *ter proximidade a problemas de saúde mental*. (Anexo II).

Posto isto, recorreu-se à ANCOVA de forma a controlar a influência destas variáveis – sexo e proximidade a problemas de saúde mental – nos níveis de LSM dos participantes.

A Tabela 10 apresenta os resultados da ANCOVA relativamente às diferenças encontradas nos níveis de LSM entre os participantes portugueses e norte-americanos, controlando as variáveis sexo e proximidade a problemas de saúde mental. Foram encontradas diferenças significativas nos níveis de LSM entre os grupos relativamente a todas as dimensões, exceto na dimensão *crenças erradas/estereótipos*, em que não se verificaram diferenças entre os grupos. Os participantes portugueses apresentam, de uma forma global, níveis de LSM mais elevados controlando as variáveis *sexo e proximidade a problemas de saúde mental*.

Tabela 10

ANCOVA para testar diferenças nos níveis de LSM entre os participantes portugueses e norte-americanos, controlando as variáveis sexo e proximidade a problemas de saúde mental

Dimensões	Amostra		
	Portuguesa	Norte-americana	
	(n) Média (DP)	(n) Média (DP)	
Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	180 4.03 (.41)	441 3.81 (.78)	F (1. 617) = 15.02***
Crenças erradas/estereótipos	180 4.18 (.54)	440 4.11 (.87)	F (1. 616) = 1.06
Competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda	180 3.98 (.53)	440 3.72 (.95)	F (1. 616) = 11.81***
Estratégias de autoajuda	180 4.20 (.50)	440 3.95 (.98)	F (1. 616) = 10.52**
Score Total	180 4.09 (.35)	441 3.89 (.77)	F (1. 617) = 10.73**

*** $p < 0.001$ ** $p < 0.01$

Capítulo III – Discussão dos resultados e conclusões

1. Discussão dos resultados

A presente investigação teve como objetivo central estudar as características psicométricas do LSMq da versão jovem adulto e os níveis de LSM, numa perspetiva multicultural, em Portugal e nos EUA, tendo envolvido 640 estudantes, com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos.

A presente discussão organiza-se seguindo os objetivos definidos.

No primeiro objetivo, estudaram-se as características psicométricas da versão norte-americana do LSMq – jovens adultos, comparando-as com as da versão portuguesa. Para tal, estudou-se a estrutura fatorial e a consistência interna. Assim, foi obtida uma estrutura fatorial do LSMq da versão norte-americana semelhante à estrutura original de quatro fatores do LSMq – jovens adultos da versão portuguesa (Dias et al., 2018). A manutenção dos quatro fatores na versão norte-americana vem reforçar a validade do LSMq – jovens adultos na avaliação multifatorial do conceito de LSM subjacente ao questionário.

Na análise fatorial exploratória do LSMq original (Dias et al., 2018) o item 18 insere-se no fator *competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda*, no entanto, na análise fatorial realizada do LSMq utilizado no grupo norte-americano, o item 18 saturou no fator *estratégias de autoajuda*. Não obstante ser um dado interessante do ponto de vista da investigação, é de salientar que seriam necessários mais estudos sobre os conhecimentos de problemas de saúde mental (e.g., definição de um problema de saúde mental, estratégias de atuação perante um problema de saúde mental), de forma a perceber se o conteúdo do item foi percecionado de uma forma diferente nos participantes de ambos países ou se existem outros fatores que poderão influenciar na saturação do item noutra dimensão. Uma vez que o item não saturou no mesmo fator, não semelhante à estrutura fatorial do LSMq original, procedeu-se à remoção do mesmo, o que conduziu ao aumento do valor de consistência interna do fator *estratégias de autoajuda*. Assim, o LSMq versão norte americana possui uma versão final de 28 itens.

Relativamente aos valores da consistência interna dos quatro fatores e *score* total, obtiveram-se resultados do teste de *Alpha* de Cronbach que sugerem uma fidelidade elevada (Cortina, 1993). Posto isto, ainda que um item tenha sido removido do LSMq, as características psicométricas (estrutura fatorial e consistência interna) do LSMq, versão norte americana, são globalmente equivalentes às da versão original, indicando que o mesmo poderá ser utilizado em amostras com características semelhantes.

