



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*LITERACIA EM SAÚDE MENTAL E O PAPEL DA
PROXIMIDADE A PROBLEMAS DE SAÚDE
MENTAL: FOLLOW-UP DO PROJETO ABRIR
ESPAÇO À SAÚDE MENTAL*

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Márcia Goreti Teles de Vasconcelos

Porto, Janeiro de 2016



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*LITERACIA EM SAÚDE MENTAL E O PAPEL DA
PROXIMIDADE A PROBLEMAS DE SAÚDE
MENTAL: FOLLOW-UP DO PROJETO ABRIR
ESPAÇO À SAÚDE MENTAL*

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Márcia Goreti Teles de Vasconcelos

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Luísa Campos

Porto, Janeiro de 2016

Agradecimentos

Agradeço à Professora Doutora Luísa Campos, por ser: (1) uma orientadora brilhante, simultaneamente flexível e exigente; (2) uma Pessoa muito humana e sensível; (3) uma verdadeira inspiração para mim, enquanto pessoa e futura Psicóloga. Muito mais havia a dizer, porém temos de ser “claros e sintéticos”.

Ao Professor Doutor Pedro Dias, pela sua disponibilidade na concretização deste estudo.

À Professora Doutora Isabel Soares por ser um pilar inspirador enquanto Psicóloga e porque sempre acreditou nas minhas capacidades, mesmo quando eu duvidei.

À Mestre Ana Isabel Duarte, pela sua incansável disponibilidade neste processo.

À Marta Luís, por ser companheira deste projeto e ter “desbravado” caminho. O teu trabalho foi uma inspiração para o meu, tornando-o um desafio ainda mais estimulante.

À Ana Fonseca, amiga de tantos momentos ao longo do mestrado sempre disponível e, alegremente paciente para o *showcooking* verde ainda não concretizado.

À Alda Miguel por tornar as horas que passei na Biblioteca da UCP mais fáceis.

À minha mãe, presença granítica na minha vida que, apesar de todas as vicissitudes no meu caminho, nunca deixou de acreditar que eu seria capaz de concretizar o meu sonho e sonhou comigo... e quando sonhamos “o mundo pula e avança”!

Ao meu pai, silenciosa presença inspiradora de vida, sinónimo de amor incondicional e dedicação ao trabalho e à família. Apesar dos contratemplos, tudo proporcionou para que eu continuasse a caminhar e chegar até aqui.

À minha irmã Lili, sempre amiga e disponível com as suas piadas fora de horas!

A Lurdes Carvalho, pelo apoio incondicional, mimos e comidinhas!

Ao Ricardo Alves. Por adiarmos tantas coisas e esperares sempre por mim com serenidade e alegria. Por seres tudo. Representas tudo o que sempre sonhei num companheiro.

Juntos conseguimos chegar até aqui.

Este trabalho é nosso, representa muitas horas longe da família, dos amigos, dos passeios com os meus cães. Todos sentiram a minha ausência, incluindo eu. Porém, não poderia haver motivo mais nobre que este: a realização de um sonho e a abertura para novos caminhos de vida.

Índice

Índice de Anexos.....	iii
Resumo.....	iv
Abstract.....	v
Enquadramento teórico	
Introdução.....	1
Literacia em saúde mental.....	3
Estigma.....	4
Proximidade a problemas de saúde mental.....	6
Intervenções de promoção de saúde mental em contexto escolar e a importância da avaliação da sua eficácia.....	8
Método	
Amostra	12
Instrumento	13
Procedimentos	
Procedimentos de recolha de dados.....	14
Procedimentos de análise de dados	15
Resultados.....	16
Discussão.....	20
Conclusão.....	24
Referências bibliográficas.....	27
Anexos.....	35

Índice de Anexos

Anexo 1 - Autorização Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD)

Anexo 2 - Autorização do MIME, Departamento da Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC)

Anexo 3 – Consentimento informado para os encarregados de educação

Anexo 4 – Consentimento informado para os participantes

Resumo

A promoção de literacia em saúde mental é referida na literatura como uma estratégia chave de promoção da saúde mental e de redução do estigma.

Este estudo integra o projeto *Abrir Espaço à Saúde Mental*, tendo como objetivo geral contribuir para a avaliação da eficácia da intervenção de promoção de literacia em saúde mental, realizada no âmbito do referido projeto.

A amostra foi constituída por 160 jovens, maioritariamente do género feminino, entre os 11 e os 15 anos de idade, do 3.º ciclo do ensino básico. Para avaliação da eficácia da intervenção foi aplicado o LSMq - Questionário de literacia em saúde mental, em três momentos - pré e pós-teste e follow-up (seis meses após a intervenção).

Os principais resultados apontam para diferenças significativas na literacia em saúde mental, em função do tipo de proximidade (familiar vs amigo) a problemas de saúde mental. Entre o pré-teste e o follow-up, ambos os grupos apresentaram aumento nos níveis de literacia em saúde mental, sem diferenças significativas.

Estes resultados reforçam a importância de se explorarem características específicas das amostras permitindo, assim, informar a construção de intervenções; bem como a eficácia da intervenção desenvolvida no âmbito do projeto *Abrir Espaço à Saúde Mental*.

Palavras-chave: Literacia em saúde mental, Proximidade a problemas de saúde mental, jovens, eficácia da intervenção.

Abstract

Literature suggests that promoting mental health literacy in youth is a key strategy for promoting mental health and reducing stigma. This study is part of a larger project (*Finding space to mental health*), and aims to contribute for the study of the effectiveness assessment of a school-based intervention to promote mental health literacy.

The sample consisted of 160 youths, mostly the female gender, aged between 11 and 15 years old, attending the 3rd cycle of basic education. The study of effectiveness of the intervention was assessed by LSMq – Mental Health Literacy Questionnaire, in pre-test, post-test and follow-up (six months after the intervention).

The main results point to significant differences in the level of mental health literacy, depending on the type of familiarity (family vs. friend) to mental health problems. Between pre-test and follow-up, both groups showed increased levels of mental health literacy, with no significant differences between groups.

These results strengthen the importance of exploring specific characteristics of the samples to inform the construction of interventions; and the effectiveness of intervention developed.

Keywords: Mental health literacy, Familiarity to mental health problems, young people, intervention effectiveness.

Enquadramento teórico

Introdução

A saúde mental pode ser definida como “um estado de bem-estar no qual o indivíduo desempenha as suas capacidades, pode lidar com o stress, trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de contribuir para a sua comunidade” (World Health Organization, 2001a, p.1). Neste sentido, a saúde mental é o pilar para o bem-estar e funcionamento dos indivíduos e da comunidade (WHO, 2005a), exercendo um papel importante nas relações interpessoais, na vida familiar, na integração social e na participação económica (Almeida e Xavier, 2013).

Estima-se que, uma em cada quatro pessoas possa ser afetada, por uma perturbação mental (WHO, 2001b). Atualmente, nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), cerca de 20% da população ativa tem uma perturbação mental (OCDE, 2014), um número que tende a aumentar face à crise económica que se está a atravessar. Por um lado, o aumento do desemprego e da pobreza podem contribuir para o desenvolvimento das perturbações mentais, como e.g. a depressão e o aumento do risco de suicídio (WHO, 2013); por outro lado, as perturbações mentais têm um impacto económico significativo, estimando-se um custo equivalente a 3-4 % do produto nacional bruto na Região Europeia (Conselho Nacional de Saúde Mental, 2002), devido à perda de produtividade e aos custos inerentes aos tratamentos (OCDE, 2014; WHO, 2013).

De acordo com os resultados do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, realizado em Portugal Continental, pelo Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa (FCM-NOVA), Portugal apresentou uma das prevalências mais elevadas de perturbações mentais na Europa (22.9%), apenas comparada à da Irlanda do Norte (23.1%), tendo o grupo das perturbações de ansiedade apresentado a prevalência mais elevada (16.5%), seguido do grupo das perturbações do humor (7.9%) (Almeida & Xavier, 2013).

As perturbações mentais são responsáveis por 13% da carga global da doença¹ estimando-se que, em 2030, alcancem 15% (WHO, 2009).

Em Portugal, em 2010 (Direção-Geral da Saúde, 2014), estas representavam 11.75% da carga global das doenças, percentagem apenas ultrapassada pelas doenças cérebro-cardiovasculares com um peso de 13.7%. Em relação à carga da morbilidade², as perturbações mentais representavam 20.55%, seguidas das doenças respiratórias (5.06%) e diabetes (4.07%) (DGS, 2014).

No que diz respeito às perturbações mentais na infância e adolescência estima-se uma prevalência de 10 a 20% em todo o mundo (OMS, 2001; Jané-Llopis & Braddick, 2008). Mais de 50% das perturbações mentais têm início na adolescência (OCDE, 2014; European Pact for Mental Health and Well-being, 2008), verificando-se um elevado grau de continuidade entre perturbações na infância, adolescência e idade adulta (WHO, 2005). Em Portugal, algumas perturbações mentais têm idade de início estimada na adolescência, mais especificamente, 13 anos para as perturbações de impulsividade e de 14 anos para as perturbações de ansiedade (Almeida e Xavier, 2013).

Face à prevalência das perturbações mentais e ao seu impacto a vários níveis, a saúde mental é considerada uma prioridade de saúde pública (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008; DGS, 2004; WHO, 2001b), assumindo-se como uma área prioritária das políticas de saúde internacionais (e.g. Livro Verde, Comissão das Comunidades Europeias, 2005; Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2010, WHO, 2013).

Em Portugal, em consonância com as políticas de saúde internacionais, reconhece-se a urgência em desenvolverem-se programas e estratégias de promoção de saúde mental (e.g. Conselho Nacional de Saúde Mental, 2002; Plano Nacional de Saúde Mental – 2007-2016, Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008); sendo aqui entendida a *promoção da saúde mental* como a criação de condições de vida e ambientes que permitam às pessoas a adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis, incluindo um conjunto de ações para aumentar a possibilidade de mais pessoas experienciarem uma melhor saúde mental (WHO, 2014).

¹ Anos de vida ajustados à incapacidade (DALY - *Disability-Adjusted Life Year*), medida através do número de anos vividos com incapacidade e o número de anos perdidos por morte prematura como consequência da doença.

² YLD (*Years Lived with Disability*), medida através dos anos vividos com incapacidade.

Neste âmbito, a infância e a adolescência são fases de desenvolvimento que assumem particular importância (e.g. WHO, 2005a, 2005b, 2010, 2012; Matos, Tomé, Santos, Gaspar & Ramiro, 2013), configurando-se a escola como um local privilegiado de intervenção (Comissão das Comunidades Europeias, 2005; Corrigan & Shapiro, 2010; DGS, 2004; Jorm, 2012; Tacker & Dobie, 2008; WHO, 2001b). É um contexto de fácil acesso aos jovens (Kelly, Jorm & Wright, 2007), onde estes despendem uma parte considerável do dia, e no qual a qualidade das experiências com professores e colegas poderão influenciar a sua saúde mental (Patton, Glover, Bond, Butler, Godfrey, Di Pietro & Bowers, 2000).

Assim, não é surpreendente que, o contexto escolar seja largamente selecionado no âmbito da promoção da saúde mental, para o desenvolvimento de intervenções - designadas de “school-based interventions”. Este ponto será posteriormente desenvolvido.

Literacia em saúde mental

Não obstante a elevada prevalência das perturbações mentais em todo o mundo verifica-se a falta de conhecimento sobre questões de saúde mental na população em geral (Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers, e Pollitt, 1997; Gabriel & Violato, 2010), comparativamente à literacia em saúde (Jorm, 2000).

O conceito de literacia em saúde mental foi introduzido na Austrália por Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers, e Pollitt (1997) sendo definido como “o conhecimento e crenças sobre perturbações mentais, que ajudam o seu reconhecimento, gestão ou prevenção” (Jorm, et al., 1997, p. 182) sendo constituído por sete componentes: a) “a capacidade para reconhecer perturbações específicas ou diferentes tipos de mal-estar psicológico; b) o conhecimento e crenças acerca de fatores de risco e causas; c) o conhecimento e crenças sobre intervenções de autoajuda; d) o conhecimento e crenças a respeito da ajuda profissional disponível; e) atitudes facilitadoras de reconhecimento e autoajuda apropriada; f) o conhecimento relativo à procura de informação sobre saúde mental” (Jorm, 2000, p. 396) e, ainda, g) “as competências de primeira ajuda para apoiar outros que estão a desenvolver uma perturbação mental ou que se encontram em crise” (Jorm, 2012, p. 231).

