



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Abrir Espaço à Saúde Mental:

estudo do impacto da intervenção em alunos do
8º ano de escolaridade

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

por

Ana Filipa Pereira Assunção

sob a orientação de
Professora Doutora Luísa Campos

Faculdade de Educação e Psicologia
Porto, Julho de 2014

Agradecimentos

À minha orientadora, Prof.^a Luísa Campos, pela compreensão, paciência, disponibilidade e apoio, não só na presente etapa da minha vida académica, como ao longo de todo o curso. Por sempre me ter motivado na prossecução dos meus sonhos e objetivos, pessoais e profissionais, mediando todas as minhas aprendizagens. Um sincero Obrigada.

Ao Prof. Pedro Dias, pela compreensão e apoio ao longo desta fase.

À professora Lurdes Veríssimo, pela capacidade de motivação e apoio sempre presentes ao longo de todos estes anos e por ser considerada, por mim, como um modelo de profissional a seguir.

A todos os professores da FEP-UCP, por serem capazes de complementar as minhas aprendizagens com uma dose significativa de amor pela área da psicologia.

À Ana Duarte, pela disponibilidade, apoio e aprendizagens proporcionadas nesta etapa.

À Dra. Helena Lopes, por todo o apoio, compreensão e capacidade de motivação.

Às minhas queridas colegas de curso Joana Vilela, Filipa Vieira, Sara Pinho, Ana Losada, Inês Queirós e Daniela Seabra, por estarem sempre presentes, por termos sido capazes de conjugar os trabalhos e tarefas a serem feitos, com boas doses de amizade que tornaram este percurso, nem sempre fácil, muito mais prazeroso. Obrigada.

Aos meus pais, por, em momento algum, terem duvidado das minhas capacidades e por sempre me terem apoiado e sido pacientes em todos os momentos, ao longo de todo o meu percurso académico.

Aos meus avós, cujos sonhos sempre foram poder estar presentes neste momento. Obrigado por nunca me deixarem sozinha e acreditarem em mim.

Às minhas amigas Ana Cunha e Elisabete Sousa, por sempre terem acreditado em mim e motivado sempre o meu trabalho, lembrando-me constantemente das minhas competências.

À minha irmã, Mariana Alves, por TUDO.

Por fim, não podia deixar de mencionar, o meu Obrigado ao Miguel Cunha, por, de uma forma ou de outra, ser uma alavanca para eu prosseguir os meus objetivos.

A todos, o meu mais sincero Obrigada

Resumo

Sabendo-se que cerca de um em cada cinco jovens irá experienciar uma perturbação mental (Stuart, 2006), e que a juventude constitui-se como uma etapa, na qual, as atitudes são maleáveis e, por conseguinte, mais facilmente modificáveis, torna-se importante desenvolver intervenções de promoção de saúde mental junto dos adolescentes, preferencialmente no contexto onde passam a maioria dos seus dias - as escolas (Corrigan & Watson, 2002; Farrer, Leach, Griffiths, Christensen & Jorm, 2008; Puolakka, Kiikkala, Haapasalo-Pesu & Paavilainen, 2011).

O presente estudo insere-se no projeto “Abrir Espaço à Saúde Mental – Promoção da saúde mental em adolescentes: desenvolvimento e avaliação de uma intervenção”, tendo como objetivo geral: avaliar o impacto de uma intervenção centrada na promoção da saúde mental em jovens do 8º ano de escolaridade.

No estudo participaram 214 estudantes provenientes de cinco escolas do Norte de Portugal com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos. Com o objetivo de avaliar o impacto da intervenção foram obtidos dois grupos aleatoriamente - grupo experimental (N=101) e grupo de controlo (N=113). A recolha de dados foi realizada através do questionário de Literacia em Saúde Mental - LSMq (Campos, Palha, Dias, Veiga & Duarte, 2012), aplicado aos participantes, de ambos os grupos, uma semana antes e após a implementação da intervenção. A intervenção foi constituída por duas sessões, com um intervalo de uma semana, tendo esta sido desenvolvida apenas no grupo experimental.

Os principais resultados obtidos apontam para um impacto positivo da intervenção, nomeadamente ao nível do aumento dos conhecimentos sobre problemas de saúde mental e da redução de estereótipos, bem como o aumento de conhecimentos sobre estratégias de auto-ajuda e dos scores relativos às intenções comportamentais.

Do exposto, reforça-se a importância de se realizarem mais estudos em Portugal centrados na promoção da literacia em saúde mental, de forma a se conscientizar não só os jovens, como também outras faixas etárias sobre a existência, cada vez mais frequente, de problemas de saúde mental, com vista à prevenção destes problemas, bem como à procura de ajuda o mais precocemente possível.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Promoção da Saúde Mental; Juventude; Estigma; Literacia em Saúde Mental; Intervenção em Contexto Escolar

Abstract

One in five young people will experience a mental disorder (Stuart, 2006). Knowing that youth is constituted as a stage in which attitudes are malleable and therefore more easily modifiable, it is important to develop up interventions to promote mental health among adolescents, preferably in the context where they spend most of their days – schools (Corrigan & Watson, 2002; Farrer, Leach, Griffiths, Christensen & Jorm, 2008; Puolakka, Kiikkala, Haapasalo-Pesu & Paavilainen, 2011).

This study is part of the project “Abrir Espaço à Saúde Mental – Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14): desenvolvimento e avaliação de uma intervenção” and its aim is to assess the impact of a school-based intervention on mental health promotion among eighth-grade students.

The study involved 214 students from five schools in the North of Portugal with ages between 12 and 15 years old. In order to check the effectiveness of the intervention, the students were randomized in two groups - experimental group (N=101) and control group (N=113). Data collection was conducted through a questionnaire on Mental Health Literacy - LSMq (Campos, Palha, Dias, Veiga & Duarte, 2012), applied to the participants of both groups one week before and after the implementation of the intervention. The intervention consisted of two sessions with an interval of one week, developed only in the experimental group.

The main results show a positive impact of the intervention, particularly the increased knowledge about mental health and self-help strategies, reducing stereotyping and increased scores on first aid skills.

Having this results into account, it is even more emphasized the importance of carrying out further studies in Portugal focused on these issues in order to aware not only young people, but also other age groups about the increasingly frequent existence of mental

health problems, thereby in order to prevent these problems and looking for help as early as possible.