Num segundo momento, e partindo dos resultados obtidos relativamente às características psicométricas da versão norte americana do LSMq – jovens adultos, estudaram-se as diferenças nos níveis de LSM entre os dois grupos de participantes - portugueses e norte-americanos - considerando o papel das variáveis *sexo* e *proximidade a problemas de saúde mental*. Para tal, recorreu-se a procedimentos de análise das diferenças entre os grupos de participantes. Num primeiro momento a nível das variáveis sociodemográficas entre cada grupo e, num segundo momento, através da ANCOVA, controlando-se a influência das variáveis *sexo* e *proximidade a*

problemas de saúde mental nos níveis de LSM dos participantes, identificada nas análises preliminares.

Posto isto, os resultados dos níveis de LSM mostraram-se elevados em ambos os grupos de participantes, sendo que os participantes portugueses apresentaram níveis estatisticamente mais significativos de LSM. Especificamente, os participantes portugueses apresentaram resultados mais elevados em todas as dimensões de LSM, exceto na dimensão *crenças erradas/estereótipos*.

As diferenças encontradas apontam para a possibilidade de existirem diferenças culturais face aos conhecimentos dos participantes sobre problemas de saúde mental, uma vez que as características sociodemográficas analisadas (i.e., sexo, idade, ocupação, e proximidade a problema de saúde mental) de ambos os grupos são aproximadas. A distribuição por *sexo* foi semelhante verificando-se, em ambos os grupos, uma maior percentagem de raparigas. Quanto à *proximidade a problemas de saúde mental*, os participantes norte-americanos referiram ter mais proximidade. Ambos os grupos foram constituídos por participantes estudantes universitários, o que pode ajudar a explicar os níveis de LSM elevados. O nível educacional é visto como um fator capaz de influenciar os níveis de LSM, sendo visto como um facilitador de conhecimentos sobre problemas de saúde mental, diminuição de estigma associado e incentivo na procura de ajuda ajustada (Lauber et al., 2005; Fischer & Goldney, 2003; Furnham & Swami, 2018), por exemplo, estudantes do curso de psicologia devido à formação académica adquirida, têm um entendimento e contacto maior com conceitos como problemas de saúde mental (Stewart, 2019). Também, estudos sobre a LSM em populações de jovens adultos costumam incluir, na sua maioria, estudantes universitários em que os resultados apontam para níveis elevados de LSM, sugerindo que a variável *ocupação* pode ter influência sobre os níveis de LSM, assim como explorado em estudos anteriores sobre níveis de LSM serem mais elevados quanto mais formação tiver o indivíduo (Campos et al., 2018; Holman, 2014; Jorm, 2012; Reavley, McCann & Jorm, 2012).

Jorm (2012), Sheik e Furnham (2000) referem que os conhecimentos sobre problemas de saúde mental, as crenças e as estratégias de procura de ajuda ajustada ou autoajuda parecem fortemente ligadas à cultura onde o indivíduo se insere, pois cada cultura possui diferenças a nível da definição, interpretação e tratamento associado a problemas de saúde mental (Furnham e Hamind, 2014). Assim, os resultados parecem reforçar o impacto que a cultura parece ter sobre os conhecimentos das populações relativamente a problemas de saúde mental, podendo dever-se a influências culturais que talvez existam ao nível da educação, ao nível dos serviços de saúde ou ao nível das crenças sociais do país (Furnham & Hamid, 2014). Por exemplo, remetendo para a cultura norte americana, em específico na cidade de Nova Iorque, sabe-se que a nível social