Baixos níveis de literacia em saúde mental, no próprio ou em terceiros podem conduzir ao atraso na procura de ajuda apropriada, a dificuldades de comunicação com profissionais de saúde e de adesão aos tratamentos e, ainda, o recurso a intervenções inadequadas (Jorm, 2000; Jorm, Barney, Christensen, Highet, Kelly & Kitchene, 2006).

Do exposto, compreende-se que, a literacia em saúde mental não se limita: a) ao indivíduo, mas expande-se à comunidade; nem b) apenas ao conhecimento, mas às atitudes e comportamentos face a questões de saúde mental.

Assim, a promoção da literacia em saúde mental constitui-se como uma estratégia fundamental de promoção da saúde mental, no âmbito da prevenção, intervenção precoce e tratamento, contribuindo para a diminuição da carga de incapacidade provocada pelos problemas de saúde mental e para a diminuição de atitudes estigmatizantes face às perturbações mentais. Estes factos reforçam a sua importância e ampliam o âmbito da sua ação.

A promoção da saúde mental não se esgota na promoção de literacia em saúde mental constatando-se que, similarmente, o combate ao estigma associado às perturbações mentais tem sido reportado na literatura como uma estratégia igualmente importante (Stuart, 2006), estigma que, também é “combatido” pelo aumento da literacia em saúde mental (Naylor, Cowie, Walters, Talamelli & Dawkins, 2009).

Estigma

O estigma associado às perturbações mentais é uma questão central na área da saúde mental (Hishaw, 2005) por vários motivos: a) é considerado como um dos principais obstáculos à promoção da saúde mental (Corrigan & Watson, 2002; Jorm, 2012); b) atua a vários níveis – individual, familiar, laboral, escolar, nos meios de comunicação, nas comunidades e nas políticas sociais (Hishaw, 2005); c) é apontado como um dos fatores explicativos do atraso na procura dos serviços de saúde (Jorm, 2000); e d) é reconhecido como um preditor significativo da evolução e do impacto das perturbações mentais (Corrigan & Shapiro, 2010).

De acordo com a conceptualização de Corrigan, o estigma é constituído por três componentes: (1) os estereótipos, que consistem em crenças negativas dos indivíduos, face à pessoa ou grupo com perturbação mental (e.g. perigosidade: “as pessoas com perturbações mentais são perigosas”); (2) os preconceitos, que são as respostas

cognitivas e emocionais dos estereótipos (e.g. medo: “eu tenho medo de pessoas com uma perturbação mental”); e (3) a discriminação, que se traduz na consequência comportamental do preconceito (e.g. evitamento: “vou evitar pessoas com perturbação mental”) (Corrigan, 1998; Corrigan, 2003; Corrigan, Green, Lundin, Kubiak, & Penn, 2001; Corrigan & Shapiro, 2010; Corrigan & Watson, 2002; Rüsçh, Angermeyer & Corrigan, 2005).

A literatura sugere que o estigma é gradualmente adquirido na infância, através da interação com os pais, colegas ou outros modelos (Corrigan & Watson, 2007; Wahl, 2002) e pela informação veiculada na comunicação social (Jorm, 2000), não estando totalmente desenvolvido até à idade adulta (Schulze, Richter-Werling, Matschinger & Angermeyer, 2003).

Um dos desafios para a saúde mental prende-se com o combate ao estigma associado às perturbações mentais, sendo uma das cinco prioridades do *European Pact for Mental Health and Well-being* (2008) combater o estigma e a exclusão social experienciados pelas pessoas com perturbações mentais. Efetivamente, os níveis moderados de estigma associados às perturbações mentais e a baixa literacia em saúde mental que, diversos estudos com adolescentes e jovens têm reportado, constituem-se como dois obstáculos com implicações no reconhecimento precoce das perturbações mentais, comportamentos de procura de ajuda e tratamento (Byrne, Swords, & Nixon, 2015; Jorm et al, 1997; Loureiro, Pedreiro, Correia & Mendes, 2012; Melas, Tartani, Forsner, Edhborg & Forsell, 2013; Pedreiro, 2013; Rickwood, Cavanag, Curtis & Sakrouge, 2004; Rosa, Loureiro & Sequeira, 2014; Skre, Friborg, Breivik, Johnsen, Arnesen & Wang; 2013).

No âmbito do combate ao estigma têm sido desenvolvidas intervenções a vários níveis (e.g. nos meios de comunicação, nas comunidades, nas escolas, etc.) direcionadas tanto para a população adulta (Wood & Wahl, 2006), como para jovens (Corrigan, Lurie, Goldman, Slopen, Medasani & Phelan, 2005; Martinez-Zambrano et al., 2013) e crianças (Corrigan & Watson, 2007). A literatura aponta três estratégias para diminuir o impacto do estigma: o protesto, a educação e o contacto, sendo que o contacto associado à educação parece ser mais eficaz (Corrigan & Penn, 1999; Rüsçh, et al., 2005).

No seguimento do exposto, é importante mencionar o seguinte: *primeiro*, os conceitos de “literacia em saúde mental” e de “estigma” fundamentam o presente estudo, evidenciando-se a sua interligação a vários níveis, designadamente: a) o conceito de literacia em saúde mental ao nível das crenças (Jorm, et al., 1997) sobrepõe-

se ao conceito de estigma ao nível dos estereótipos (Corrigan, 1998), b) os componentes comportamentais de autoajuda e de heteroajuda (Jorm, 2012) do conceito de literacia em saúde mental parecem relacionar-se, inversamente, com o estigma ao nível da discriminação (e.g. distância social). *Segundo*, ao nível do estigma, este estudo dará particular atenção aos estereótipos, componente avaliado na intervenção do Projeto *Abrir Espaço à Saúde Mental*. Neste sentido, a referência aos outros componentes do estigma expostos neste estudo tem lugar, apenas no contexto de análise a outras investigações.

Proximidade a problemas de saúde mental

No âmbito das investigações desenvolvidas centradas na promoção de saúde mental com jovens, diferentes variáveis têm sido exploradas, nomeadamente, o género³ (Burns & Rapee, 2006; Cotton, Wright, Harris, Jorm & McGorry, 2006; Naylor et al., 2009; William & Pow, 2007) e a proximidade à perturbação mental (Leighton, 2010; Martínez-Zambrano et al, 2013; Wright, Jorm, Harris & McGorry, 2010).

O conceito de *proximidade a problemas de saúde mental* foi definido como, a experiência direta com a perturbação mental e pessoa com perturbação mental (Corrigan, Edwards et al., 2001; Angermeyer, Matschinger & Corrigan, 2003). Por outras palavras, este conceito refere-se a a) ter-se uma perturbação mental e a b) conhecer-se uma pessoa com perturbação mental⁴.

A proximidade a problemas de saúde mental tem sido apresentada como um preditor de maior literacia em saúde mental e de atitudes menos estigmatizantes em relação à perturbação mental (Angermeyer et al., 2003; Furnham & Blythe, 2012; Wang

³ O presente estudo integra um projeto mais alargado – *Abrir Espaço à Saúde Mental* – no qual foi desenvolvido um trabalho centrado na variável género (Luís, 2014).

⁴ Noutras investigações, o termo contacto tem sido utilizado para: a) denominar a variável proximidade a problemas de saúde mental (e.g. Alexander & Link, 2003; Holmes et al., 1999; Link & Cullen, 1986), e b) apresentar-se como uma estratégia de intervenção em programas de promoção de saúde mental e/ou combate ao estigma (e.g. Corrigan, 2004; Corrigan & Penn, 1999; Rickwood et al., 2004; Rüsch et al., 2005; Schulze et al., 2003; Wood & Wahl, 2006). Enquanto estratégia, o contacto consiste em eliminar crenças incorretas sobre perturbações mentais através da promoção do contacto direto com uma pessoa com perturbação mental (Couture & Penn, 2003).

& Lai, 2008). No entanto, convém salientar que estudos internacionais com adultos (e.g. Corrigan et al, 2001a; Holmes, Corrigan, Williams, Canar & Kubiak, 1999) e jovens (e.g. Corrigan et al., 2005; Pinfold, Toulmin, Thornicroft, Huxley & Graham, 2003), centraram-se, maioritariamente na relação entre estigma e proximidade a problemas de saúde mental.

Os estudos que aprofundam o papel desta última variável ao nível da literacia em saúde mental em jovens são escassos, o que poderá justificar-se pelo facto de, o conceito de literacia em saúde mental ter sido introduzido mais recentemente na comunidade (Jorm et al. 1997, Jorm, 2012). Porém, considerando a variável proximidade a problemas de saúde mental e a interligação entre estigma e literacia em saúde mental, já referida previamente, poderá pensar-se na relação inversa entre estigma e literacia em saúde mental.

Neste sentido, apresentar-se-á uma breve síntese de estudos e respetivos resultados que envolveram as variáveis “proximidade a problemas de saúde mental” e “estigma” (estereótipos e atitudes estigmatizantes).

Estudos com a população adulta mostraram que, pessoas com proximidade apresentavam menos atitudes estigmatizantes, em relação a pessoas sem qualquer proximidade à perturbação mental (Angermeyer et al., 2003; Corrigan, Green et al., 2001) e que, pessoas com maior proximidade apresentavam menos atitudes estigmatizantes, quando comparadas com pessoas cuja proximidade à perturbação mental era menor (Wood & Wahl, 2006).

Link e Cullen (1987) num estudo realizado com população adulta verificaram que, os participantes com maior número de experiências de proximidade, reportaram menos perceção de perigosidade em relação às pessoas com perturbação mental. Neste sentido, a quantidade de experiências de proximidade à perturbação mental parece desempenhar um papel relevante ao nível da diminuição do estigma, independentemente da idade, nível académico ou género (Link & Cullen, 1987).

Em contraste com o exposto, num estudo realizado com adolescentes em contexto escolar, Corrigan et al. (2005) concluíram que, os adolescentes com proximidade à perturbação mental reportaram níveis superiores de estigma (na atribuição da responsabilidade e perigosidade às pessoas com perturbação mental) comparativamente a adolescentes sem proximidade. Para os investigadores, estes resultados poderiam dever-se aos tipos de proximidade ou possíveis experiências de proximidade dos adolescentes, consistentes com os estereótipos reportados (Corrigan et al., 2005). No

entanto, a esta justificação poderíamos também acrescentar outras variáveis, que, de certa forma, poderão influenciar a qualidade da proximidade como: as atitudes parentais, tipo de perturbação mental com a qual estes adolescentes tinham proximidade e conhecimentos prévios de literacia em saúde mental dos participantes (decorrentes e.g. exposição a campanhas anti-estigma, a informação veiculada pela comunicação social, etc.).

Em síntese, a proximidade apresenta-se como uma variável complexa, podendo subdividir-se: a) pelo tipo⁵ (e.g. familiar, profissional, público), b) quantidade (número de experiências de proximidade) e c) qualidade (relação interpessoal desenvolvida com a pessoa com perturbação mental) das experiências de proximidade (Alexander & Link, 2003). O estigma poderá diminuir se, a qualidade da experiência de proximidade desafiar os estereótipos negativos pré-estabelecidos (Corrigan, et al., 2005; Wood & Wahl, 2006), mesmo que a experiência não seja a de maior intensidade (Alexander & Link, 2003). Inversamente, a proximidade poderá piorar o estereótipo se, a pessoa com perturbação mental com a qual interage, o reforça (Corrigan, et al., 2005).