Key words: Mental Health; Mental Health Promotion; Adolescence; Youth; Stigma; Mental Health Literacy; School-based intervention

Índice

Agradecimentos	ii
Resumo	iv
Abstract	vi
Introdução	1
Capítulo I: Enquadramento Teórico	3
1. Saúde Mental	3
2. Promoção da Saúde Mental – uma necessidade	4
3. Literacia em Saúde Mental e Estigma	5
4. Prioridades de Intervenção – Jovens e Contexto Escolar	7
5. Estado da Arte	9
5.1) Estado da Arte Internacional	9
5.2) Estado da Arte Nacional	14
Capítulo II: Estudo Empírico	15
6. Metodologia	15
6.1) Objetivos específicos	16
6.2) Questão de investigação e Hipóteses	16
6.3) Amostra	16
6.4) Instrumento	17
6.5) Intervenção de Promoção de Saúde Mental	19
6.6) Procedimentos	20
6.5.1) Procedimentos de recolha de dados	20
6.5.2) Procedimentos de análise de dados	21
7. Resultados	22
Capítulo III: Discussão de Resultados e Conclusão	30
8. Discussão de Resultados	30
9. Conclusão	36
Referências Bibliográficas	39
Anexos	44

Índice de Anexos

Anexo 1. Características sociodemográficas dos participantes

Anexo 2. LSMq – Questionário de Literacia em Saúde Mental (Pré-Teste)

Anexo 3. LMSq – Questionário de Literacia em Saúde Mental (Pós-Teste)

Anexo 4. Pedido de Autorização à Comissão Nacional de Proteção de Dados

Anexo 5. Pedido de Autorização ao Ministério da Educação

Anexo 6. Consentimento Informado – Encarregado de Educação – Grupo Experimental

Anexo 7. Consentimento Informado – Encarregado de Educação – Grupo de Controlo

Anexo 8. Consentimento Informado – Participantes Grupo Experimental

Anexo 9. Consentimento Informado – Participantes Grupo de Controlo

Anexo 10. Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental (Pré-Teste)

Anexo 11. Procura de ajuda e competências de primeira ajuda (Pré-Teste)

Anexo 12. Estratégias de autoajuda (Pré-Teste)

Anexo 13. Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo ao nível da literacia em saúde mental (Pré-Teste)

Anexo 14. Diferenças de género ao nível da literacia em saúde mental (Pré-Teste)

Anexo 15. Diferenças na Literacia em Saúde Mental, em relação à proximidade a problemas de saúde mental (Pré-Teste)

Anexo 16. Impacto da intervenção de promoção de saúde mental na Literacia em Saúde Mental (Pós-Teste)

Lista de Abreviaturas

CNSM – Conselho Nacional de Saúde Mental

CNPSM – Coordenação Nacional Para a Saúde Mental

CNRSSM – Comissão Nacional de Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental

GC – Grupo de controlo

GE- Grupo experimental

OMS – Organização Mundial da Saúde

PM – Perturbação Mental

PNSM – Programa Nacional Para a Saúde Mental

PSM – Promoção de saúde Mental

SM – Saúde Mental

Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2001), em 2020, as perturbações de índole comportamental ou mental farão parte de 15% da carga total de doenças, sendo que, atualmente, já cerca de 450 milhões de pessoas estão a passar por um problema de saúde mental (OMS, 2001; Sakellari, Leino-Kilpi & Kalokerinou-Anagnostopoulou, 2011).

Neste sentido, torna-se fundamental promover conhecimentos adequados sobre como prevenir e lidar com os problemas de saúde mental (reconhecimento, sintomatologia, fatores de risco, consequências), sendo referido na literatura que, em geral, as pessoas possuem níveis superiores de conhecimentos sobre como lidar adequadamente com problemas comuns de saúde física comparativamente com os de saúde mental (SM) (Lam, Jorm & Wong, 2010).

Os baixos níveis de conhecimentos sobre questões de literacia em saúde mental (LSM) (Jorm, 2012) – e - o estigma associado a pessoas com perturbação mental (PM) (Corrigan & Watson, 2002), são considerados importantes barreiras à promoção de saúde mental (PSM). A literacia em saúde mental e o estigma são dois conceitos profundamente interligados (Corrigan & Watson, 2002), sendo centrais no presente estudo.

Um em cada cinco jovens irá experienciar uma perturbação mental (Stuart, 2006), sendo a juventude uma altura, na qual, as atitudes estigmatizantes são ainda maleáveis e mais facilmente modificáveis (Corrigan & Watson, 2002; Farrer et al., 2008). Desta forma, torna-se fulcral desenvolverem-se intervenções de PSM nesta fase desenvolvimental (Avanci et al., 2007; Matos, 2004; Trejos-Castillo & Gutiérrez-Restrepo, 2012) e, preferencialmente, no contexto onde os jovens passam a maior parte dos seus dias – as escolas (Weare & Nind, 2011).

No entanto, apesar da necessidade de serem desenvolvidos e avaliados estudos centrados na PSM em Portugal, comparativamente com outros países, estes são ainda escassos (Campos, Palha, Dias, Veiga, Lima, Costa & Duarte, 2012).

Neste ponto, importa, reforçar a importância de avaliar rigorosamente estas intervenções, utilizando-se instrumentos válidos e fiáveis, metodologias de avaliação pré-pós e utilização de grupos de controlo. Existindo, igualmente, a nível nacional, ainda, uma notável carência de evidências que permitam uma exata caracterização das questões relacionadas com a SM (Sousa, 2006).

É neste âmbito que surgiu o projeto “Abrir Espaço à Saúde Mental – Promoção da saúde mental em adolescentes: desenvolvimento e avaliação de uma intervenção” - desenvolvido pela Faculdade de Educação e Psicologia – Universidade Católica Portuguesa (FEP-UCP), em parceria com a ENCONTRAR+SE¹, e que tem como objetivos: desenvolver um instrumento de avaliação da LSM, desenvolver e implementar uma intervenção centrada na LSM e avaliar a sua eficácia

¹ Associação para a Promoção da Saúde Mental

(Campos, Palha, Veiga, Dias & Duarte, 2012). Assim, o projeto procura contribuir para o aumento da literacia em saúde mental nos jovens.

A presente dissertação insere-se no projeto acima referido e tem como objetivo geral: avaliar o impacto de uma intervenção centrada na promoção da saúde mental com alunos do 8º ano de escolaridade², estando dividida em três partes.

Numa primeira parte é realizado o enquadramento teórico do trabalho, sendo abordadas questões relacionadas com a SM, a importância da PSM, da LSM e da redução do estigma associado aos problemas de SM, e ainda a necessidade de investir na PSM dos jovens, em contexto escolar.

A segunda parte centra-se na apresentação do estudo empírico, sendo descrita a metodologia da investigação - objetivos específicos, questão e hipóteses de investigação formuladas, amostra, instrumento utilizado, descrição da intervenção de promoção de saúde mental, procedimentos de recolha e análise dos dados - e apresentados os resultados.

Na última parte são discutidos os resultados, e referidas as limitações do estudo e pistas para a investigação futura.

²Em 2013 foram realizadas duas dissertações, no âmbito do Mestrado em Psicologia – especialização em Psicologia Clínica e da Saúde – da FEP-UCP, centradas na avaliação do impacto da intervenção de promoção de saúde mental com alunos do 7º e 9º ano de escolaridade.