existem vários *stressores* (e.g., nível socioeconómico baixo, difícil acesso a cuidados de saúde, diversidade étnica concentradas em locais da cidade, violência, discriminação e racismo). Estes *stressores* poderão explicar o aumento gradual de problemas de saúde mental e uma possível falha no acesso a conhecimentos sobre problemas de saúde mental (Belkin & McGray, 2019). A nível educacional, na cidade de Nova Iorque devido ao aumento de problemas de saúde mental, foi implementado desde o ano de 2015 programas de promoção de LSM nas escolas (e.g., *ThriveNYC*) (McGray et al., 2015). Da mesma forma, em Portugal, existem estudos sobre a eficácia de programas de promoção de LSM nas escolas, como exemplo o projeto “Abrir espaço à saúde mental” (Campos et al., 2014). Assim, a estratégia de promoção de conhecimentos sobre problemas de saúde mental através da educação escolar permite capacitar as populações desde uma idade jovem (i.e., maioria dos problemas de saúde mental iniciam-se pelos 14 anos) para agir preventivamente face a problemas de saúde mental, reconhecer os mesmos, promovendo mudança de comportamentos e diminuição de atitudes estigmatizantes (Kessler et al., 2005; McLuckie, 2014; Wei et al., 2013). Consequentemente, os indivíduos com acesso a estes incentivos educacionais podem mostrar níveis mais elevados de conhecimentos sobre problemas de saúde mental (Campos et al., 2018; Loureiro, 2018; Salermo, 2016; Skre, 2013).

Relativamente às variáveis analisadas neste estudo, que a literatura aponta como potenciais influenciadoras dos níveis de LSM, salienta-se a variável *sexo*, uma vez que o resultado das análises para as diferenças nos níveis de LSM em função do sexo apontou para os participantes do sexo feminino terem valores mais elevados de LSM, em ambos os grupos,, tal como sugerido nos resultados do estudo de Dias e colaboradores (2018) com o LSMq – jovens adultos.. Este resultado também reforça positivamente a validade do LSMq - jovens adultos, uma vez que vai ao encontro de resultados de outros estudos, corroborando a influência que o sexo tem nos níveis de LSM (Campos et al., 2018; Furhnam, 2016; Jung, von Sternberg & Davis, 2016; O’Connor, Casey, & Clough, 2014; Spiker & Hammer, 2018; Stewart et al., 2019).

Quanto à variável *proximidade a problemas de saúde mental*, no presente estudo apenas se verificou influência nos níveis de LSM no grupo português. Também, outros estudos corroboram este resultado, no sentido em que a proximidade a problemas de saúde mental é reconhecida na investigação sobre LSM como um facilitador para o aumento dos níveis de LSM e utilizada como estratégia de redução do estigma associado (Angermeyer, Matschinger & Corrigan, 2003; Couture & Penn, 2003; Corrigan et al., 2001; Dias et al., 2018; Green et al., 2020; Rüscher, Angermeyer & Corrigan, 2005).

No grupo norte-americano, o mesmo resultado não se verificou, sugerindo que os participantes norte americanos que referiram ter proximidade a problemas de saúde mental, não mostraram níveis superiores de LSM quando comparado com os participantes norte-americanos que referiram não ter proximidade. Este resultado encontrado ao nível da proximidade nos participantes norte-americanos não vai ao encontro da literatura sobre a influência desta mesma variável nos níveis de LSM. Como mencionado anteriormente, os grupos de participantes têm características sociodemográficas aproximadas, sendo que os resultados encontrados referente ao papel da variável *proximidade a problemas de saúde mental*, parecem estar associados a diferenças entre as culturas em que ambos os grupos de participantes se inserem. Pela literatura sobre a LSM, sabe-se que a cultura tem um papel potencialmente influenciador nos conhecimentos, crenças e comportamentos dos indivíduos face a problemas de saúde mental (Altweck et al., 2015; Brislin, 2007; Olatundun, 2009; Park et al. 2018; Sheik & Furnham, 2000).

Posto isto, as comparações multiculturais são desafiantes (Furnhan & Hamid, 2014) e parecem existir pontos comuns e diferentes entre países e culturas, ao nível da LSM. É de salientar que em ambos os grupos de participantes deste estudo, não foram analisadas algumas variáveis (e.g., o acesso aos programas de promoção de LSM nas escolas, o nível socioeconómico, acesso a serviços de saúde) que poderiam facilitar na compreensão de alguns resultados, como é o caso de perceber quais as diferenças culturais associadas à influência dos níveis de LSM e o papel da proximidade a problemas de saúde mental. Para tal, mais estudos utilizando o LSMq – jovens adultos seriam necessários, analisando estas variáveis, potencialmente capazes de caracterizar a cultura em que a amostra se insere.

2. Conclusões

Os resultados das análises psicométricas do LSMq – jovens adultos versão norte americana (estrutura fatorial e consistência interna), revelaram que este possui características semelhantes às da versão original, podendo ser utilizado junto de participantes com características semelhantes.