Intervenções de promoção de saúde mental em contexto escolar e a importância da avaliação da sua eficácia

Face ao que temos vindo a expor, faz sentido que as intervenções de promoção de saúde mental sejam implementadas precocemente (WHO, 2002), sendo os jovens um importante grupo alvo, pelos motivos já anteriormente explicitados que, em síntese, elencamos: a) uma elevada percentagem de perturbações mentais tem o início de desenvolvimento na adolescência (OCDE, 2014), sendo este período considerado crítico para a identificação e tratamento das perturbações mentais; b) os jovens apresentam baixos níveis de literacia em saúde mental e níveis moderados de estigma associados às perturbações mentais (Byrne et al., 2015; Jorm et al, 1997; Loureiro et al., 2012; Melas et al., 2013; Pedreiro, 2013; Rickwood et al., 2004; Rosa et al., 2014; Skre et al., 2013); c) o estigma associado às perturbações mentais emerge precocemente, tende a desenvolver-se gradualmente com a idade (Wahl, 2002) não estando totalmente desenvolvido até à idade adulta (Schulze et al, 2003) e, ainda, porque, d) o estigma e os

⁵ O tipo encontra-se associado ao nível de proximidade a problemas de saúde mental (Level of contact report, Holmes et al., 1999).

baixos níveis de literacia em saúde mental apresentam-se como obstáculos ao reconhecimento, à procura de ajuda apropriada e à escolha de tratamentos adequados.

Diversos programas de intervenção com jovens centrados no aumento da literacia em saúde mental e/ou redução do estigma associado às perturbações mentais (Campos, Palha, Dias & Costa, 2012), têm sido desenvolvidos em diferentes contextos, e.g. comunitário (The Compass Strategy - Wright, McGorry, Harris, Jorm & Pennel, 2006); desportivo (Read the Play - Bapat, Jorm & Lawrence, 2008) e escolar.

Em contexto escolar tem vindo a surgir, nas últimas décadas, um número significativo de intervenções em diferentes países (e.g. Alemanha, Austrália, Canadá, Espanha, Grécia, Irlanda, Japão, Noruega, Suécia, Reino Unido, etc.).

Em *primeiro lugar*, as intervenções podem ser divididas em dois tipos: a) as que se focam no combate ao estigma associado às perturbações mentais (e.g. Martínez-Zambrano et al., 2013) e que, geralmente, abordam perturbações mentais específicas, e.g. esquizofrenia (Schulze et al., 2003), e b) as que promovem a saúde mental de forma mais alargada, ou seja, aumento da literacia em saúde mental e diminuição do estigma (e.g. Watson, Otey, Westbrook, Gardner, Lamb, Corrigan & Fenton, 2004), abordando questões relacionadas com várias perturbações mentais numa mesma intervenção e.g. esquizofrenia, depressão e ansiedade (e.g. Campos, Duarte, Dias, Palha & Veiga, 2014), ou temas específicos e.g. prevenção suicídio (e.g. Santos, Erse, Simões, Façanha & Marques, 2013, 2014).

Em *segundo lugar*, as intervenções desenvolvem-se tendo em consideração as características dos participantes, nomeadamente a idade, desde jovens (12-14 anos; 14-15 anos; 15-17 anos) estendendo-se aos jovens adultos.

Em *terceiro lugar*, no que respeita a estratégias e a materiais, as intervenções podem ser divididas em três tipos: a) “apenas educativo”, abrangendo componentes (e.g. vídeos) cujos conteúdos (e.g. atitudes estigmatizantes perante pessoas com perturbações mentais, intenções de procura de ajuda formal, competências de primeira ajuda) tendem a ser educativos, b) de “contacto”, envolvendo a participação de profissionais de saúde mental, ou de pessoas com proximidade a problemas de saúde mental que expõem a sua experiência pessoal (e.g. perturbações mentais, tratamentos recebidos) e interagem com os estudantes; c) de “contacto e educativo” que incluem, pelo menos, um componente de cada tipo (Schachter, Girardi, Ly, Lacroix, Lumb, van Berkomp & Gill, 2008).

Em *quarto lugar*, as intervenções diferenciam-se também pelo número de sessões (e.g. sessões pontuais, entre duas a quatro sessões), na duração das mesmas (e.g. entre

50 a 120 minutos), e distribuição temporal (e.g. integradas no currículo escolar ao longo do ano letivo, ou em semanas dedicadas a projetos escolares).

Em *quinto lugar*, ao nível das metodologias: a) designs de seleção de grupos (grupo de controlo-experimental; apenas grupo experimental); c) instrumentos de avaliação distintos (utilizados previamente em estudos similares; adaptados de outros estudos; ou desenvolvidos para o efeito); d) avaliações de curto ou longo prazo e momentos em que as mesmas ocorrem (e.g. pré e pós-teste; com ou sem follow-up; com apenas um follow-up; mais de um follow-up – e.g. um mês, seis meses, dois anos).

Da revisão de literatura efetuada, centrada em intervenções de promoção de literacia em saúde mental no contexto escolar com jovens, é possível observar-se maioritariamente resultados positivos (e.g. Campos et al., 2012; Campos, Duarte et al., 2014; Pinfold et al., 2003; Schulze, et al., 2003; Tacker & Dobie, 2008, Santos et al., 2014).

Não obstante muitas das intervenções deste cariz terem reportado resultados positivos, apresentaram uma metodologia de avaliação pré e pós-intervenção, sem follow-up (e.g. Rickwood, et al. 2004; Martínez-Zambrano et al., 2013; Naylor et al, 2009; Stuart, 2006; Tacker & Dobie, 2008; Watson et al. 2004) ou pré e follow-up, um mês após a intervenção (e.g. Essler, Arthur & Stickey, 2006). No entanto, estas metodologias apenas possibilitaram a avaliação das intervenções a curto-prazo e, conseqüentemente, sem evidência da sua eficácia a longo-prazo (Mellor, 2014; Wei, Hayden, Kutcher, Zygmunt & McGrath, 2013).

A importância da metodologia de avaliação no desenvolvimento das intervenções tem sido sublinhada, por vários motivos: a) a evidência das intervenções não é conclusiva (Chisholm, Patterson, Torgenson, Turner, Birchwood, 2012; Weare & Nind, 2011), principalmente devido a lacunas existentes nas suas metodologias e.g. inexistência de follow-up (Wei et al., 2013), ou de curtos períodos de follow-up (Barry, Clarke, Jenkins & Patel, 2013), e b) só a efetividade das intervenções permite analisar o custo-efetividade para que as intervenções possam ser replicadas e, ainda, selecionadas de acordo com as necessidades e características dos participantes (Wei et al., 2013).

Por fim, podemos concluir que a literacia em saúde mental em contexto escolar pode ser promovida de forma eficaz (Kelly et al., 2007), sendo necessário que as intervenções sejam devidamente planeadas, com objetivos, conteúdos e estratégias apropriados e relevantes, onde se incluam metodologias de avaliação que determinem a eficácia da intervenção a longo-prazo (Weare & Nind, 2011).

Com base na falta de intervenções sistematizadas neste âmbito, o projeto de investigação e intervenção *Abrir Espaço à Saúde Mental* foi desenvolvido, tendo como principal objetivo promover a saúde mental através do desenvolvimento de uma intervenção para adolescentes entre os 12 e os 14 anos (Campos, Dias & Palha, 2014). Este projeto compreendeu três fases (estudo piloto, intervenção e follow-up), pretendendo-se: (a) “desenvolver um instrumento de avaliação de literacia em saúde mental, bem como das perceções estigmatizantes face a problemas de saúde mental; (b) desenvolver uma intervenção centrada nos conhecimentos, atitudes e comportamentos de jovens entre os 12 e os 14 anos, em relação a questões de saúde mental; e, (c) implementar e avaliar a eficácia da intervenção” (Campos, Palha, Veiga, Dias & Duarte, 2012, p. 59).

A intervenção envolveu cerca de 450 estudantes (Campos, Palha, Lima, Dias, Duarte & Veiga, 2015). Foi constituída por duas sessões de 90 minutos cada, implementadas com um intervalo de uma semana, com uma metodologia interativa (e.g. dinâmicas de grupo, vídeos, músicas, promoção do debate e esclarecimento de dúvidas) (Campos, Duarte et al, 2014).

A avaliação da eficácia da intervenção realizou-se através do Questionário de Literacia em Saúde Mental (LSMq) construído no âmbito do projeto e aplicado em três momentos: pré (uma semana antes da intervenção), pós (uma semana após a intervenção) e follow-up (6 meses após a intervenção) nos dois grupos (Campos, Duarte, et al, 2014).

No âmbito do projeto *Abrir Espaço à Saúde Mental*, Luís (2014) realizou um estudo com uma subamostra de 160 jovens (11-15 anos) do grupo experimental, com o objetivo principal de avaliar a eficácia da intervenção. Como objetivos específicos pretendeu (1) comparar os níveis de literacia em saúde mental, nos três momentos de avaliação e, (2) compreender o papel da variável género nos níveis de literacia em saúde mental, nos três momentos de avaliação da intervenção.

Os principais resultados do estudo de Luís (2014) reportaram um impacto muito positivo nos níveis de literacia em saúde mental, entre o pré-teste e o follow-up, designadamente, aumento estatisticamente significativo dos conhecimentos, diminuição de estereótipos associados a problemas de saúde mental, aumento estatisticamente significativo das estratégias de autoajuda, não se verificando alterações significativas nas intenções de procura de ajuda e comportamentos de primeira ajuda. Em relação à influência da variável género, não se verificaram diferenças significativas entre os

géneros quer no pré-teste, quer no pós-teste e follow-up, tendo Luís (2014) concluído que a intervenção teve um impacto muito positivo em ambos os géneros, entre pré-teste e follow-up.

Na sequência do estudo realizado por Luís (2014), o presente estudo tem como objetivo geral contribuir para o estudo da avaliação da eficácia da intervenção de promoção de literacia em saúde mental, desenvolvida no âmbito do projeto *Abrir Espaço à Saúde Mental* (Campos, Palha, Veiga, Dias & Duarte, 2012).

Dando seguimento ao exposto, será apresentado o método do presente estudo.

Método

Os diversos métodos enquanto “percursos diferentes concebidos para estarem mais adaptados aos fenómenos ou domínios estudados” (Quivy & Campenhoudt, 1998, p. 25) dão conteúdo e significado às práticas de investigação (Pinto & Almeida, 1995).

Com o recurso a uma abordagem quantitativa definiram-se, neste estudo, os seguintes objetivos específicos: a) analisar a relação entre o género e a proximidade a problemas de saúde mental ⁶ e b) aferir o papel da variável proximidade a problemas de saúde mental nos níveis de literacia em saúde mental, nos diferentes momentos de avaliação da intervenção (pré, pós e follow-up).

Em seguida será descrita a amostra do presente estudo e o instrumento de avaliação utilizado, bem como os procedimentos de recolha e análise dos dados.

Amostra

Foi selecionada uma amostra por conveniência, constituída por 160 jovens com idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos (M=12.92 e DP=.931), 52.9% do género feminino; estudantes do 3.º ciclo do ensino básico (7º ano: n = 46, 28.7%; 8º ano: n = 62, 35.8%; e 9º ano de escolaridade: n = 52, 32.5%), de oito escolas da zona norte de Portugal, das quais seis eram escolas públicas (n = 95, 59.4%) e duas escolas privadas

⁶ A variável “proximidade a problemas de saúde mental” foi avaliada no questionário LSMq através da questão “Conhece alguém com um problema de saúde mental?”. De forma a manter-se uma linguagem consistente com a literatura, a expressão referente ao conhecimento de alguém com problemas de saúde mental, será designada de “proximidade a problemas de saúde mental”.

(n = 65, 40.6%). Os jovens que constituíram a amostra participaram nas duas sessões da intervenção e nos três momentos de avaliação (pré, pós e follow-up) do Projeto *Abrir Espaço à Saúde Mental*.

A maioria dos participantes residia na cidade do Porto (56.9%). Dos encarregados de educação dos participantes, 89.9% encontravam-se empregados, sendo as profissões mais comuns, professor (13.7%), engenheiro (7.2%) e médico (5.2%). Quanto à proximidade a problemas de saúde mental, dos 77 participantes (48.1%) que indicaram ter proximidade, 65 (40.6%) reportaram, maioritariamente, proximidade a pessoas amigas (21.9%) e familiares (18.7%) com problemas de saúde mental.