Capítulo I: Enquadramento Teórico

1. Saúde Mental

Um dos conceitos centrais nos cuidados de saúde em todo o mundo é o de saúde mental, devendo-se isto ao facto de, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 450 milhões de pessoas no mundo sofrerem de uma perturbação de índole comportamental ou mental, estando previsto que, em 2020, estas farão parte de 15% da carga total de doenças existentes (OMS, 2001; Sakellari, Leino-Kilpi & Kalokerinou-Anagnostopoulou, 2011).

Segundo Herrman (2001), a saúde mental é definida como a capacidade das pessoas aprenderem, pensarem, compreenderem e viverem com as suas próprias emoções e com as reações dos outros, estando incluída, num nível mais amplo, na própria definição de saúde, como sendo “um estado de equilíbrio que os indivíduos estabelecem entre si e o ambiente” (p.710). Sendo assim o resultado de uma interação entre dimensões mentais, físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais (Herrman, 2001; OMS, 2001; Rodríguez, 2002).

Cordeiro (2010) enfatiza, igualmente, a ideia de que a saúde mental é definida, muitas vezes, como a ausência de doença mental, referindo outros conceitos indispensáveis tais como a resiliência, ou seja, a capacidade de se lidar adequadamente com as adversidades, devendo ser equacionada como “um estado de funcionamento ótimo do ser humano, no qual é fundamental a mobilização das qualidades da pessoa para otimizar o seu potencial” (p. 42).

Existem, no entanto, muitos obstáculos à elaboração de uma definição consensual de saúde mental, muito corroborados pelas crenças de que a saúde física e mental podem existir separadamente, ou que a saúde e a doença são mutuamente exclusivas (Herrman, 2001). Não ajudando também o facto de que, as pessoas em geral, possuem mais conhecimentos sobre como lidar adequadamente com problemas comuns de saúde física comparativamente com os de saúde mental (Lam, Jorm & Wong, 2010). Estas barreiras contribuem assim, para a pouca prioridade dada pelo público geral à doença mental e para a incredulidade face às capacidades dos tratamentos e das prevenções das mesmas (Herrman, 2001).

Como tal, e visto que, de acordo com o Relatório Sobre a Saúde no Mundo (OMS, 2001), a importância face aos problemas de saúde mental está longe de ser igual à dada nos casos de saúde física, torna-se importante promover-se a incidência do foco nas primeiras, visando a promoção da qualidade de vida dos indivíduos. A ideia anteriormente referida foi igualmente corroborada no Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental publicado em 2013, no qual participaram 8253 pessoas com idades superiores a 18 anos de idade, de nacionalidade portuguesa e não-institucionalizadas. Os participantes foram entrevistados através da utilização do

Instrumento de Avaliação do World Mental Health Survey (versão computarizada – CAPI), de forma a avaliar-se o seu diagnóstico psiquiátrico, as suas incapacidades, as doenças crónicas, a utilização de serviços, a infância e os fatores de risco. Os principais resultados do referido estudo foram: um em cada cinco dos indivíduos da amostra apresentou uma perturbação psiquiátrica nos 12 meses anteriores à entrevista, sendo esta prevalência a segunda mais alta a nível europeu; as perturbações de ansiedade apresentaram prevalência mais elevada no nosso país; as participantes do género feminino e os mais jovens foram os grupos que apresentaram uma maior frequência de perturbações psiquiátricas; os cuidados de medicina geral e familiar foram referidos como tendo um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde mental, assegurando o seguimento de um número maior de casos do que os cuidados especializados; um número importante de pessoas (quase 65%) com uma perturbação psiquiátrica não teve qualquer tratamento nos 12 meses anteriores; e ainda o facto de que, um ano após o começo da doença, mais de metade dos doentes ainda não tinha tido qualquer tratamento.

Do exposto torna-se crucial promover-se a saúde mental junto da população, aspeto abordado no ponto seguinte.

2. Promoção da Saúde Mental – uma necessidade

Aproximadamente $\frac{1}{4}$ da população será afetada por uma perturbação mental nalgum momento das suas vidas ou terão contacto próximo com alguém com problemas de saúde mental, tornando-se, conseqüentemente, importante, promover a saúde mental (Herrman, 2001; Lam, Jorm & Wong, 2010).

Esta promoção pode ser definida como um processo que possibilita às pessoas aumentar o controlo sobre a sua própria vida e melhorar a sua saúde, com o objetivo de alcançar um estado de completo bem-estar mental, físico e social; é, igualmente, enfatizada a capacidade dos indivíduos estabelecerem e alcançarem objetivos, ultrapassarem dificuldades e gerirem adequadamente adversidades, bem como a capacidade de potenciarem e usufruírem de recursos pessoais e sociais (WHO, 2005).

A nível económico sabe-se, atualmente, que os custos decorrentes das perturbações mentais (PM) são notáveis e de longa duração (OMS, 2001; PNSM, 2012), destacando-se os custos elevadíssimos nos serviços sociais e de saúde, o impacto financeiro nos familiares e cuidadores, os custos devido ao desemprego e conseqüente redução de produtividade, bem como o impacto causado pela precoce mortalidade (Jané-Llopis, 2004; OMS, 2001; Wei, Hayden, Kutcher, Zygmunt & McGrath, 2013). Estes dados corroboram a necessidade de se intervir precocemente na literacia em saúde mental (Jorm, 1997). Assim, o próximo ponto explora a importância de se aumentarem os conhecimentos relativos a questões de SM e conseqüente redução do estigma associado às mesmas.

3. Literacia em Saúde Mental e Estigma

A literatura refere que existem duas grandes barreiras à promoção de saúde mental: a ausência de conhecimentos sobre questões de SM – baixos níveis de literacia em saúde mental – e, o estigma existente face às PM (Corrigan, 2000; Jorm, 2012). Estes dois conceitos, encontram-se intrinsecamente interligados, sendo centrais no presente projeto.

O termo “literacia em saúde mental” foi primeiramente introduzido por Anthony Jorm (1997) e colaboradores, na Austrália (Goldney et al., 2005; Jorm et al., 2005; Jorm et al., 2006), um dos países onde, nos últimos anos, tem aumentado a consciência da importância face a questões de saúde mental. O autor define literacia em saúde mental como sendo “os conhecimentos e crenças sobre as perturbações mentais, que ajudam o seu reconhecimento, gestão ou prevenção” (Jorm, 1997, p.396). Este conceito é constituído pelos seguintes componentes: capacidade de se reconhecerem as perturbações mentais e distintas formas de sofrimento psicológico; os conhecimentos e crenças sobre as origens (fatores de risco e causas) e sobre as intervenções de autoajuda e de ajuda profissional disponíveis; as atitudes que facilitam uma procura de ajuda adequada para cada situação; e ainda, os conhecimentos sobre como procurar informação sobre saúde mental apropriada (Hart, Jorm & Paxton, 2012; Jorm, 2000; Lam, Jorm & Wong, 2010). Diversos estudos sobre literacia em saúde mental evidenciaram que, em vários países, a população tem dificuldades no reconhecimento das perturbações mentais e possui crenças desadequadas relativamente aos tratamentos existentes, corroborando a necessidade de se adequarem os conhecimentos e as crenças face a estas doenças (Jorm, 2000; Lam, Jorm & Wong, 2010).