Os resultados obtidos confirmam o papel das variáveis *sexo* e *proximidade a problemas de saúde mental* nos níveis de LSM, embora esta última apenas no grupo português.

Foi, também, possível verificar diferenças significativas entre ambos os grupos, apresentando os participantes portugueses níveis superiores de LSM.

Em estudos futuros, será pertinente realizar-se uma análise fatorial confirmatória do LSMq – jovens adultos, bem como outro tipo de análises como a invariância estatística, capaz de explorar potenciais mudanças ao nível da estrutura do LSMq, especificamente das dimensões que o

organizam. Investigações futuras deverão centrar-se, por exemplo, na recolha de outras variáveis sociodemográficas além das utilizadas neste estudo, de forma a caracterizar as amostras relativamente à cultura em que se inserem.

Do ponto de vista de investigação multicultural, a expansão do LSMq a outras culturas como instrumento de avaliação dos níveis de LSM em amostras de larga escala mostra-se uma mais valia uma vez que o LSMq ultrapassa algumas das limitações mencionadas na literatura [e.g., a escassez de medidas capazes de avaliar o constructo de LSM como um todo, baseado na definição original por Jorm e colaboradores (1997)] e, também, a avaliação dos níveis de LSM através de um só instrumento proporciona uma maior coerência na divulgação dos resultados sobre uma problemática atual a nível mundial (i.e., o aumento da prevalência dos problemas de saúde mental), o que vai ao encontro do objetivo da investigação multicultural nas áreas humanas e sociais.

A existência de mais estudos com o LSMq – jovens adultos contribuirá, igualmente, para o trabalho de profissionais de saúde que o utilizem, à semelhança do LSMq versão jovens (Campos et al., 2016) no âmbito do projeto – “Abrir espaço à saúde mental” - utilizado para avaliar o impacto de uma intervenção centrada na promoção de saúde mental em jovens. O LSMq – jovens adultos pode igualmente ser utilizado para auxiliar no desenho de intervenções para comunidade com objetivos de promoção de conhecimentos de saúde, prevenção da doença e/ou avaliação de programas ou incentivos políticos de promoção de LSM.

Referências bibliográficas

- Achenbach, T. M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H. C., & Rothenberger, A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 251-275. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01867.x>
- Almeida, H. M. F. (2014). *Questionário de literacia em saúde mental: adaptação e estudo das características psicométricas numa amostra de adultos* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/18326>
- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T., Bryson, G., et al. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 109, 21-27. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>
- Altweck, L., Marshall, T. C., Ferenczi, N., & Lefringhausen, K. (2015). Mental health literacy: a cross-cultural approach to knowledge and beliefs about depression, schizophrenia and generalized anxiety disorder. *Frontiers in psychology*, 6, 1272. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01272>
- Amy E. Lyndon, Allison Crowe, Karl L. Wuensch, Susan L. McCammon & Karen B. Davis (2019) College students' stigmatization of people with mental illness: familiarity, implicit person theory and attribution. *Journal of Mental Health*. 28:3, 255-259, <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1244722>
- Angermeyer, M., Holzinger, A., & Matschinger, H. (2009). Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: a trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. *European Psychiatry*, 24, 225e232. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.06.010>
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Corrigan, P. W. (2003). 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(2004), 175–182. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(03\)00186-5](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(03)00186-5)
- Arafat, S. Y., Chowdhury, H. R., Qusar, M. S., & Hafez, M. A. (2016). Cross cultural adaptation & psychometric validation of research instruments: A methodological review. *Journal of Behavioral Health*, 5(3), 129-36. <https://doi.org/10.5455/jbh.20160615121755>

- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, B. M. (2002). Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures. American Academy of Orthopaedic Surgeons. *Institute for Work & Health*.
https://www.researchgate.net/profile/Marcelo_Silva44/post/How_can_I_calculate_the_sample_size_for_the_crosscultural_adaptation_of_a_questionnaire/attachment/59d6284379197b8077986a1c/AS%3A329458289528833%401455560385828/download/med_asset_360072.pdf
- Belkin, G., & McCray, C. (2019). ThriveNYC: delivering on mental health. *American journal of public health, 109*(S3), S156-S163. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305040>
- Bradford, S., & Rickwood, D. (2015). Young people's views on electronic mental health assessment: Prefer to type than talk?. *Journal of child and family studies, 24*(5), 1213-1221. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9929-0>
- Brandn Green, K. Jones, R. Lyerla, W. Dyar & M. Skidmore (2020). Stigma and behavioral health literacy among individuals with proximity to mental health or substance use conditions. *Journal of Mental Health*.
<https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1713998>
- Brislin, R. W. (2007). Comparative research methodology: Cross-cultural studies. *International journal of psychology, 11*(3), 215-229. <https://doi.org/10.1080/00207597608247359>
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia (Ribeirão Preto), 22*(53), 423-432.
<https://www.scielo.br/pdf/paideia/v22n53/14.pdf>
- Byrne, B. M., Oakland, T., Leong, F. T., van de Vijver, F. J., Hambleton, R. K., Cheung, F. M., & Bartram, D. (2009). A critical analysis of cross-cultural research and testing practices: Implications for improved education and training in psychology. *Training and Education in Professional Psychology, 3*(2), 94.
<https://doi.org/10.1037/a0014516>
- Campos, L., Dias, P., Duarte, A., Veiga, E., Dias, C. C., & Palha, F. (2018). Is it possible to “find space for mental health” in young people? Effectiveness of a school-based mental health literacy promotion program. *International journal of environmental research and public health, 15*(7), 1426.
<https://doi.org/10.3390/ijerph15071426>
- Campos, L., Dias, P., Palha, F., Duarte, A., & Veiga, E. (2016). Development and psychometric properties of a new questionnaire for assessing Mental Health Literacy in young people. *Universitas Psychologica, 15*(2), 61-72. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v15n2/v15n2a06.pdf>

- Cassep-Borges, V., Balbinotti, M. A. A. & Teodoro, M. L. M. (2010). *Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos*. Em L. Pasquali e cols., *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*. (pp. 506-520). Porto-Alegre: Artmed.
- Cabassa, L.J., Lagomasino, I.T., Dwight-Johnson, M., Hansen, M.C., Xie, B., 2008. Measuring Latinos' perceptions of depression: a confirmatory factor analysis of the Illness Perception Questionnaire. *Cult. Divers. Ethn. Minor. Psychol.* 14 (4), 377–384. <https://psycnet.apa.org/journals/cdp/14/4/377.html?uid=2008-14898-012>
- Chandra, A., & Minkovitz, C. S. (2007). Factors that influence mental health stigma among 8th grade adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(6), 763-774. <https://doi.org/10.1007/s10964-006-9091-0>
- Compton, M. T., Hankerson-Dyson, D., & Broussard, B. (2011). Development, item analysis, and initial reliability and validity of a multiple-choice knowledge of mental illnesses test for lay samples. *Psychiatry research*, 189(1), 141-148. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.041>
- 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. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.7.953>
- Corrigan, P. W., & O'Shaughnessy, J. R. (2007). Changing mental illness stigma as it exists in the real world. *Australian Psychologist*, 42(2), 90-97. <https://doi.org/10.1080/00050060701280573>
- Cotton, S.M.; Wright, A.; Harris, M.G.; Jorm, A.F.; McGorry, P.D. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. 40, 790–796. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01885.x>
- Cheng, H. L., Wang, C., McDermott, R. C., Kridel, M., & Rislin, J. L. (2018). Self-stigma, mental health literacy, and attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling & Development*, 96(1), 64-74. <https://doi.org/10.1002/jcad.12178>
- Dias, P., Campos, L., Almeida, H., & Palha, F. (2018). Mental Health Literacy in Young Adults: Adaptation and Psychometric Properties of the Mental Health Literacy Questionnaire. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 1318. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071318>