Intrumento

Para avaliação da eficácia da intervenção foi utilizado o LSMq - Questionário de literacia em saúde mental, construído no âmbito do projeto *Abrir Espaço à Saúde Mental* (Campos, Palha, Dias, Veiga, & Duarte, 2012d; Campos, Dias, Palha, Duarte & Veiga, 2015)

O LSMq é constituído por duas secções: a primeira relativa à recolha dos seguintes dados sociodemográficos: data de nascimento, género, ano de escolaridade, área de residência, profissão e situação profissional dos encarregados de educação. Esta secção compreende também, três questões relativas à proximidade a alguém com perturbação mental, identificação da perturbação/problema de saúde mental e relação com a pessoa identificada (Campos, Dias & Palha, 2014a).

A segunda secção avalia a literacia em saúde mental, sendo constituída por 33 itens de escolha múltipla, numa escala de tipo Likert de 5 pontos (de 1 = discordo muito a 5 = concordo muito) (Campos, Dias & Palha, 2014a). Os itens organizam-se em três dimensões: (1) Conhecimentos/Estereótipos sobre Problemas de Saúde Mental (18 itens: 3, 4, 7, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 31); (2) Procura de Ajuda e Comportamentos de Primeira Ajuda (10 itens: 5, 10, 20, 1, 6, 8, 13, 19, 24, 29); (3) Estratégias de Autoajuda (5 itens: 2, 9, 21, 30, 32).

O LSMq avalia: (1) os conhecimentos sobre questões de saúde mental, nomeadamente características gerais de problemas de saúde mental, prevalência, sinais e sintomas, fatores de risco das perturbações mentais, bem como fatores protetores/promotores da saúde mental; (2) conhecimentos relativos a três perturbações mentais específicas – depressão, ansiedade e esquizofrenia; (3) estereótipos associados

às perturbações mentais; e (4) intenções comportamentais (predisposição para ajudar; comportamentos promotores da saúde mental/estratégias de autoajuda; comportamentos promotores da procura de ajuda formal e/ou informal). Na etapa do follow-up acrescentaram-se três questões ao questionário, de forma a confirmar a participação nas sessões de intervenção e aferir a satisfação com a intervenção e sugestões de melhoria.

O LSMq apresenta bons níveis de consistência interna (*score* total – $\alpha=0.84$; Fator 1 comportamentos de 1ª ajuda e procura de ajuda - $\alpha=0.79$; Fator 2 conhecimentos/estereótipos sobre problemas de saúde mental – $\alpha=0.78$; e Fator 3 estratégias de autoajuda - $\alpha=0.72$); e excelente fidelidade teste-reteste, o ICC (intra-class correlation) para o score total do LSMq foi de 0.88 e para os três fatores foi de 0.80 (Fator 1), 0.90 (Fator 2) e 0.86 (Fator 3) (Campos et al., 2015).

Procedimentos

Procedimentos de Recolha de Dados

Procedeu-se à recolha de dados em contexto de sala de aula, por um dos investigadores do Projeto *Abrir Espaço à Saúde Mental*, através da aplicação do LSMq, em três momentos: uma semana antes da intervenção (pré-teste), uma semana após (pós-teste) e seis meses após a intervenção (follow-up⁷).

De forma a salvaguardar as questões éticas da investigação, solicitaram-se autorizações à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD), à Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC), ao departamento de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (MIME) e às escolas envolvidas (para maior detalhe ver Anexos 1 e 2). Foram, ainda, assinados consentimentos informados pelos encarregados de educação e pelos alunos, sendo reforçados os aspetos relativos à confidencialidade (Anexos 3 e 4).

⁷ Nesta fase de investigação, os dados foram recolhidos pela Mestre Ana Duarte com a colaboração da investigadora do presente estudo e da mestranda Marta Luís.

Procedimentos de Análise de Dados

Para a análise de dados, num primeiro momento, foi construída a respetiva base de dados, utilizando-se para o devido efeito o programa informático Statistical Package for the Social Sciences (IMB SPSS) v.22⁸.

Os itens 7, 12, 15, 17, 24, 26 do LSMq foram recodificados uma vez que se encontravam formulados de forma invertida. Para a obtenção do score total de LSMq, realizou-se a soma dos valores de todos os itens do instrumento, sendo os scores totais das dimensões relativas ao LSMq obtidos através do somatório dos valores totais de cada dimensão. Quanto mais elevados os valores, mais elevados são os níveis de literacia em saúde mental.

Recorreu-se à estatística descritiva para a análise dos dados sociodemográficos e dos bem como outros dados, atendendo-se sobretudo à Média, Desvio padrão, Frequências e Percentagens Válidas.

Em função dos objetivos específicos definidos, os dados foram analisados utilizando-se os seguintes testes estatísticos inferenciais (Martins, 2011):

- *Qui-Quadrado* (associação entre variáveis categoriais – associação entre género e proximidade a problemas de saúde mental);

- *Análise de variância (ANOVA)* (análise das diferenças nos níveis de literacia em saúde mental - *score* total e três dimensões do LSMq, nos três momentos de avaliação (pré, pós e follow-up), em função da proximidade a problemas de saúde mental – sim, não e não sei).

- *Teste T para amostras independentes* (diferenças de grupo - tipo de proximidade, ou seja, relação com a pessoa com problemas de saúde mental, que os participantes referiram ter proximidade (familiar vs amigo), ao nível dos níveis de literacia em saúde mental - *score* total e dimensões LSMq).

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

⁸ Os dados foram inseridos no programa informático IBM SPSS v.22 pela investigadora do presente estudo e pela mestranda Marta Luís.

Resultados

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

(1) Analisar a relação entre o gênero e a proximidade a problemas de saúde mental

A Tabela 1 apresenta os resultados relativos à análise da relação entre o gênero e a proximidade a problemas de saúde mental, indicando não existir uma associação significativa entre as referidas variáveis ($\chi^2 = 2.046$, $df = 2$, $p = .36$).

Tabela 1

Associação entre o gênero e a proximidade a problemas de saúde mental

	Proximidade a problemas de saúde mental			
	Sim <i>n</i> (%)	Não <i>n</i> (%)	Não sei <i>n</i> (%)	Total <i>n</i> (%)
Gênero				
Masculino	36 (48.6)	25 (33.8)	13 (17.6)	74 (100)
Feminino	41 (49.4)	21 (25.3)	21 (25.3)	83 (100)
Total	77 (49)	46 (29.3)	34 (21.7)	157 (100)

(2) Aferir o papel da variável proximidade a problemas de saúde mental nos níveis de literacia em saúde mental, nos diferentes momentos de avaliação da intervenção (pré, pós e follow-up)

A tabela 2 apresenta os resultados relativos às diferenças de literacia em saúde mental (*score* total e dimensões LSMq), nos três momentos de avaliação (pré, pós e follow-up), em função da proximidade a problemas de saúde mental, não tendo sido observadas quaisquer diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 2

Diferenças ao nível da literacia em saúde mental (score total e dimensões LSMq), nos momentos de avaliação (pré, pós e follow-up), em função da proximidade a problemas de saúde mental

		Proximidade a problemas de saúde mental				
		Sim (n = 77) M (DP)	Não (n = 46) M (DP)	Não sei (n = 34) M (DP)	F(2,157)	p
Literacia em Saúde Mental						
<i>score total</i>						
	Pré	117.91 (7.47)	117.73 (8.63)	117.97 (7.01)	.011	.989
	Pós	124.75 (8.87)	125.24 (8.23)	126.71 (8.49)	.611	.544
	FU	123.36 (8.86)	122.31 (9.61)	122.85 (8.21)	.210	.811
Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental						
	Pré	59.70 (3.77)	59.41 (4.73)	59.50 (3.73)	.084	.920
	Pós	64.25 (4.15)	64.14 (4.26)	64.59 (5.28)	.107	.898
	FU	62.99 (4.33)	62.06 (5.03)	62.41 (4.32)	.649	.524
Procura de ajuda e comportamentos de 1ª ajuda						
	Pré	38.66 (4.07)	39.16 (3.45)	39.38 (3.77)	.509	.920
	Pós	39.22 (4.87)	39.82 (3.74)	39.94 (3.84)	.452	.898
	FU	39.23 (5.04)	39.76 (3.70)	38.71 (4.41)	.592	.524
Estratégias de autoajuda						
	Pré	19.55 (2.97)	19.16 (3.03)	19.09 (2.69)	.403	.669
	Pós	21.29 (2.82)	21.29 (2.97)	22.18 (2.02)	1.434	.241
	FU	21.14 (3.42)	20.45 (3.05)	21.74 (1.90)	1.856	.160

Nota: FU = follow-up

Analisou-se o tipo de relação do grupo de participantes que indicaram ter proximidade a problemas de saúde mental, tendo estes reportado, maioritariamente, serem “pessoas amigas” e “familiares” (n = 65). Procedeu-se, em seguida, à análise das diferenças de literacia em saúde mental (*score* total e dimensões LSMq), nos três momentos de avaliação (pré, pós e follow-up), em função do tipo de relação referida.

No *pré-teste*, os participantes que mencionaram proximidade a um familiar com problemas de saúde mental apresentaram níveis superiores no *score* total de literacia em saúde mental, quando comparados com os participantes com proximidade a uma pessoa amiga $t(63) = 2.015, p = .048$ (Cf Tabela 3).

No que respeita às dimensões do LSMq, não se observaram diferenças significativas entre os dois grupos, em nenhum momento de avaliação (pré, pós e follow-up) (Cf Tabela 3). Poderão, apenas, salientar-se diferenças marginalmente significativas na dimensão *Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental* do LSMq. Mais especificamente, no *pré-teste*, observaram-se diferenças marginalmente significativas entre os participantes que reportaram proximidade a um familiar, comparativamente aos participantes com proximidade a amigos, $t(63) = 1.806, p = .076$. No *pós-teste*, observaram-se diferenças marginalmente significativas entre os participantes que reportaram proximidade a um amigo, comparativamente aos participantes com proximidade a um familiar, $t(63) = -1.752, p = .085$ (Cf Tabela 3).

Tabela 3

Diferença nos níveis de literacia em saúde mental (score total e dimensões LSMq) em função do tipo de relação (familiar vs amigo) do grupo de participantes que indicou proximidade a problemas de saúde mental

Proximidade a problemas de saúde mental				
	Familiar (n = 30) M (DP)	Amigo (n = 35) M (DP)	t (63)	p
Literacia em Saúde Mental				
<i>score total</i>				
Pré	119.97 (6.35)	116.54 (7.21)	2.015*	.048
Pós	123.47 (9.08)	125.06 (7.78)	-.761	.450
FU	123.80 (7.48)	123.46 (7.52)	.184	.855
Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental				
Pré	60.77 (3.63)	59.17 (3.94)	1.806**	.076
Pós	62.93 (3.86)	64.71 (4.27)	-1.752**	.085
FU	63.70 (3.69)	62.77 (3.99)	.969	.336
Procura de ajuda e comportamentos de 1ª ajuda				
Pré	39.13 (3.95)	37.97 (3.88)	1.192	.238
Pós	39.23 (4.63)	38.91 (4.54)	.280	.780
FU	39.03 (4.53)	39.09 (4.98)	-.044	.965
Estratégias de autoajuda				
Pré	20.07 (2.29)	19.40 (2.70)	1.063	.292
Pós	21.30 (2.79)	21.43 (2.40)	-.200	.842
FU	21.07 (2.99)	21.60 (3.04)	-.710	.480

* $p < .05$ ** $p < .10$

Os resultados apresentados serão discutidos em seguida.

Discussão

A discussão será efetuada de acordo com os objetivos específicos previamente definidos, de forma a contribuir para a avaliação da eficácia da intervenção de promoção de literacia em saúde mental, desenvolvida no âmbito do projeto *Abrir Espaço à Saúde Mental*.

Neste estudo participaram 160 jovens, com idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos, maioritariamente pertencentes ao género feminino, a frequentar o 3.º ciclo do ensino básico, que participaram nas duas sessões da intervenção e nos três momentos de avaliação do Projeto *Abrir Espaço à Saúde Mental*. Cerca de metade da amostra indicou ter proximidade a problemas de saúde mental, reportando, maioritariamente, serem pessoas amigas e familiares.