A título de exemplo, na Austrália, num estudo desenvolvido por Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers e Pollitt (1997), foram avaliados os níveis de LSM de 2031 sujeitos com idades compreendidas entre os 18 e os 74 anos, através da utilização de vinhetas representativas de pessoas com Depressão e Esquizofrenia. Após confrontação com as vinhetas, apenas 39% da amostra conseguiu identificar corretamente a Depressão e 27% a Esquizofrenia.

O próprio conceito de “estigma” está também implícito na definição da literacia em saúde mental. Por volta dos anos 1940/1950, começaram a surgir estudos focados nas atitudes da população face à perturbação mental. Estes trabalhos revelaram que as pessoas apresentavam distanciamento e exclusão face a indivíduos com o diagnóstico de doença mental (Nunnally, 1961; Rabkin, 1972), atitudes estas que despoletavam sentimentos de medo, culpa, isolamento e relutância na procura de ajuda por parte daqueles diagnosticados como “doentes mentais” (Dinos, Stevens, Serfaty, Weich & King, 2004; Jorm et al., 2006; Rearley & Jorm, 2012).

Corrigan (2000) define o estigma de acordo com três componentes, que se vão influenciando sucessivamente: os estereótipos (estruturas cognitivas de conhecimento),

preconceitos (consequência emocional do estereótipo) e discriminação (consequência comportamental do preconceito), podendo estar presente tanto no “*público*” em geral – estigma-público - como na própria pessoa que desenvolveu um problema de saúde mental – auto-estigma - (Corrigan & Watson, 2002; Corrigan & Shapiro, 2010; Jorm et al., 2006; Rusch, Angermeyer & Corrigan, 2005). O estigma público abrange as reações da população em geral perante as pessoas que sofrem de um problema de SM, enquanto o autoestigma diz respeito ao preconceito que as próprias pessoas com um problema de SM podem, por vezes, interiorizar, levando a que se desvalorizem e desenvolvam um autoconceito pobre sobre si mesmas. Do processo anteriormente referido associam-se baixos níveis de auto-estima nas pessoas com um problema de saúde mental, o que dificulta a sua adesão ao tratamento (Corrigan et al., 2009; Rusch et al., 2005), sendo diversos os estudos que enfatizam estas ideias, principalmente focados em perturbações como a Depressão e a Esquizofrenia (Angermeyer et al., 2004; Lauber et al., 2005).

Paralelamente à definição de Corrigan, outros autores, tais como Link e Phelan (2006) conceptualizam o estigma como abarcando cinco elementos interrelacionados, tais como a etiquetagem, os estereótipos, a separação, a discriminação e o exercício de poder, tendo sido demonstrado pela campanha “*Changing Minds*” que distintas perturbações mentais são estigmatizadas de formas diferentes (Wang, Fick, Adair & Lai, 2007).

Desta forma, várias são as consequências resultantes da existência de estigma, tais como a discriminação diária em contexto social, as imagens negativas passadas pelos *media*, a atribuição de menos recursos ao sistema de SM comparativamente a questões relacionadas com a saúde física e ainda o evitamento na procura de tratamento tal como previamente afirmado (Rusch et al., 2005), resultando em níveis elevados de sofrimento nos próprios e nos seus familiares (Hocking, 2003; Restrepo et al., 2007).

A Organização Mundial de Saúde (2001), face a esta realidade, identificou um conjunto de fatores que, além de protegerem os indivíduos contra as doenças mentais, promovem a saúde mental. Entre eles, o desenvolvimento de comunidades saudáveis que forneçam um ambiente seguro, experiências educativas satisfatórias e suporte social, as aptidões de cada pessoa para lidarem com o mundo social, como a participação, a tolerância da diversidade e sentimentos de aceitação, e ainda a capacidade de cada um lidar com as suas emoções e pensamentos, gerir a sua saúde física, auto-estima e ser capaz de resolver conflitos (Herrman, 2001).

Muitos estudos salientam também o facto da maioria das pessoas possuírem escassos conhecimentos da doença mental, não sendo capazes de as identificar corretamente, tendo receio daqueles que percebem como doentes mentais, não compreendendo os fatores que originam estes problemas nem a real eficácia das intervenções terapêuticas e, não sabendo como agir de forma a auxiliar os outros, nem a si mesmos (Jorm, 2000; Jorm et al., 2005; Jorm et al., 2007; Jorm, 2012; Lauber et al., 2003; Priest et al., 1996).

Decorrente do fraco investimento nos serviços de SM, verificando-se uma importante discrepância entre a atenção dada às pessoas que sofrem de uma perturbação mental comparativamente às que sofrem de uma doença física (Muza & Costa, 2002; Thornicroft, Brohon, Rose, Sartorius & Leese, 2009), bem como da elevada prevalência de problemas de saúde mental com prejuízos a diversos níveis da vida dos indivíduos, torna-se indispensável aumentar os conhecimentos em literacia em saúde mental e, conseqüentemente, reduzir-se o estigma associado à mesma, no sentido das pessoas procurarem ajuda o mais precocemente possível e promoverem a sua saúde mental.

4. Prioridades de Intervenção – Jovens e Contexto Escolar

Dando continuidade à ideia previamente apresentada, e conscientizando-se a necessidade da PSM ocorrer o mais precocemente possível de forma a diminuir possíveis prejuízos futuros – a nível psicológico, social, económico – importa que esta ocorra junto de jovens e, preferencialmente, no seu contexto prioritário de vida, a escola.

Esta fase desenvolvimental – a juventude – sendo caracterizada por grandes mudanças físicas, psicológicas e sociais (OMS, 2010; Stormshak & Connel, 2011; Torres, Barbosa, Pinheiro & Vieira, 2010), assume-se como uma fase que oferece grandes oportunidades de aprendizagem, sendo também, no entanto, um período de risco para a saúde e bem-estar dos adolescentes, tornando-os bastante vulneráveis (OMS, 2010; Torres et al., 2010).

É também uma fase em que o conhecimento dos jovens sobre a doença mental é muitas vezes incompleto ou influenciado pelo que vêem na comunicação social, importando salientar este período enquanto fase de extrema complexidade, na qual a maioria dos jovens experimenta algum nível de sofrimento ou problemas emocionais. Devendo-se isto ao facto de que, o seu cérebro, nesta fase desenvolvimental, corre maior risco para despoletar um problema de saúde mental devido a uma diferença na maturação dos seus sistemas emocionais e cognitivos (Chisholm, Patterson, Torgerson, Turner & Birchwood, 2012).