- Evans-Lacko, S., Little, K., Meltzer, H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2010). Development and psychometric properties of the mental health knowledge schedule. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(7), 440-448. <https://doi.org/10.1177/070674371005500707>
- Fischer, L.J., & Goldney, R.D. (2003). Differences in community mental health literacy in older and younger Australians. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 33-40. <https://doi.org/10.1002/gps.769>
- Furnham, A., Annis, J., & Cleridou, K. (2016). Gender differences in the mental health literacy of young people. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 26(2), 283-292. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2013-0301>
- Furnham, A. and Hamid, A. (2014), "Mental health literacy in non-western countries: a review of the recent literature", *Mental Health Review Journal*, Vol. 19 No. 2, pp. 84-98. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2013-0004>
- Furnham, A., Swami, V. (2018). Mental health literacy: a review of what it is and why it matters. *Int. Perspect. Psychol.* 7 (4), 240–257. <https://doi.org/10.1037/ipp0000094>
- Gabriel, A., Violato, C., (2010a). Depression literacy among patients and the public: a literature review. *Prim. Psychiatry* 17 (1), 55–64.
- Gabriel, A., Violato, C., (2010b). The development and psychometric assessment of an instrument to measure attitudes towards depression and its treatments in patients suffering from non-psychotic depression. *J. Affect. Disord.* 124 (3), 241–249. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.11.009>
- Gabriel, A., Violato, C., (2009). The development of a knowledge test of depression and its treatment for patients suffering from non-psychotic depression: a psychometric assessment. *BMC Psychiatry* 9, 56. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-56>
- Ganahl, K., Slonska, Z., Pelikan, M., Ro, F., Sorensen, K., Doyle, G., ... Uiters, E. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU), 1–6. <http://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Goldney, R. D., Fisher, L. J., & Wilson, D. H. (2001). Mental health literacy: an impediment to the optimum treatment of major depression in the community. *Journal of affective disorders*, 64(2-3), 277-284. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(00\)00227-5](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(00)00227-5)

- Gregor Rafal, Amy Gatto & Rita DeBate (2018): Mental health literacy, stigma, and help-seeking behaviors among male college students. *Journal of American College Health*. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1434780>
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry*, *10*(1), 113. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Hadjimina, E., & Furnham, A. (2017). Influence of age and gender on mental health literacy of anxiety disorders. *Psychiatry Research*, *251*, 8-13. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.089>
- Hambleton, R. K. (2005). *Issues, designs, and technical guidelines for adapting test into multiple languages and cultures*. Em R. K. Hambleton, P. F. Merenda & C. D. Spielberger. (2005). Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment. Psychology Press (pp. 3-38). <https://doi.org/10.4324/9781410611758>
- Hess, S.G., Cox, T.S., Gonzales, L.C., Kastelic, E.A., Mink, S.P., Rose, L.E., Swartz, K.L. (2004). A survey of adolescents' knowledge about depression. *Arch. Psychiatr. Nurs.* *18* (6), 228–234. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2004.09.005>
- Hickie, A.M., Davenport, I., Luscombe, T., Rong, G., Hickie, Y., Bell, M, M. (2007). The assessment of depression awareness and help-seeking behaviour: experiences with the International Depression Literacy Survey. *BMC Psychiatry*. *7* (1), 48. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-7-48>
- Hirai, M., Clum, G.A., 2000. Development, reliability, and validity of the Beliefs toward Mental Illness Scale. *J. Psychopathol. Behav. Assess.* *22* (3), 221–236. <https://doi.org/10.1023/A:1007548432472>
- Holman, D. (2015). Exploring the relationship between social class, mental illness stigma and mental health literacy using British national survey data. *Health*, *19*(4), 413-429. <https://doi.org/10.1177%2F1363459314554316>
- IBM Corp. Released 2019. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American psychologist*, *67*(3), 231. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, *177*(5), 396-401. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.396>

- 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 and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 3-5. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2006.01734.x>.
- Jorm, A. (2015). Why do we need the concept of “Mental Health Literacy”. *Health Commun.* 30, 1166–1168. <https://doi.org/10.1080/10410236.2015.1037423>
- Jorm, A. F., & Griffiths, K. M. (2008). The public’s stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: how important are biomedical conceptualizations?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 315e321. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01251.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 recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical journal of Australia*, 166(4), 182-186. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x?casa_token=349Bz5W1otUAAAAA:X-WH-RT7079HC53ETF_dtes_iSyLr6t7GJotUVr1gggJ03qa_Rc63HwvmJrNwvIpv7uYzD2z8UT6qQsX
- Jung, H., von Sternberg, K., & Davis, K. (2016). Expanding a measure of mental health literacy: Development and validation of a multicomponent mental health literacy measure. *Psychiatry research*, 243, 278-286. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.034>
- 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(S7), S26-S30. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01332.x>
- Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., ... Zaslavsky, A. M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60(2), 184–189. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.2.184>
- 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. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: past, present, and future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154-158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>