As características desta amostra, no que respeita à proximidade a problemas de saúde mental são comparáveis às descritas noutros estudos com jovens (e.g., Chandra & Minkovitz, 2007; Pinfold et al., 2003), parecendo apontar para a prevalência dos problemas de saúde mental que a literatura reportou (OCDE, 2014; WHO, 2001b).

No âmbito do projeto *Abrir Espaço à Saúde Mental* e, mais especificamente, em relação ao estudo da eficácia da intervenção desenvolvida, Luís (2014) desenvolveu um estudo que analisou a influência do género, variável que tem sido referida na literatura como estando associada à literacia em saúde mental. Na sequência do trabalho de Luís (2014), no qual foi estudado o impacto do género nos níveis de literacia em saúde mental, não tendo sido encontradas diferenças significativas entre género e literacia em saúde mental foi, analisado, no presente estudo a possível relação entre o género e a proximidade a problemas de saúde mental.

Neste estudo, não foi encontrada uma associação significativa entre as variáveis *género e proximidade a problemas de saúde mental*, em nenhum dos três momentos de avaliação da intervenção (pré, pós e follow-up). É possível que, os bons níveis de literacia em saúde mental dos participantes de ambos os géneros, reportado no estudo de Luís (2014) possam estar relacionados com estes resultados. Noutros estudos verificaram-se que os participantes com proximidade a problemas de saúde mental, apresentaram maiores níveis de literacia em saúde mental comparativamente aos

participantes sem proximidade, tendo ainda sido referido pela maior parte dos primeiros participantes que, os seus conhecimentos foram adquiridos devido ao contacto com alguém com perturbação mental (Wolf, 1996).

Por um lado, os níveis inferiores de literacia em saúde mental têm sido inversamente relacionados com o estigma (e.g. Angermeyer et al, 2003). Por outro lado, outros estudos (Holmes et al., 1999; Link & Cullen, 1987) verificaram menos estereótipos por parte dos participantes com maior proximidade a problemas de saúde mental.

Assim, podemos pressupor que, mais estereótipos associados a problemas de saúde mental, e.g. perigosidade, poderá traduzir-se em maior distância social e, conseqüentemente, menos proximidade a problemas de saúde mental.

Na amostra do presente estudo, os jovens apresentaram poucos estereótipos e bons níveis de conhecimentos (Luís, 2014).

No que respeita ao género, num estudo com jovens (Burns & Rapee, 2006) os investigadores verificaram níveis inferiores de literacia em saúde mental por parte do género masculino. Outros estudos com jovens (Leighton, 2010) e jovens adultos (Cotton et al., 2006) indicaram maior proximidade a problemas de saúde mental (em relação a familiares, amigos e ao próprio) por parte do género feminino. É possível que os resultados apresentados nestes estudos, que indicam uma maior proximidade a problemas de saúde mental possam ser explicados, em parte, pelo que tem sido descrito na literatura acerca da maior prevalência de perturbações mentais na adolescência por parte do género feminino (e.g. depressão) (Burns & Rapee, 2006). Ou talvez, porque o género feminino parece procurar mais apoio para problemas de saúde mental, enquanto o género masculino é mais predisposto a evitar o reconhecimento ou a negar a presença de um problema de saúde mental (Rickwood, Deane, Wilson, Ciarrochi, 2005).

Neste estudo, quanto ao nível de *Procura de ajuda e comportamentos de 1ª ajuda*, não se encontraram diferenças significativas, em nenhum momento de avaliação (pré, pós e follow-up) entre o grupo com proximidade e o grupo sem proximidade à perturbação mental. Num estudo desenvolvido com um grupo de adolescentes, Kelly e Jorm (1997) reportaram resultados similares. No entanto, noutros estudos desenvolvidos com jovens verificou-se que, os participantes com proximidade a problemas de saúde mental apresentaram diferenças significativas ao nível da procura de ajuda e comportamentos de 1.ª ajuda. Mais especificamente, diferenças: a) na identificação de fontes de ajuda (formal e informal); onde procurar ajuda; e percepção de benefícios

decorrentes da ajuda (Leighton, 2010); b) nas intenções de procura de ajuda formal, especificamente, diferentes profissionais de saúde (Wright, Jorm, Harris & McGorry, 2007) e serviços de saúde mental (Chandra & Minkovitz, 2007).

Por último, quanto à dimensão das *Estratégias de autoajuda* não foram, igualmente, observadas quaisquer diferenças significativas, em nenhum momento de avaliação entre os grupos com proximidade e sem proximidade à perturbação mental. Porém, ambos os grupos aumentaram os conhecimentos de estratégias de autoajuda, entre o pré-teste e o follow-up. Estes resultados poderão explicar-se, em parte, pelo que outros investigadores têm constatado de que, os jovens em geral, apresentam mais conhecimentos nesta dimensão da literacia em saúde mental (Jorm, 2012) e recorrem com frequência a estratégias de autoajuda e tratamentos complementares para lidar com problemas de saúde mental (Rickwood, Deane & Wilson, 2007).

Prosseguindo com a discussão, passaremos aos resultados relativos às diferenças nos níveis de literacia em saúde mental (*score* total e dimensões LSMq) em função do tipo de proximidade (familiar vs amigo) do grupo dos participantes com proximidade a problemas de saúde mental.

Tal como constatado na apresentação dos resultados, os 77 participantes com proximidade a problemas de saúde mental reportaram, maioritariamente, proximidade a familiares e amigos (n = 65). Estes resultados foram similares aos apresentados na literatura, com adolescentes e jovens adultos, em que a proximidade a amigos e familiares foi mais frequentemente reportada (e.g. Chandra & Minkovitz, 2007; Yap & Jorm, 2011).

No *pré-teste* constatou-se que, os participantes com proximidade a um familiar apresentaram níveis significativamente superiores de literacia em saúde mental (*score* total); bem como níveis superiores (marginalmente significativos) ao nível dos *Conhecimentos e estereótipos*, quando comparados ao grupo com proximidade a amigo(s) com problemas de saúde mental.

Estes resultados poderão ser explicados partindo do que a literatura sublinhou sobre o impacto dos diferentes tipos de proximidade (Alexander & Link, 2003; Link & Cullen, 1986), e.g. um relacionamento com um membro da família com perturbação mental, pode ser tendencialmente mais íntimo do que o relacionamento com um amigo com perturbação mental (Alexander & Link, 2003). Dentro dos relacionamentos

peçoais, é mais provável que a proximidade a um familiar se diferencie em relação à proximidade a um amigo em que, a relação com este último tende a ser escolhida (Alexander e Link, 2003).

Assim, talvez a proximidade a um familiar com problemas de saúde mental tenha sido menos suscetível de escolha por parte, neste caso dos jovens da amostra do presente estudo, enquanto a proximidade a um amigo possa ter-se constituído de forma mais voluntária, ou seja, intencionalmente (Link & Cullen, 1986). Neste sentido, possivelmente antes da intervenção, os jovens com proximidade a familiares, tiveram experiências de proximidade mais significativas ao nível da qualidade e frequência, potenciadoras de uma maior comunicação sobre questões de saúde mental e, conseqüentemente, níveis superiores de literacia em saúde mental, comparativamente ao grupo que mencionou conhecer um amigo.

Entre o *pré-teste* e o *pós-teste*, verificou-se que ambos os grupos (familiar vs amigo) aumentaram os conhecimentos. No entanto, no *pós-teste* foi o grupo com proximidade a um amigo que evidenciou um maior aumento de conhecimentos (marginalmente significativos). Verificou-se que a intervenção aumentou os conhecimentos, resultados que reforçam a eficácia da intervenção. É possível que, os conteúdos e as estratégias utilizadas na intervenção tenham contribuído para um maior interesse sobre as questões de saúde mental por parte deste grupo e, conseqüentemente, uma maior motivação para a aprendizagem da informação veiculada na intervenção, refletindo o maior aumento de conhecimentos apresentado.

No *follow-up*, não foram encontradas diferenças significativas ao nível dos *Conhecimentos e estereótipos* entre os grupos (familiar vs amigo) embora ambos tenham reportado níveis superiores de conhecimentos comparativamente ao pré-teste. Este resultado parece também reforçar a eficácia da intervenção.

Ao nível de *procura de ajuda e comportamentos de 1ª ajuda*, não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos, nos três momentos de intervenção (pré, pós e follow-up).

Entre o *pré-teste* e o *follow-up*, os participantes que reportaram ter proximidade a um amigo com problemas de saúde mental aumentaram as intenções de *procura de ajuda e comportamentos de 1ª ajuda*. É possível que estes resultados possam, em parte, ser explicados pelo aumento dos *Conhecimentos e estereótipos* no pós-teste, que se verificou neste grupo. Num estudo realizado com jovens, Yap e Jorm (2011)

verificaram que os participantes que reportaram mais estereótipos apresentaram menos intenções comportamentais de 1.^a ajuda. Neste sentido, é possível que o aumento de conhecimentos e diminuição de estereótipos evidenciados tenham potenciado um aumento de intenções de comportamentos de 1.^a ajuda nos participantes com proximidade a um amigo

Ao nível de *Estratégias de autoajuda* não se verificaram diferenças entre os dois grupos, nos três momentos de intervenção (pré, pós e follow-up), resultados que poderão explicar-se pelo aumento das estratégias de autoajuda, entre o pré-teste e follow-up por parte de ambos os grupos. Resultados que reforçam a eficácia da intervenção.

Conclusão

Como principais conclusões do estudo salientam-se:

Primeiro, ausência de diferenças significativas ao nível da literacia em saúde mental entre os grupos com proximidade e sem proximidade a problemas de saúde mental.

Segundo, diferenças significativas ao nível da literacia em saúde mental (*score* total) em função do tipo de relações do grupo que referiu ter proximidade a problemas de saúde mental com a pessoa(s) – familiar vs amigo, sendo que os participantes com proximidade a um familiar revelaram níveis superiores de literacia em saúde mental (*score* total), no momento prévio à intervenção.

Terceiro, diferenças marginalmente significativas na literacia em saúde mental, na dimensão *Conhecimentos e estereótipos*, em função do tipo de relações do grupo que referiu ter proximidade a problemas de saúde mental tinha com a pessoa(s) – familiar vs amigo, especificamente: a) no pré-teste os participantes com proximidade a um familiar revelaram mais conhecimentos e, b) no pós-teste, foram os participantes com proximidade a um amigo que evidenciaram resultados superiores.

Por último, e ainda ao nível dos conhecimentos e estereótipos, no follow-up os resultados não apresentaram diferenças significativas entre os tipos de proximidade, porém ambos os grupos (familiar e amigo) aumentaram os conhecimentos a este nível, comparativamente ao pré-teste.

Sintetizando, os principais resultados deste estudo: a) apontam para a existência de diferenças ao nível da literacia em saúde mental, na dimensão *Conhecimentos e estereótipos*, em função do tipo de relação de proximidade e b) as diferenças entre os momentos de avaliação (pré, pós e follow-up) parecem colocar em evidência a eficácia da intervenção desenvolvida no âmbito do projeto *Abrir Espaço à Saúde Mental*.

Em acréscimo, estas diferenças na literacia em saúde mental, apenas na dimensão *Conhecimentos e estereótipos* tendem a reforçar o que a literatura tem vindo a reportar, nomeadamente de que as mudanças nos aspetos cognitivos (conhecimentos e estereótipos) e emocionais parecem ocorrer mais fácil e previamente, comparativamente às mudanças comportamentais (Angermeyer et al., 2003; Rickwood et al., 2004, Schulze et al., 2003).

Este estudo apresentou algumas limitações que importa referir. Uma das limitações prende-se com o facto de as questões que avaliaram a proximidade aos problemas de saúde mental, constarem apenas no pré-teste, impossibilitando a avaliação de possíveis alterações a este nível, quer no momento pós-teste, quer no follow-up. Outra limitação, neste estudo, foi não se ter procedido à análise dos tipos de problemas de saúde mental (recolhidos no pré-teste) a que estes jovens referiram ter proximidade. Esta variável poderia acrescentar maior profundidade e outra reflexão a este estudo, no sentido de, não serem raras as vezes que o público em geral e os adolescentes, confundem perturbação com deficiência mental ou doenças físicas (Jorm et al., 1997). Assim, não sabemos se todos os “problemas de saúde mental” reportados se incluem na categoria de perturbação mental.