Por conseguinte, a juventude torna-se uma faixa etária estratégica na implementação de programas de promoção de saúde mental visto que, como já foi referido, cerca de um em cada cinco jovens virá experienciar uma perturbação mental, tornando-se de extrema relevância serem realizadas intervenções educativas que foquem as perturbações mentais e as próprias atitudes pessoais de rejeição social face aos indivíduos com tal diagnóstico (Stuart, 2006).

Paralelamente à redução do estigma, é essencial difundirem-se conhecimentos sobre estas temáticas. A título de exemplo, surgiu, em Portugal, o Young Health Programme – Like ME, desenvolvido pela investigadora e psicóloga Margarida Gaspar de Matos, que visa trabalhar com um grupo de jovens entre os dez e os 12 anos tópicos relacionados com a SM. O projeto abrange cerca de 150 jovens residentes em bairros de Lisboa sinalizados e que apresentem dificuldades no

acesso a cuidados de saúde, objetivando avaliar a sua saúde mental e, posteriormente, melhorar alguns indicadores como a sua auto-estima, bem como o domínio que têm sobre estes temas. Este programa apostará na formação de alguns destes participantes de forma a darem seguimento ao trabalho entre pares, o que, parece ser uma mais-valia visto que, nestas faixas etárias, esta metodologia é apontada como sendo a melhor forma de divulgação de informação (Público, 2013).

Quer nestas idades, quer em faixas etárias relativamente mais avançadas, os problemas de saúde mental mais comuns são a depressão, o abuso de substâncias e as perturbações de alimentação (Puolakka, Kiikkala, Haapasalo-Pesu & Paavilainen, 2011). Nas raparigas, os problemas emocionais são os que mais se destacam, e no caso do sexo masculino, os comportamentos disruptivos são os mais apontados (Puolakka, Kiikkala, Haapasalo-Pesu & Paavilainen, 2011). Seguindo a mesma linha de ideias, a The National Survey of Mental Health and Wellbeing, na Austrália, apontou o abuso de substâncias como o maior problema nos jovens do sexo masculino, e a depressão e ansiedade nas jovens do sexo feminino, sendo que cerca de 3% manifestarão uma doença mental incapacitante tais como a esquizofrenia e a dependência de drogas (Herrman, 2001).

Deste modo, as questões relacionadas com a SM tornam-se ainda mais fulcrais nesta fase da vida (Avanci et al., 2007; Matos, 2004; Trejos-Castillo & Gutiérrez-Restrepo, 2012), sendo de destacar o facto de, na juventude, as atitudes estigmatizantes serem ainda modificáveis e mais facilmente maleáveis (Corrigan & Watson, 2002; Farrer et al., 2008), como anteriormente referido.

Conscientizando-se então que a PSM junto da população mais jovem é de extrema importância, que os adolescentes passam a maior parte dos seus dias em ambiente escolar e ainda que a maioria dos comportamentos importantes para a saúde são iniciados nesta fase da vida, torna-se necessário que as escolas se assumam como contextos promotores da saúde (CNRSSM, 2007; Rodrigues, Carvalho, Gonçalves & Carvalho, 2007; Wei et al., 2013).

As escolas, além de serem contextos que permitem um contacto direto com os jovens e com as suas famílias e de desenvolverem competências de aprendizagem, são igualmente fundamentais ao nível da promoção da saúde mental, uma vez que possuem um papel determinante no estabelecimento da identidade pessoal de cada um, nas relações interpessoais e noutras competências (Weare & Nind, 2011). O Programa Nacional de Saúde Escolar (Ministério da Saúde, 2014), defende, neste sentido, que a escola “ (...) deve, também, educar para os valores, promover a saúde, a formação e a participação cívica dos alunos, num processo de aquisição de competências que sustentem as aprendizagens ao longo da vida e promovam a autonomia” (Ministério da Saúde, 2014, p.3).

Nas últimas duas décadas observou-se um significativo aumento de investigações centradas na prevenção e promoção de saúde mental em contexto educativo – *schools based interventions*.

Um exemplo de sucesso neste âmbito foi o estudo de Essler, Arthur e Stickley (2006), que teve como objetivo “avaliar o efeito de uma intervenção nas escolas, envolvendo uma companhia profissional de teatro, de forma a aumentar os conhecimentos dos adolescentes sobre os assuntos relacionados com a saúde mental, promovendo também, atitudes positivas face a pessoas com doença mental” (Essler, Arthur & Stickley, 2006, p.245). Participaram 104 alunos com idades compreendidas entre 13 e os 14 anos de idade. Responderam a um questionário antes e após a intervenção. A intervenção baseou-se na realização de jogos abordando as temáticas em questão (DOH, 2003). Os resultados revelaram que a melhoria mais significativa foi relativamente à prevalência dos problemas de saúde mental, apesar de também se terem observado diferenças relativamente ao risco que as pessoas com perturbações mentais apresentaram de serem violentas, e também face à crença de que os jovens têm elevada probabilidade de desenvolver um problema mental. Ao longo do estudo foram reveladas mudanças positivas nos conhecimentos e atitudes dos alunos, revelando estes maior conscientização sobre os sintomas específicos de cada perturbação (Essler, Arthur & Stickley, 2006).

Este estudo é um dos vários que enfatizam, claramente, a necessidade da promoção da saúde mental nas escolas, tal como é também recomendado no relatório do Governo do Reino Unido sobre a exclusão social (SEU, 2004), sugerindo-se que estas *intervenções criativas* tendem a aumentar o alerta sobre estas questões e a reduzir os mitos associados aos problemas de saúde mental e as pessoas que os experienciam (Essler, Arthur & Stickley, 2006).

Em síntese, a promoção da saúde mental nas escolas tem emergido como uma área de extrema importância no desenvolvimento dos serviços públicos de saúde (Puolakka, Kiiikkala, Haapasalo-Pesu & Paavilainen, 2011), sendo estas entidades educativas vitais no suporte prestado aos seus alunos, devendo-se responsabilizar pela sua educação face à saúde mental (Gale, 2001; Essler, Arthur & Stickley, 2006). A promoção do bem-estar mental das crianças e adolescentes tem sido uma área central de trabalho da União Europeia e é uma das cinco prioridades do Pacto Europeu de Saúde Mental e Bem-Estar (European Commission, 2009), considerando-se relevante começar-se a intervir o mais precocemente possível.

5. Estado da Arte

Seguidamente serão apresentados alguns estudos no âmbito da promoção da saúde mental, desenvolvidos quer a nível internacional, quer a nível nacional.

5.1) Estado da Arte Internacional

A nível internacional, cada vez têm sido mais as iniciativas realizadas com o propósito de promoverem a saúde mental junto dos jovens. Assim sendo, este ponto destacará alguns estudos centrados em intervenções de PSM cujo público-alvo foram jovens adolescentes, preferencialmente em contexto escolar que, utilizaram metodologias interativas e, em alguns casos, avaliaram o impacto das intervenções, através da utilização de uma metodologia pré-pós. Serão salientados nos resultados dos estudos, a possível influência de variáveis como o género dos participantes e ainda o contacto destes com alguém portador de um problema de saúde mental.