- Kutcher, S., Bagnell, A., & Wei, Y. (2015). Mental health literacy in secondary schools: a Canadian approach. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 24(2), 233-244. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.11.007>
- Lauber, C., Ajdacic-Gross, V., Fritschi, N., Stulz, N., & Rössler, W. (2005). Mental health literacy in an educational elite—An online survey among university students. *BMC Public Health*, 5(1), 44. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-5-44>
- Lauber, C., Nordt, C., Falcató, L., & Rössler, W. (2003). Do people recognise mental illness? factors influencing mental health literacy. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253(5), 248-251. doi:10.1007/s00406-003-0439-0. <https://doi.org/10.1007/s00406-003-0439-0>
- Loureiro, L. (2015). Questionnaire for Assessment of Mental Health Literacy – QuALiSMental: study of psychometric properties. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(4), 79–88. <http://doi.org/10.12707/RIV14031>
- Mansfield, R., Patalay, P., & Humphrey, N. (2020). A systematic literature review of existing conceptualisation and measurement of mental health literacy in adolescent research: current challenges and inconsistencies. *BMC public health*, 20, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08734-1>
- McCray, C., Buery, R., & Bassett, M. T. (2015). ThriveNYC: a mental health roadmap for all. *New York, NY: The New York City Mayor's Office*. <https://thrivenyc.cityofnewyork.us/wp-content/uploads/2019/08/Thrive-Roadmap.pdf>
- Mcluckie, A., Kutcher, S., Wei, Y., & Weaver, C. (2014). Sustained improvements in students' mental health literacy with use of a mental health curriculum in Canadian schools. *BMC psychiatry*, 14(1), 379. <https://dx.doi.org/10.1186/s12888-014-0379-4>
- Murray, C. B. (2015). *Culture as a Determinant of Mental Health*. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (Second Edi, Vol. 5). Elsevier. <http://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.14011-5>
- National Institutes of Mental Health (NIMH). (2017). *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2017 National Survey on Drug Use and Health*. <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/cbhsq-reports/NSDUHFFR2017/NSDUHFFR2017.pdf>.
- O'Connor, M., Casey, L., & Clough, B. (2014). Measuring mental health literacy—a review of scale-based measures. *Journal of mental health*, 23(4), 197-204. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.910646>

- O'Connor, M., & Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry research*, 229(1-2), 511-516. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.064>
- Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económicos (OCDE) .(2018). *Health at a glance*. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_rep_en.pdf
- Pasquali, L. (2009). Psicometria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(SPE), 992-999. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002>
- Park, S., Jang, H., Furnham, A., Jeon, M. & Park, S.J. (2018). Beliefs about causes of, and treatments for depression and bipolar disorder among South Koreans. *Psychiatry Research*, 260, 219-226. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.050>
- Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2011). Stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: findings from an Australian National Survey of Mental Health Literacy and Stigma. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(12), 1086-1093. <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.621061>
- Reavley, N. J., McCann, T. V., & Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy in higher education students. *Early intervention in psychiatry*, 6(1), 45-52. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2011.00314.x>
- Rickwood, D. J., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems?. *Medical journal of Australia*, 187(S7), S35-S39. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01334.x>
- Rose, D., Thornicroft, G., Pinfold, V., & Kassam, A. (2007). 250 levels used to stigmatise people with mental illness. *BMC Health Services Reservices*, 7, 97. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-97>
- Rüsch, N., Evans-Lacko, S. E., Henderson, C., Flach, C., & Thornicroft, G. (2011). Knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help for and disclose a mental illness. *Psychiatric Services*, 62(6), 675-678. https://doi.org/10.1176/ps.62.6.pss6206_0675
- Sai. G., & Furnham, A. (2013). Identifying depression and schizophrenia using vignettes: A methodological note. *Psychiatry Research*, 210, 357-362. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.05.004>
- Sheikh, S., & Furnham, A. (2000). A cross-cultural study of mental health beliefs and attitudes towards seeking professional help. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 35(7), 326-334. <https://doi.org/10.1007/s001270050246>