Como sugestões para investigação futura, podemos antecipar três possíveis “direções”. Primeiro, neste estudo, foi opção metodológica não incluir na amostra o grupo de controlo. Assim, no âmbito do Projeto *Abrir Espaço à Saúde Mental*, e dando continuidade a este estudo e ao de Luís (2014), poderá ser pertinente a análise de diferenças entre grupos (GC e GE), ao nível da literacia em saúde mental, em função das variáveis género e proximidade. Não menos interessante poderá ser a exploração de outras variáveis, como e.g. a idade e tipos de perturbação mental a que os jovens reportaram proximidade.

Segundo, no âmbito do estudo da proximidade a problemas de saúde mental e decorrente da análise efetuada, parece-nos que a inclusão no questionário de diferentes

itens poderia contribuir para uma maior compreensão da influência da proximidade, nomeadamente, a) no que diz respeito aos tipos de proximidade, ao nível familiar, especificar o grau de parentesco, b) percepção da qualidade da relação; e ainda, c) quantidade de relações.

Por último, tendo em consideração a eficácia da intervenção, e uma vez que a literatura tem vindo a sugerir que intervenções de longa duração, integradas nos currículos escolares podem ser efetivas e sustentáveis (Mcluckie et al., 2014) poderia ser promissor, continuar a “abrir espaço” à saúde mental dos jovens em contexto escolar. Assim, partindo das duas sessões (já desenvolvidas, implementadas e avaliadas), poderiam desenvolver-se sessões de continuidade que: a) aprofundassem questões de saúde mental, e.g. problemas de saúde mental e perturbações mentais mais comuns na adolescência, b) incluíssem a promoção da diminuição de atitudes discriminatórias, c) focassem o desenvolvimento de competências de primeira ajuda (formal e informal) sabendo que os adolescentes procuram mais vezes ajuda informal (de amigos e familiares), d) promovessem o desenvolvimento de estratégias de autoajuda adequadas e, ainda que, d) fossem, formalmente, integradas nos currículos escolares.

Concluindo, este estudo contribui para reforçar a importância de promover a literacia em saúde mental nos jovens e avaliar a longo-prazo qualquer intervenção, pois só assim é possível verificar a sua eficácia e contribuir para a sua replicabilidade.

Estes resultados também são importantes ao nível das suas implicações para a prática, uma vez que deverão ser tidas em consideração, aquando das intervenções, as experiências prévias, principalmente ao nível de proximidade a problemas de saúde mental que, podem afetar significativamente os resultados das intervenções (Schachter et al., 2008). Neste sentido, este estudo contribui para reforçar, a importância de se explorarem características específicas das amostras permitindo, assim, informar a construção de intervenções; bem como a eficácia da intervenção desenvolvida no âmbito do projeto *Abrir Espaço à Saúde Mental*.

Referências bibliográficas

- Alexander, L. A., & Link, B. G. (2003). The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Journal of Mental Health, 12*(3), 271-289. doi: 10.1080/0963823031000118267
- 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. doi:10.1016/S0920-9964(03)00186-5
- Almeida, J. M. C., & Xavier, M. (2013). 1.º Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. Retrieved from: Faculdade de Ciências Médicas Universidade Nova de Lisboa. <http://www.fcm.unl.pt/>
- Bapat, S., Jorm, A., & Lawrence, K. (2009) Evaluation of a mental health literacy training program for junior sporting clubs. *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrist, 17*(6), 475-479. doi: 10.1080/10398560902964586.
- Barry, M., Clarke, A. M. Jenkins, R. & Patel, V. (2013). A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *Biomedical Center Public Health, 13*(835). doi: 10.1186/1471-2458-13-835.
- Burns, J. R., & Rapee, R. M. (2006). Adolescent mental health literacy: Young people’s knowledge of depression and help seeking. *Journal of Adolescence, 29*, 225–239. doi:10.1016/j.adolescence.2005.05.004
- Byrne, S., Swords, L., & Nixon, E. (2015). Mental health literacy and help-giving responses in Irish adolescents. *Journal of Adolescent Research, 30*, 477-500. doi: 10.1177/0743558415569731
- Campos, L., Palha, F., Dias, P., & Costa, N. (2012). UPA Faz a Diferença: Ações de sensibilização pró-saúde mental – Relatório Final. Porto, Portugal: Retrieved from: ENCONTRAR+SE <http://www.encontrarse.pt>
- Campos, L., Palha, F., Dias, P., Lima, V. S., Veiga, E., Costa, N., & Duarte, A. I. (2012). Mental Health awareness interventions in schools. *Journal of Human Growth and Development, 22*(2), 259-266.
- Campos, L., Palha, F., Lima, V. S., Dias, P., Duarte, A., & Veiga, E. (2015). School-based Innovative Practices for the Promotion of Social, Emotional and Learning Skills in Portugal. In: E. Kourkoutas & E. Hart (Eds.), *Innovative Practice and Interventions for Children and Adolescents with Psychosocial Difficulties and Disabilities (pp.152-183)*. UK: Cambridge Scholars Publishing.
- Campos, L., Palha, F., Veiga, E., Dias, P., & Duarte, A. I. (2012). Abrir Espaço à Saúde Mental – Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14 anos): Construção de um guião de focus groups. In: J. L. Pais Ribeiro, I. Leal, A. Pereira & S. Monteiro (Eds.), *Psicologia da Saúde:*

Desafios à promoção da Saúde em doenças crónicas (pp.58-61). Lisboa: Editora Placebo.
Retrieved from: Placebo Editora: <http://www.placebo.pt>

Campos, L., Dias, P., & Palha, F. (2014). Finding Space to Mental Health - Promoting mental health in adolescents: Pilot study. *Education and Health*, 32(1), 23-29.

Campos, L., Duarte, A. I., Dias, P., Palha, F., & Veiga, E. (2014). Abrir Espaço à Saúde Mental - Diferenças de Género: Resultados Preliminares. In J. L. Pais Ribeiro, I. Silva, R. Meneses & I. Leal (Eds.), *Atas do 10º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. (pp. 578-585). Lisboa.

Campos, L., Dias, P., Palha, F., Duarte, A., & Veiga, E. (2014c). Finding space to mental health – promoting mental health in adolescents (12 to 14 year olds): preliminary results of the intervention's effectiveness, *Revista de Psicologia*, 10(19), 107-116. Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina. Retrieved from: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/>

Chandra, A., & Minkovitz, C. S. (2007). Factors that influence mental health stigma among 8th grade adolescents. *Journal of Youth Adolescence*, 36, 763–774. doi: 10.1007/s10964-006-9091-0

Chisholm, K. E., Patterson, P., Torgenson, C., Turner, E., & Birchwood, M. (2012). A randomized controlled feasibility trial for an educational school-based mental health intervention: study protocol. *Biomedical Center Public Health*, 12(23). doi: 10.1186/1471-244X-12-23.

Comissão das Comunidades Europeias (2005). *Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Retrieved from: European Commission <http://ec.europa.eu/>

Conselho de Ministros (2008, Março, 6). Resolução do Conselho de Ministros 49/2008. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 47. Retrieved from: Portal da Saúde <http://www.portaldasaude.pt/>

Conselho Nacional de Saúde Mental. (2002). *Propostas e Recomendações*. Retrieved from: <http://www.portaldasaude.pt/>

Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Retrieved from: <http://www.min-saude.pt/>

Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 201-222.

Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. doi: 10.1037/0003-066X.59.7.614

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.

- Corrigan, P. W., Edwards, A. B., Green, A., Diwan, S. L., & Penn, D. L. (2001). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 219-225. Consultado em <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/>
- Corrigan, P. W., Lurie, B. D., Goldman, H. H., Spolen, N., Medasani, K., & Phelan, S. (2005). How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse. *Psychiatric Services*, 56(5), 544-550. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons From Social Psychology on Discrediting Psychiatric Stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765-776.
- Corrigan, P., & Shapiro, J. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*, 30, 907-922. doi:10.1016/j.cpr.2010.06.004
- Corrigan, P. & Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>
- Corrigan, P., & Watson, A. (2007). How children stigmatize people with mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(6), 526-546. doi: 10.1007/s10597-007- 9084-9
- 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. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 790-796. doi: 10.1080/j.1440-1614.2006.01885.x
- Couture, S. M., & Penn, D. L. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: a review of the literature. *Journal of Mental Health*, 12(3), 291-305. doi: 10.1080/09638231000118276
- Direcção-Geral de Saúde. (2004). *Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental*. Retrieved from: Direcção-Geral de Saúde: <http://www.dgs.pt/>
- Direcção-Geral da Saúde. (2014). *Portugal: Saúde Mental em números – 2014*. Retrieved from: Direcção-Geral de Saúde <https://www.dgs.pt/>
- Direcção-Geral da Saúde. (2012). *Programa Nacional para a Saúde Mental - Orientações Programáticas*. Retrieved from: Direcção-Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/>
- European Pact for Mental Health and Well-being. (2008). *EU High-level Conference Together for Mental Health and Wellbeing*. Retrieved from: European Commission <http://ec.europa.eu/>
- Furnham, A., & Blythe, C. (2012). Schizophrenia literacy: The effect of direct experience with the illness. *Psychiatry Research*, 198(2012), 18-23. doi:10.1016/j.psychres.2011.12.025

- Gabriel, A., & Violato, C. (2010). Depression Literacy among Patients and the Public: A Literature Review. *Primary Psychiatry, 17*(1), 55-64.
- Hinshaw, S. P. (2005). The stigmatization of mental illness in children and parents: developmental issues, family concerns, and research needs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*(7), 714–734. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01456.x
- Holmes E. P., Corrigan P. W., Williams, P., Canar, J., & Kubiak, M. A. (1999). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 25*(3), 447–456. Retrieved from: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/>
- Jané-Llopis, E., & Braddick, F. (2008) *Consensus paper: Mental Health in Youth and Education*. European Commission. Retrieved from: <http://ec.europa.eu/>
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry, 177*, 396-401. doi: 10.1192/bjp.177.5.396
- Jorm, A. (2012). Mental Health Literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychological Association, 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 and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*(1), 3-5. doi: 10.1111/j.1440- 1614.2006.01734.x.
- Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P., 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*, 182-186.
- Kelly, C. M., Jorm, A., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *The Medical Journal of Australia, 187*(7), 26-30.
- Kelly, C. M., & Jorm, A. (2007). Adolescents' intentions to offer assistance to friends with depression or conduct disorder: associations with psychopathology and psychosocial characteristics. *Early Intervention in Psychiatry, 1*(2), 150–156. doi: 10.1111/j.1751-7893.2007.00009.x
- Leighton, S. (2010). Using a vignette-based questionnaire to explore adolescents' understanding of mental health issues. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 15*(2), 231–250. doi: 10.1177/1359104509340234
- Link, B. G., & Cullen, F. T. (1986). Contact with the mentally ill and perceptions of how dangerous they are. *Journal of Health and Social Behavior, 27*, 289-303.

- Loureiro, L., Pedreiro, A., Correia, S., & Mendes, A. (2012). Reconhecimento da Depressão e crenças sobre a procura de ajuda em jovens Portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 13-17.
- Luís, M. S. A. (2014). *Literacia em saúde mental e o papel do género: Follow-up do projeto Abrir Espaço à Saúde Mental* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.
- Martínez-Zambrano, F., García-Morales, E., García-Franco, M., Miguel, J., Villellas, R., Pascual, G., ... Ochoa, S. (2013). Intervention for reducing stigma: Assessing the influence of gender and knowledge. *World Journal Psychiatry*, 3(2), 18-24 doi: <http://dx.doi.org/10.5498/wjp.v3.i2.18>
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilibrios
- Matos, G. M., Tomé, G., Santos, T., Gaspar, T. & Ramiro, L. (2013) RICHE - Trajetórias para a saúde da criança e do adolescente em Portugal. Projeto Aventura Social. Retrieved from: <http://aventurasocial.com>
- Meluckie, A., Kutcher, S., Wie, Y., & Weaver, C. (2014). Sustained improvements in students' mental health literacy with use of a mental health curriculum in Canadian schools. *Biomedical Center Psychiatry*, 14(379). doi: 10.1186/s12888-014-0379-4
- Melas, P. A., Tartani, E., Forsner, T., Edhborg, M., & Forsell, Y. (2013). Mental health literacy about depression and schizophrenia among adolescents in Sweden. *European Psychiatry*, 28, 404–411. doi: 10.1016/j.eurpsy.2013.02.002
- Mellor, C. (2014). School-based interventions targeting stigma of mental illness: systematic review. *The Psychiatric Bulletin*, 38, 164-171, doi: 10.1192/pb.bp.112.041723
- Ministério da Saúde e Divisão de Saúde Escolar (2006). Programa Nacional de Saúde Escolar. Retrieved from: <http://www.min-saude.pt/>
- Naylor, P. B., Cowie, H. A., Walters, S. J., Talamelli, L., & Dawkins, J. (2009). Impact of a mental health teaching programme on adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 365-370. doi: 10.1192/bjp.bp.108.053058.
- OECD (2014). Making Mental Health Count: *The social and economic costs of neglecting Mental Health Care*. OECD Health Policy Studies: OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264208445-en
- Patton, G. C., Glover, S., Bond, L., Butler, H., Godfrey, C., Di Pietro, G., & Bowers, G. (2000). The Gate House Project: a systematic approach to mental health promotion in secondary schools. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 586-593.