Desde modo, em 2012, nos EUA, um estudo de Wahl, Susin, Lax Kaplan e Zatina (2012) teve como objetivos gerais: a promoção da LSM em estudantes do ensino básico e o desenvolvimento e implementação de medidas de conhecimento e atitudes nos mesmos. Participaram 193 jovens que frequentavam o 7º e o 8º ano de escolaridade. Foi utilizado um questionário de auto-relato com vista a avaliar os seus conhecimentos, atitudes e distanciamento social. Os resultados apontaram para um baixo nível de conhecimentos, especificamente no que respeita à identificação de sintomas específicos de PM, atitudes positivas em relação à PM, de forma geral, sendo que também foram encontradas atitudes mais negativas, sendo que 29% dos estudantes acreditava que as pessoas que sofrem de PM não apresentam melhorias após o tratamento, e ainda uma elevada resistência em interagir com as pessoas que sofrem de PM. Deste modo, inferiu-se que, apesar das atitudes estigmatizantes estarem menos presentes na população mais jovem, é importante educar e aumentar os conhecimentos desta população, visto que as atitudes mais negativas e o distanciamento social podem permanecer um problema no futuro destes jovens (Wahl et al., 2012).

Também no Reino Unido, em 2009, foi desenvolvido um programa de intervenção de PSM em contexto escolar, com 416 jovens dos 14 aos 15 anos de idade, tendo como objetivo avaliar o impacto da intervenção na LSM dos jovens. Para tal, foram obtidos dois grupos, um experimental (N=174) e um de controlo (N=242), aos quais foi aplicado o *Mental Health Questionnaire*, antes e após a implementação da intervenção. Esta intervenção consistiu em seis sessões, nas quais foram abordadas questões relacionadas com a SM, como a depressão, suicídio, perturbações do comportamento alimentar, *bullying* e stress. Os resultados demonstraram conhecimentos superiores no grupo experimental, bem como uma maior compreensão e sensibilidade face às pessoas com PM e uma redução do estigma relativamente às mesmas (Naylor, Cowie, Walters, Talamelli & Dawkins, 2009).

Em 2007, na Austrália, Rickwood, Cavanagh e Curtis (2004) realizaram um estudo cuja amostra era constituída por 457 estudantes, visando o aumento da LSM e das competências de procura de ajuda, bem como a redução dos estereótipos associados às PM. A fim de se avaliar o impacto da intervenção implementada, utilizou-se uma metodologia pré-pós, tendo-se aplicado um questionário aos participantes antes e após a intervenção. Os resultados demonstraram um impacto positivo da intervenção, tendo-se verificado um aumento significativo da LSM e nas competências

de procura de ajuda, bem como uma redução significativa do estigma associado às PM (Rickwood et al., 2004).

O “*MasterMind*” (Tacker & Dobie, 2008), foi um programa que se baseia num workshop em sala de aula com a duração de seis semanas, envolvendo a participação total de 30 estudantes. Pretendeu, através da criação de um ambiente seguro que proporcionasse o debate, uma melhoria nos conhecimentos sobre a saúde mental (tais como: auto-estima, o papel dos *media*, os recursos escolares, relações, emoções, *stress* e formas de sair desta mesma condição e objetivos futuros), através de exercícios escritos, atividades em grupo e atribuições individuais. Para tal foi utilizada uma metodologia pré-pós, tendo-se como principais resultados o crescente entusiasmo e participação dos estudantes ao longo do programa e ainda as elevadas classificações obtidas face aos tópicos abordados.

Em 2007, Corrigan, Larson, Sells, Niessen e Watson realizaram um estudo que procurou explorar a influência da proximidade a problemas de SM na LSM dos jovens, comparativamente à educação baseada em filmes. No estudo participaram 257 estudantes universitários de Chicago, tendo sido distribuídos aleatoriamente em dois grupos, um grupo do contacto (observaram um vídeo de uma pessoa com diagnóstico de esquizofrenia no qual esta partilhava a sua experiência) e um grupo da educação (assistiram a um vídeo que descrevia algumas PM). Após a aplicação de um questionário que englobava diversos aspetos relacionados com o estigma, tais como a responsabilidade, pena, medo e perigo, evitamento, segregação e coerção, e ainda o *empowerment* pessoal, concluiu-se que ambas as estratégias revelaram resultados positivos, embora em aspetos distintos. No grupo da educação verificou-se uma redução do número de participantes que mencionaram que as pessoas com PM são responsáveis pelo desenvolvimento da perturbação, tendo-se também verificado, igualmente, um aumento dos participantes que mencionaram que as pessoas com PM não devem ter controlo sobre a sua própria vida. Por sua vez, o grupo do contacto revelou resultados significativos relativamente ao *empowerment*, tendo-se verificado um aumento dos participantes que mencionaram acreditar que as pessoas com PM podem ter controlo sobre a sua própria vida, bem como uma redução do evitamento e segregação.

Já na Austrália, em 2006, foi realizado um estudo por Cotton, Wright, Harris, Jorm e McGorry que teve como objetivo avaliar os efeitos do género na LSM em 1207 jovens dos 12 aos 25 anos de idade (539 do sexo masculino e 668 do sexo feminino), através da administração de um questionário (adaptado do questionário da Mental Health Literacy de Jorm e colaboradores (1997)). Como resultados, foram encontradas diferenças ao nível do género, sendo que o género masculino se mostrou mais relutante na procura de ajuda profissional, apresentando uma maior tendência para recorrer ao uso de álcool enquanto forma de lidar com problemas de SM, bem como uma maior dificuldade em reconhecer sintomas característicos das PM (Cotton et al., 2006). Este estudo é assim um dos vários que explorou a influência do género nos níveis de literacia em saúde mental.

No Canadá, Stuart (2006) desenvolveu o projecto anti-estigma que se baseou na apresentação de um vídeo que retratava experiências de vida real de indivíduos com o diagnóstico de esquizofrenia, e consequente dinamização de debates sobre estas questões. Participaram 571 estudantes de oito escolas diferentes. O objetivo consistia na avaliação do impacto deste vídeo nos alunos. Os resultados revelaram melhorias nos conhecimentos, nos alunos de todas as idades (dos 13 aos 18), apesar das melhorias face ao distanciamento social terem sido mais significativas na faixa etária dos 15/16 anos e dos alunos de sexo feminino demonstrarem maiores diferenças quer relativamente aos conhecimentos, quer em relação ao distanciamento social, concluindo-se desta forma, que a utilização desta metodologia pode ser equiparada ao contacto direto com indivíduos portadores de doença mental, sendo, no entanto, disseminados mais facilmente.