- Skre, I., Friberg, O., Breivik, C., Johnsen, L. I., Arnesen, Y., & Wang, C. E. A. (2013). A school intervention for mental health literacy in adolescents: effects of a non-randomized cluster controlled trial. *BMC Public Health*, *13*(1), 873. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-873>
- Sousa, V. D., & Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of evaluation in clinical practice*, *17*(2), 268-274. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>
- Sullivan P., Murphy, J. & Blacker, M. (2020): The Psychometric Properties of the Multicomponent Mental Health Literacy Measure with a Sample of Student Athletes and Student Athletic Therapists. *Journal of Applied Sport Psychology*. <https://doi.org/10.1080/10413200.2019.1702119>
- Spiker, D. A., & Hammer, J. H. (2018). Mental health literacy as theory: current challenges and future directions. *Journal of Mental Health*, 1-5. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1437613>
- Stewart, G., Kamata, A., Miles, R., Grandoit, E., Mandelbaum, F., Quinn, C., & Rabin, L. (2019). Predicting mental health help seeking orientations among diverse Undergraduates: An ordinal logistic regression analysis☆. *Journal of affective disorders*, *257*, 271-280. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.058>
- Tay, J. L., Tay, Y. F., & Klainin-Yobas, P. (2018). Mental health literacy levels. *Archives of psychiatric nursing*, *32*(5), 757-763. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.04.007>
- Van Widenfelt, B. M., Treffers, P. D., De Beurs, E., Siebelink, B. M., & Koudijs, E. (2005). Translation and cross-cultural adaptation of assessment instruments used in psychological research with children and families. *Clinical child and family psychology review*, *8*(2), 135-147. <https://doi.org/10.1007/s10567-005-4752-1>
- Wang, J., & Lai, D. (2008). The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression. *Journal of Affective Disorders*, *110*(1-2), 191e196. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.01.005>
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC psychiatry*, *15*(1), 291. <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs12888-015-0681-9>
- World Health Organization (2013). Mental health action plan 2013-2020. https://www.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1

- Williams, B. & Pow, J. (2007). Gender differences and mental health: An exploratory study of knowledge and attitudes to mental health among Scottish teenagers. *Child Adol. Ment. H-UK*. 12, 8–12. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2006.00413.x>
- Wood, A. L., Wahl, O. F., 2006. Evaluating the effectiveness of a consumer-provided mental health recovery education presentation. *Psychiatr. Rehabil. J.* 30 (1), 46–53. <https://doi.org/10.2975/30.2006.46.53>
- Yap, M. B. H., Wright, A., & Jorm, A. F. (2011). The influence of stigma on young people's help-seeking intentions and beliefs about the helpfulness of various sources of help. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(12), 1257 - 1265. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0300-5>

Anexos

Anexo I – Teste de *Qui Quadrado de associação da variável sexo em função do país*

	Sexo		χ^2	<i>p</i>
	Feminino	Masculino		
País	n	n		
	n (%)	n (%)		
Portugal	114	66	0,06	0,81
Dentro do país	63,3%	36,7%		
Dentro do sexo	28,9%	28,0%		
EUA	281	170		
Dentro do país	62,3%	37,7%		
Dentro do sexo	71,1%	72,0%		

Não há uma associação significativa entre o sexo e o país, $\chi^2 (1) = 0,06$, $p = 0,81$. A maioria (63.3%) dos indivíduos são do sexo feminino, em Portugal, o mesmo acontece nos EUA (62,3%). Vão no mesmo sentido ambas as variáveis.

Anexo II – Teste de *Qui Quadrado de associação da variável proximidade em função do país*

		Proximidade		χ^2	<i>p</i>
		Sim	Não		
País		n n (%)	n n (%)		
				10,30	0,00
Portugal		89	92		
	Dentro do país	49,2%	50,8%		
	Dentro da proximidade	35,5%	23,8%		
EUA		285	167		
	Dentro do país	63,1%	36,9%		
	Dentro da proximidade	76,2%	64,5%		