- Pedreiro, A. T. M. (2013). *Literacia em Saúde Mental de Adolescentes e Jovens sobre Depressão e Abuso de Álcool* (Dissertação de Mestrado em Educação para a Saúde não publicada). Escola Superior de Educação de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Penn, D., & Couture, S. M. (2002). Strategies for reducing stigma toward persons with mental illness. *World Psychiatry, 1*(1), 20-21.
- Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of interventions in UK secondary schools. *The British Journal of Psychiatry, 182*, 342-346. doi: 10.1192/bjp.02.375
- Pinto, J. M. & Almeida, J. F. (1995). *A investigação nas Ciências Sociais* (5.^a ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Pinto-Foltz, M. D., Logsdon, M. C., & Myers, J. A. (2011). Feasibility, acceptability, and initial efficacy of a knowledge-contact program to reduce mental illness stigma and improve mental health literacy in adolescents. *Social Science & Medicine, 72*, 2011-2019. doi:10.1016/j.socscimed.2011.04.006
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em ciências sociais* (2.^a ed.). Lisboa: Gradiva
- Rickwood, D., Cavanag, S., Curtis, L., & Sakrouge, R. (2004). Educating Young People about Mental Health and Mental Illness: Evaluating a School-Based Programme. *International Journal of Mental Health Promotion, 6*(4) 23-32. doi: 10.1080/14623730.2004.9721941
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005) Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 4*(3), Supplement. Retrieved from: www.auseinet.com/journal/
- 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. Retrieved from: <http://www.scielo.mec.pt/>
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry, 20*(8), 529-539. doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.04.004.
- Santos, J. C., Erse, M. P., Simões, M., Façanha, J., & Marques, L. (2013). + Contigo na promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários em meio escolar. *Revista de Enfermagem Referência, serIII*(10), 203-207. doi:10.12707/RIII13121
- Santos, J. C., Erse, M. P., Simões, M., Façanha, J., & Marques, L. (2014). + Contigo: Promoção de saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa. *Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde 9*.

- Schachter, H. M., Girardi, A., Ly, M., Lacroix, D., Lumb, A. B., van Berkomp, J., & Gill, R. (2008). Effects of school-based interventions on mental health stigmatization: a systematic review. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2,18. doi:10.1186/1753-2000-2-18
- Schulze, B., Richter-Werling, M., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2003). Crazy? So what? Effects of a school project on student's attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 142–50. doi: 10.1034/j.1600- 0447.2003.02444.x.
- Skre, I., Friberg, O., Breivik, C., Johnsen, L. I., Arnesen, Y., & Wang, C. E. (2013). A school intervention for mental health literacy in adolescents: effects of a non-randomized cluster controlled trial. *Biomedical Center Public Health*, 13(1), 1-15. doi:10.1186/1471-2458-13-873
- Stuart, H. (2006). Reaching Out to high school youth: the effectiveness of a video-based anti-stigma program. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(10), 647-653.
- Tacker, K. A., & Dobie, S. (2008). MasterMind: empower yourself with mental health. A program for adolescents. *Journal of School Health*, 78(1), 54-57
- Yap, M. B. H., & 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, 473–477. doi:10.1016/j.jad.2011.05.039
- Wahl, O. F. (2002). Children's views of mental illness: A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6, 134-158.
- Wang, J., & Lai, D. (2008). The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression. *Journal of Affective Disorders*, 110(2008), 191–196. doi:10.1016/j.jad.2008.01.005
- Watson, A. C., Otey, E., Westbrook, A. L., Gardner, A. L., Lamb, T. A., Corrigan, P. W., & Fenton, W. S. (2004). Changing middle schoolers' attitudes about mental illness through education. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3) 563-572.
- Weare, K., & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promotion International*, 26(S1), i29-i69. doi:10.1093/heapro/dar075
- Wei, Y., Hayden, J. A., Kutcher, S., Zygmunt, A., & McGrath, P. (2013). The effectiveness of school mental health literacy programs to address knowledge, attitudes and help seeking among youth. *Early Intervention in Psychiatry*, 7, 109-121. doi: 10.1111/eip.12010
- 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

- Wood, A. L., & Wahl O. F. (2006). Evaluating the Effectiveness of a Consumer-Provided Mental Health Recovery Education Presentation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(1), 46-52.
- World Health Organization (2001a). Strengthening Mental Health Promotion. Geneva: World Health Organization (Fact Sheet, No. 220).
- World Health Organization (2001b). The World Health Report - Mental Health: New Understanding, New Hope. Retrieved from World Health Organization <http://www.who.int>.
- World Health Organization (2002). Prevention and promotion in Mental Health: Evidence and Research. Retrieved from: World Health Organization <http://www.who.int>.
- World Health Organization (2005a). Promoting Mental Health: Concepts, emerging evidence, practice. Retrieved from: World Health Organization <http://www.who.int>.
- World Health Organization (2005b). Child and adolescent mental health policies and plans. Mental health policy and service guidance package. Retrieved from: World Health Organization <http://www.who.int>.
- World Health Organization (2009). Improving health systems and services for mental health. Retrieved from: World Health Organization <http://www.who.int>.
- World Health Organization (2013). Mental health action plan 2013-2020. Retrieved from: World Health Organization <http://www.who.int>.
- World Health Organization (2014). Mental health: strengthening our response. Fact sheet N°220. Retrieved from: World Health Organization <http://www.who.int>.
- Wright, A., Jorm, A. F., 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 & Psychiatric Epidemiology*, 42, 244–250. doi: 10.1007/s00127-006-0156-x
- Wright, A., McGorry, P. D., Harris, M. G., Jorm, A. F., & Pennell K. (2006). Development and evaluation of a youth mental health community awareness campaign - The Compass Strategy. *Biomedical Center Public Health*, 6(215). doi: 10.1186/1471-2458-6-215

Anexos

Processo n.º 10300/2011

AUTORIZAÇÃO N.º 11098 /2011

I. Do Pedido

Maria Luísa Brites Parreira Coelho Vieira de Campos notificou à CNPD um tratamento de dados pessoais com a finalidade de elaborar um estudo observacional para avaliar as percepções estigmatizantes associadas às perturbações mentais e a eficácia de um programa de sensibilização e promoção da saúde mental.

O estudo decorrerá ao longo de três anos, compreendendo 4 etapas: 1) realização de *focus groups*, 2) implementação de um estudo piloto, 3) desenvolvimento de acções de sensibilização pró-saúde mental e 4) *follow-up*.

Serão incluídos na primeira fase do estudo 90 adolescentes entre os 12 e os 14 anos de idade. Já na segunda fase, o estudo será aplicado a 30 adolescentes da mesma faixa etária e 450 adolescentes nas terceira e quarta fases.

O estudo será desenvolvido em ambiente escolar, sendo solicitado o consentimento informado aos encarregados de educação.

Na primeira fase do estudo, os grupos de discussão serão gravados em formato áudio. Já nas restantes fases, que implicam o preenchimento de questionários em papel, as respostas aos mesmos serão anónimas.

Para que as respostas aos vários questionários e nos vários momentos sejam associadas a um mesmo participante, serão pedidos 5 dígitos do número de telemóvel dos participantes, sendo a codificação atribuída da seguinte forma: (x x x _ _ x _ _ _) o primeiro dígito respeita ao tipo de estabelecimento (ensino público ou privado), os 2.º e 3.º dígitos referem-se ao estabelecimento de ensino, o 6.º dígito ao tipo de questionário e os restantes ao número de telemóvel do participante no estudo.

Os destinatários serão ainda informados sobre a natureza facultativa da sua participação e garantida confidencialidade no tratamento.

II. Da Análise

Porque em grande parte referentes à vida privada, os dados dos utentes dos serviços prestados pela requerente têm a natureza de sensíveis, razão pela qual o respectivo tratamento só pode basear-se no consentimento expresso, esclarecido e livre dos titulares dos dados, nos termos do disposto no n.º 2 do artigo 7.º da Lei n.º 67/98, de 26.10, ou dos seus legais representantes.

Por esta razão é necessário o «consentimento expresso do titular», entendendo-se por consentimento qualquer manifestação de vontade, livre, específica e informada, nos termos da qual o titular aceita que os seus dados sejam objecto de tratamento, o qual deve ser obtido através de uma “declaração de consentimento informado” onde seja utilizada uma linguagem clara e acessível.

Nos termos do artigo 10.º da Lei n.º 67/98, a declaração de consentimento tem de conter a identificação do responsável pelo tratamento e a finalidade do tratamento, devendo ainda conter informação sobre a existência e as condições do direito de acesso e de rectificação por parte do respectivo titular.

Como decorre dos impressos de recolha de consentimento, cujos modelos estão juntos aos autos, os titulares dos dados e os seus legais representantes apõem as suas assinaturas nos mesmos, deste modo satisfazendo as referidas exigências legais, pelo que a Comissão Nacional de Protecção de Dados considera existir legitimidade para o tratamento dos dados que a requerente se propõe realizar (artigos 3.º, alínea h), e 7.º n.º2 da Lei n.º 67/98, de 26.10).

A informação tratada é recolhida de forma lícita (art.º 5.º, n.º1 al. a) da Lei 67/98), para finalidades determinadas, explícitas e legítimas (cf. al. b) do mesmo artigo) e não é excessiva.

O fundamento de legitimidade é o consentimento expresso do titular dos dados.

III. Da Conclusão

Assim, de acordo com as disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, n.º1 do artigo 27.º, al. a) do n.º 1 do artigo 28.º e art. 30.º da Lei de Protecção de Dados, autoriza-se o tratamento, com as condições supra referidas, nos seguintes termos:

Responsável pelo tratamento: Maria Luísa Brites Parreira Coelho Vieira de Campos

Finalidade: Estudo observacional para avaliar as percepções estigmatizantes associadas às perturbações mentais e a eficácia de um programa de sensibilização e promoção da saúde mental.

Categoria de Dados pessoais tratados: código do participante, dados sócio-demográficos (data de nascimento, sexo, estado civil, nacionalidade, concelho de residência, ano de escolaridade, ocupação de tempos livres, principal fonte de rendimento familiar, constituição do agregado familiar, profissão, habilitações literárias e situação profissional), respostas aos questionários sobre a definição de doença mental, sua prevalência, causas, consequências, prognóstico, intenções comportamentais, factores protectores, implicações e debate sobre a estigmatização da doença mental.

Entidades a quem podem ser comunicados: Não há.

Formas de exercício do direito de acesso e rectificação: Junto da investigadora.

Interconexões de tratamentos: Não há.

Transferências de dados para países terceiros: Não há.

Prazo de conservação: O código do titular deve ser destruído um mês após o fim do estudo.

Dos termos e condições fixados na Deliberação n.º 227/2007 e na presente Autorização decorrem obrigações que o responsável deve cumprir. Deve, igualmente, dar conhecimento dessas condições a todos os intervenientes no circuito de informação.