Continuando numa sequência cronológica, na Alemanha, o programa “*Crazy? Sow what!*” (Schulze, Richter-Werling, Matschinger & Angermeyer, 2003), teve como principal objetivo promover a saúde mental em jovens (N=60), entre os 14 e os 18 anos, e reduzir o estigma associado a pessoas com esquizofrenia. Para tal, foi aplicado um questionário antes e após o projeto, de forma a se avaliarem as atitudes e as intenções comportamentais dos estudantes face às pessoas com esquizofrenia. O projecto deu extrema importância às semelhanças entre os estudantes e as pessoas com esta doença mental, tendo estas, idades compreendidas entre os 18 e os 26 anos, de forma a existir uma maior proximidade entre ambos os grupos. Através da utilização de jogos e atividades artísticas, os alunos discutiram sobre os eventos de vida que podem originar certas doenças ou contribuir para o bem-estar e felicidade, bem como o que fazer para se sentirem melhores em fases em que se percebiam como “menos bem”. De seguida, os jovens com esquizofrenia partilhavam informação sobre a sua doença, tratamentos disponíveis e o estigma associado à sua condição. Os resultados aqui originados revelaram, satisfatoriamente, uma redução significativa dos estereótipos apresentados bem como menor distanciamento social, suportando, deste modo, a ideia de que as atitudes nesta faixa etária podem ser mais facilmente moldadas, e que a prevenção da disseminação de estereótipos face a pessoas com doença mental pode ser eficazmente abordada nestes projectos escolares “anti-estigma”.

Finalmente, num artigo de Sakellari, Leino-Kilpi e Kalokerinou-Anagnostopoulou, (2011), foi realizada uma revisão de literatura centrada em intervenções escolares cujo objetivo era ter impacto ao nível do conhecimento e das atitudes face à doença mental, tendo sido encontrados 12 estudos com estas características seguidamente apresentados. Petchers et al. (1988), nos Estados Unidos da América, utilizaram vídeos para esta abordagem bem como a aplicação de um questionário para avaliar a sua intervenção focada nos conhecimentos e opiniões sobre saúde e doença mental, com uma amostra de 102 estudantes com uma média de 17 anos de idade, tendo como resultados um aumento dos conhecimentos e das opiniões sobre a saúde e a doença mental. No Canadá, Bronwyn e Dale (1993) envolveram alunos do 11º e 12º anos de escolaridade, possibilitando o contacto destes com pessoas com doença mental e atividades de *role-play*, tendo

existido mudanças nas impressões face à doença mental. Em 1998, Esters et al., nos Estados Unidos, com uma amostra de 40 estudantes entre os 13 e os 17 anos de idade, visaram alterar as ideias preexistentes sobre a doença mental e aumentar a procura de ajuda nos problemas de saúde mental. Utilizaram vídeos e transmitiram informações relevantes sobre os principais sinais, sintomas e causas das perturbações mentais, tendo-se verificado alterações positivas significativas nas opiniões dos alunos. Também neste ano, com o objetivo de melhorar as atitudes sobre os problemas de saúde mental, bem como a consciência sobre a existência destes problemas, Rahman et al. (1998) selecionaram uma amostra de alunos entre os 12 e os 16 anos de idade (N=100), que foram envolvidos em atividades do próprio currículo da escola, leituras e apresentação de *posters* com slogans sobre saúde mental, que resultaram numa mudança positiva na conscientização dos mesmos face a estas questões, bem como a uma menor estigmatização. Ng e Chan (2002), em Hong Kong, visaram alterar atitudes negativas através de debates, contacto com pessoas com doença mental e da realização de um dia de promoção da saúde mental onde apresentaram informações sobre estes problemas, tendo denotado mudanças significativas nas atitudes estigmatizantes dos alunos, sendo estes um total de 169, pertencentes ao ensino secundário. Em 2003, de forma a alterar perceções estigmatizantes, Pinfold et al., no Reino Unido, selecionaram uma amostra de 472 estudantes com idades compreendidas entre os 14 e os 15 anos, tendo utilizado como metodologia a distribuição de *leaflets*, o contacto com pessoas com doença mental, debates, apresentação de vídeos e *workshops* desenvolvidos para exercícios em grupo, que se revelaram importantes no aumento da literacia em saúde mental e no desenvolvimento de atitudes mais positivas. Na Austrália, Rickwood et al. (2004), tinham como objetivo aumentar os conhecimentos sobre as doenças mentais e sobre as intenções comportamentais. Para tal envolveram alunos entre os 14 e os 18 anos (N=457), utilizando material escrito, atividades interativas e apresentações teóricas, tendo observado um impacto moderado no estigma e no distanciamento social bem como um aumento no conhecimento. Watson et al. (2004), nos Estados Unidos, envolveram 1566 estudantes e desenvolveram atividades em sala de aula e na internet (simulações, animações e vídeos), tendo verificado melhorias nos conhecimentos e um decréscimo nas atitudes negativas. No Reino Unido, Essler et al. (2006), procuraram promover atitudes positivas face a pessoas com problemas de saúde mental através da utilização de *quizzes*, dramatizações, jogos e adesivos em 104 estudantes entre os 13 e os 14 anos de idade, tendo estes revelado, no final, leves, mas significativas melhorias nos conhecimentos e nas atitudes apresentadas. Por fim, em 2008, Spagnolo et al. (2008), envolveram 426 adolescentes, tendo observado um decréscimo nas suas perceções estigmatizantes, através da utilização de discussões, fichas e contacto com alguém com doença mental.

Deste modo, é possível verificar-se que, com o passar dos anos, cada vez mais são as iniciativas realizadas no que concerne à promoção da saúde mental, junto de jovens e em contexto escolar, sendo que, a nível nacional, estas ainda não são suficientemente proeminentes.

5.2) Estado da Arte Nacional

Paralelamente ao ponto anterior, veremos agora alguns dos projetos desenvolvidos em Portugal.

O Programa Nacional de Saúde Escolar demonstra preocupação em tornar as escolas importantes promotores da saúde, visto serem um local saudável e securizante que auxilia a adoção de comportamentos mais ajustados. Para tal, propõe uma melhoria da saúde das crianças e dos jovens, bem como da restante comunidade educativa, tendo como população-alvo todos os membros dos Jardins-de-Infância, das Escolas do Ensino Básico e Secundário e das instituições interventivas na população escolar, visando a sua intervenção em áreas como: a saúde individual e coletiva, a inclusão escolar, o ambiente escolar e os estilos de vida (Ministério da Saúde, 2013).