Lisboa, 10 de Outubro de 2011

Ana Roque, Luís Paiva de Andrade, Vasco Almeida, Helena Delgado António (Relatora), Carlos Campos Lobo, Luís Barroso



Luís Lingnau da Silveira (Presidente)

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA



Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar

[Início](#) » [Consultar inquéritos](#) » **Ficha de inquérito**

Identificação da Entidade / Interlocutor

Nome da entidade:
Faculdade de Educação e Psicologia - Universidade Católica Portuguesa

Nome do Interlocutor:
Maria Luísa Brites Parreira Coelho Vieira de Campos

E-mail do interlocutor:
abrir_saudemental@porto.ucp.pt

Faculdade de Educação e
Psicologia - Universidade
Católica Portuguesa

[Sair](#)

Área reservada

- Dados da entidade
- Consultar inquéritos
- Registrar inquérito
- Instruções

- Início
- Pesquisar inquéritos

Dados do Inquérito

Número de registo:
012880003

Designação:
Abrir Espaço à Saúde Mental: Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14 anos) - desenvolvimento e avaliação da eficácia de uma intervenção

Descrição:

Segundo o Global Burden of Disease [1], as perturbações mentais contribuem, aproximadamente, em 12% para o burden global da doença, prevenindo-se que este valor atinja os 15% em 2020 [2]. De acordo com o World Health Report 2001, pelo menos 1 em cada 5 jovens sofre de problemas de desenvolvimento, emocionais ou comportamentais [2]. Neste sentido, a prevenção e o tratamento de problemas de saúde mental, bem como a promoção da saúde mental e do bem-estar psicológico de crianças e jovens assume-se como uma prioridade ao nível da saúde pública [3].

A escola surge como contexto privilegiado de acesso aos jovens [4]. Com base no Plano Nacional de Saúde Escolar [5], todas as escolas deverão ser Escolas Promotoras da Saúde, contemplando a mobilização de recursos e a criação de oportunidades que favoreçam não só a saúde física, como também a saúde mental. Contudo, considerando a literatura disponível, em Portugal, o único projecto de intervenção em meio escolar, desenvolvido de forma estruturada, com o objectivo de estudar questões relacionadas com a saúde mental e o estigma associado às perturbações mentais junto de jovens é o "UPA Faz a Diferença" [6, 7] - projecto implementado pela ENCONTRAR+ SE, uma IPSS que visa contribuir para o desenvolvimento dos serviços de saúde em Portugal.

Face ao exposto, a Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa (FEP-UCP), com financiamento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (PTDC/PSI-PCL/112526/2009), encontra-se a desenvolver o projecto Abrir Espaço à Saúde Mental - Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14): desenvolvimento e avaliação de uma intervenção, tendo por objectivos gerais 1) desenvolver e avaliar a eficácia de uma intervenção de promoção da "mental health literacy" e de redução do estigma associado às perturbações mentais junto de jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos, 2) desenvolver um instrumento de avaliação rigoroso, capaz de avaliar a "mental health literacy", bem como as percepções estigmatizantes face à perturbação mental.

O projecto decorrerá ao longo de 3 anos, compreendendo várias etapas, designadamente: a) realização de Focus Groups, b) implementação de um estudo-piloto, c) desenvolvimento de acções de sensibilização pró-saúde mental e d) follow-up.

Assim, visando o desenvolvimento de um instrumento de avaliação eficaz da "mental health literacy" e das percepções estigmatizantes associadas às perturbações mentais, bem como o desenvolvimento de uma intervenção de promoção da saúde mental junto de jovens, entre os meses de Novembro e Dezembro de 2011, serão desenvolvidos 3 Focus Groups, isto é, grupos de discussão sobre saúde e doença mental, com alunos (N=30) da mesma faixa etária daqueles que depois serão alvo de intervenção (12 a 14 anos), no Colégio Nossa Senhora do Rosário - 1ª etapa do projecto.

Posteriormente, com o objectivo de avaliar a validade do instrumento de avaliação e a adequação das acções de sensibilização pró-saúde mental desenvolvidas, com base nas informações obtidas dos Focus Groups, realizar-se-á um estudo-piloto junto de uma amostra de 30 alunos, da mesma faixa etária daqueles que depois serão alvo de intervenção (12 a 14 anos), do Colégio Nossa Senhora do Rosário - 2ª etapa do projecto.

A etapa seguinte dirá respeito à implementação da intervenção - constituída por duas sessões de sensibilização, com duração de cerca de 2h cada, realizadas com intervalo de uma semana, junto de cerca de 450 alunos do 3º ciclo, de 8 escolas da Zona Norte de Portugal, nomeadamente: Escola Secundária Garcia de Orta, Escola Secundária da Senhora da Hora, Escola Secundária com 3º ciclo do ensino básico Clara de Resende, Escola Secundária da Trofa, Colégio Nossa Sr.ª do Rosário, INED Nevogilde, Colégio de Nossa S.ª de Lourdes e Externato Ribadouro. As sessões centrar-se-ão nos conceitos de "mental health literacy" e de estigma associado às perturbações mentais, seguindo uma metodologia interactiva, com recurso a dinâmicas de grupo e música, promovendo o debate e o esclarecimento de dúvidas por parte dos participantes. Com o objectivo de avaliar a eficácia da intervenção, os alunos preencherão o questionário mencionado anteriormente, no início da primeira sessão e no final da segunda - 3ª etapa do projecto. Seis meses após a participação nas acções de sensibilização, será realizado um follow-up - 4ª etapa do projecto.

De referir que a autorização por parte da Direcção das escolas acima mencionadas se encontra dependente

do parecer favorável da Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC), designadamente da aprovação do MIME.

Objectivos:

Objectivos Gerais do Projecto "Abrir espaço à saúde mental": 1) desenvolver e avaliar a eficácia de uma intervenção de promoção da "mental health literacy" e de redução do estigma associado às perturbações mentais junto de jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos; 2) desenvolver um instrumento de avaliação rigoroso, capaz de avaliar a "mental health literacy", bem como as percepções estigmatizantes face à perturbação mental.

Objectivos dos Focus Groups (1ª etapa do projecto "Abrir espaço à saúde mental"): O objectivo do desenvolvimento de Focus Groups prende-se com a compreensão dos conhecimentos dos jovens sobre questões relacionadas com saúde e doença mental, estigma associado à doença mental e, por fim, com a pertinência do desenvolvimento de uma intervenção sistematizada ao nível da promoção da saúde mental e redução do estigma junto de alunos do 2º ciclo.

Objectivos do Estudo-Piloto (2ª etapa do projecto "Abrir espaço à saúde mental"): avaliar a validade do instrumento de avaliação e a adequação das acções de sensibilização pró-saúde mental desenvolvidos (através da 1ª etapa do projecto).

Objectivos da Implementação da Intervenção (3ª etapa do projecto "Abrir espaço à saúde mental"): avaliar a eficácia de uma intervenção de promoção da "mental health literacy" e de redução do estigma associado às perturbações mentais junto de 450 jovens, com idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos.

Objectivos do Follow-up (4ª etapa do projecto "Abrir espaço à saúde mental"): avaliar a eficácia da intervenção, no final de 6 meses.

Periodicidade:

Pontual

Data do início do período de recolha de dados:

07-11-2011

Data do fim do período de recolha de dados:

30-11-2013

Universo:

1ª etapa) Focus groups: 30 alunos do 3º ciclo do ensino básico; 2ª etapa) Estudo-piloto: 30 alunos do 3º ciclo do ensino básico; 3ª e 4ª etapas) Implementação da intervenção e Follow-up: 450 alunos do 3º ciclo ensino básico.

Unidade de observação:

alunos do 3º ciclo do ensino básico (7º, 8º e 9º anos)

Método de recolha de dados:

Consentimentos informados e questionários sócio-demográficos – todas as etapas; Guião Focus groups – 1ª etapa; Questionário de avaliação "mental health literacy" e das percepções estigmatizantes face à perturbação mental – 2, 3ª e 4ª etapas.

Inquérito registado no Sistema Estatístico Nacional:

Não

Inquérito aplicado pela entidade:

Sim

Instrumento de inquirição:

01288_201107041729_Documento1.zip (ZIP - 293,43 KB)

Nota metodológica:

Outros documentos:

01288_201110181119_Documento3.pdf (PDF - 208,35 KB)

Data de registo:

18-10-2011

Versão:

2 (2)

Dados adicionais

Estado:

Aprovado

Avaliação:

Exmo(a) Senhor(a) Dr(a), Maria Luisa Brites Parreira Coelho Vieira de Campos
Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma

vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos de qualidade técnica e metodológica para tal devendo, no entanto, ter em atenção as observações aduzidas.
Com os melhores cumprimentos
Isabel Oliveira
Directora de Serviços de Inovação Educativa
DGDC

Observações:

- a) Deverá ser obtida a autorização expressa dos encarregados de educação dos alunos com menos de 18 anos a inquirir.
- b) Nos procedimentos a efectuar no âmbito deste projecto devem ser respeitadas todas as considerações da Comissão Nacional de Protecção de Dados, inscritas na autorização nº 11098/2011,

Outras observações:

Sem observações.

| [Voltar](#) | [Versão 1](#) | [Versão 2](#) |



Porto, 25 de Março de 2013

Exmo.(a) Senhor(a) Encarregado de Educação,

Na sequência da participação anterior do seu educando no projeto *Abrir Espaço à Saúde Mental*, vimos por este meio solicitar o seu consentimento relativo à participação na última etapa do projeto.

Relembramos que o *Abrir Espaço à Saúde Mental – Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14 anos)* - é desenvolvido pela Faculdade de Educação e Psicologia, Centro Regional do Porto da Universidade Católica Portuguesa (FEP-UCP), com financiamento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (PTDC/PSI-PCL/112526/2009), em parceria com a Encontrar+se.

O objetivo geral do projeto centra-se em contribuir para o **aumento do conhecimento dos jovens sobre questões de saúde mental**.

A participação do seu educando consiste no preenchimento de um **questionário breve** sobre **conhecimentos de saúde mental** (cerca de 10 minutos).

Garante-se o **anonimato** e a **confidencialidade** pelo que, em momento algum, será registado o nome do seu educando ou qualquer outro dado que o permita identificar.

Tratando-se de alunos de menor idade, solicitamos que assine o consentimento informado (em anexo) a autorizar a participação do seu educando.

Após a assinatura do consentimento informado, agradecemos que este fosse entregue ao diretor de turma.

Por último, gostaríamos de referir que nos encontramos totalmente disponíveis para qualquer esclarecimento adicional que considere pertinente.

Com os nossos melhores cumprimentos,

Luísa Campos (psicóloga, coordenadora do projeto) – 93 322 93 05 | mcampos@porto.ucp.pt

Ana Duarte (psicóloga) – 91 918 59 80 | abrir_saudemental@porto.ucp.pt

CONSENTIMENTO INFORMADO

Encarregados de educação

Projeto: *Abrir Espaço à Saúde Mental - Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14 anos).*

Eu, abaixo-assinado, compreendi a explicação que me foi dada sobre o projeto, bem como em que consiste a participação do meu educando:

- Preencher um questionário breve sobre conhecimentos de saúde mental, sendo que em momento algum será registado o nome/identificação do meu educando.

Foi-me assegurado que estes dados são totalmente anónimos e confidenciais.

Foi-me dada a oportunidade de esclarecer possíveis dúvidas sobre o projeto em questão.

Além disso, foi-me afirmado que o meu educando tem o direito de recusar a qualquer momento a sua participação no projeto, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo.

Por isso, consinto que o meu educando participe neste projeto.

Data: ___ / ___ / ___

CONSENTIMENTO INFORMADO

Participantes

Projeto: *Abrir Espaço à Saúde Mental - Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14 anos).*

Eu, abaixo-assinado, compreendi a explicação que me foi dada sobre esta etapa do projeto, bem como em que consiste a minha participação:

- Responder a um questionário breve sobre conhecimentos de saúde mental.

Foi-me assegurado que estes dados são totalmente anónimos e confidenciais.

Foi-me dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e para todas obtive resposta satisfatória.

Além disso, foi-me afirmado que tenho direito de recusar, a qualquer momento, a minha participação no projeto, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo.

Por isso, consinto participar neste projeto.

Data: ___ / ___ / ___