Assim, em 2013, foi realizado um estudo de Loureiro, Jorm, Mendes, Santos, Ferreira e Pedreiro, que tinha como objetivo avaliar a LSM dos jovens portugueses, relativamente à depressão. No projeto participaram 4938 estudantes com idades compreendidas entre os 14 e os 24 anos, tendo-lhes sido apresentada uma vinheta que descrevia uma jovem de 16 anos com Depressão. Posteriormente, foi aplicado um questionário que englobava questões como o reconhecimento do problema de SM apresentado, a procura de ajuda formal ou informal disponível, estratégias de autoajuda, predisposição para ajudar e ainda conhecimentos de prevenção da depressão. Os resultados demonstram que a maioria dos jovens identificou corretamente a Depressão (67.1%), seguindo-se o *stress* (47.3%) e algum problema de SM (40.8%). No que concerne à procura de ajuda, a maioria dos jovens referiu o apoio psicológico (89.9%) como apoio formal e o apoio de amigos (80.9%) ou familiares (75.1%) como apoio informal. Pelo contrário, o apoio de um professor (27.6%), de uma linha telefónica (16.4%) e dos serviços sociais (14.6) não foram considerados pelos jovens como um apoio tão provável. Relativamente à predisposição para ajudar, uma grande percentagem referiu como primeira opção ouvir os problemas (95.2%), seguindo-se a sugestão de procura de apoio profissional (77.2%). Quanto às opções menos prováveis, estas consistiram em sugerir a ingestão de bebidas alcoólicas para lidar com o problema (3.6%), bem como em “ignorar” o problema (3.1%). Já em relação aos comportamentos preventivos da depressão, os jovens mencionaram maioritariamente o contacto regular com a família (86.2%) e amigos (85.6%), bem como o evitamento de situação geradoras de *stress* (83.6%) e do consumo de substâncias como o tabaco (82.0%) e o álcool (74.3%) (Loureiro et al., 2013).

O “UPA Faz A Diferença – Ações de Sensibilização Pró-Saúde Mental” (Campos, Palha, Dias & Costa, 2012), foi um projeto promovido pela ENCONTRAR-SE, no qual participaram 1177 jovens, com o objetivo de aumentar a LSM nos jovens assim, como a diminuição do estigma. Este projeto passou pela construção de um instrumento de avaliação da literacia em saúde mental - questionário “UPA Faz a Diferença: Perceções de alunos face a problemas de saúde mental” – bem

como a implementação de ações de sensibilização pró-saúde mental realizadas através de duas sessões (Campos, Palha, Dias, Lima et al., 2012). O questionário foi aplicado antes e após a implementação da intervenção. Foram obtidos resultados relevantes no âmbito da PSM, verificando-se após a implementação das ações, melhorias significativas em variadas áreas, nomeadamente nas perceções estigmatizantes e nos conhecimentos relativos às PM, na noção da existência de um leque mais abrangente de procura de ajuda, e ainda na intenção de ajudar alguém com problemas de SM (Campos, Palha, Dias & Costa, 2012). Foi, igualmente explorada a influência do género no impacto das ações realizadas, tendo-se verificado que, apesar de haver um aumento significativo em ambos os géneros tanto a nível das perceções de conhecimentos, como nas perceções positivas, apenas nesta última foram verificadas diferenças estatisticamente significativas, tendo o género feminino demonstrado resultados mais elevados (Campos, Palha, Dias, Veiga, et al., 2012).

Finalizando, o projeto “Abrir Espaço à Saúde Mental- Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14 anos): desenvolvimento e avaliação de uma intervenção”, do qual a presente dissertação faz parte, possui como principais objetivos: desenvolver um instrumento de avaliação da LSM, assim como construir, implementar e avaliar uma intervenção centrada na LSM (Campos, Palha, Veiga, Dias & Duarte, 2012; ENCONTRAR+SE, 2013).

Assim, do exposto e pelo facto dos problemas de saúde mental serem uma ameaça crescente para a economia e saúde pública em todo o mundo, e para a própria qualidade de vida individual (Herrman, 2001), o objetivo geral do presente estudo é: avaliar o impacto da intervenção centrada na promoção da saúde mental em jovens do 8º ano de escolaridade.

Capítulo II: Estudo Empírico

O presente capítulo engloba a descrição da metodologia e a apresentação dos resultados do estudo.

6. Metodologia

Neste ponto serão definidos os objetivos específicos da presente investigação, a questão de investigação e as hipóteses a testar; e será descrita a amostra, o instrumento utilizado e os procedimentos de recolha e análise de dados.

6.1) Objetivos Específicos

O estudo apresenta os seguintes objetivos específicos:

1. Avaliar a literacia em saúde mental em alunos do 8º ano de escolaridade.
2. Aferir a influência do género e da proximidade a problemas de saúde mental na literacia em saúde mental, em alunos do 8º ano de escolaridade.
3. Avaliar o impacto de uma intervenção de promoção de saúde em saúde mental, nos conhecimentos, estereótipos, intenções comportamentais e nas estratégias de auto-ajuda de alunos do 8º ano de escolaridade.

6.2) Questão de Investigação e Hipóteses

Para o estudo em questão foi formulada uma questão de investigação e cinco hipóteses de investigação.

Foi definida a seguinte questão de investigação: *“Quais os níveis de literacia em saúde mental em jovens do 8º ano de escolaridade?”*.

As hipóteses formuladas foram:

H1: Os jovens do 8º ano de escolaridade do género feminino apresentam níveis superiores de literacia em saúde mental, comparativamente aos do género masculino.

H2: Os jovens do 8º ano de escolaridade que referem maior proximidade a problemas de saúde mental apresentam níveis superiores de literacia em saúde mental, comparativamente com aqueles que referem não possuir.

H3: Após a implementação da intervenção de promoção de saúde mental, o grupo experimental apresentará níveis superiores de literacia em saúde mental.

H4: No grupo de controlo, entre o pré e o pós-teste, não se esperam alterações significativas ao nível da literacia em saúde mental.

H5: No pós-teste, o grupo experimental apresentará um nível superior de literacia em saúde mental, comparativamente ao grupo de controlo.

6.3) Amostra

Participaram neste estudo 214 estudantes, com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos³ ($M=12.99$; $DP=.611$), pertencentes ao 8º ano de escolaridade, de cinco escolas do Norte de Portugal, sendo três públicas ($N=147$; 68.7%) e duas privadas ($N=67$; 31.3%).

Relativamente ao género, 101 (47.2%) alunos eram do género feminino e 112 (52.3%) do masculino, sendo que, maioritariamente residiam na cidade do Porto ($N=81$; 37.9%) e Matosinhos ($N=74$; 34.6%) (Cf. Anexo 1 – Tabela 1.1).

Relativamente à situação profissional dos encarregados de educação, 173 (80.8%) destes estavam empregados.

No que concerne à proximidade de problemas de SM, 84 (39.3%) participantes relataram conhecer alguém com problema de saúde mental, 66 (30.8%) afirmaram não conhecer e 60 (28.0%) referiram não saber - sendo que os problemas mais frequentemente mencionados foram o Alzheimer ($N=11$; 5.1%), o Autismo ($N=11$; 5.1%) e a Trissomia 21 ($N=8$; 3.7%) (Cf. Anexo 1 – Tabela 1.2). Finalmente, no que concerne ao tipo de relação estabelecida com a pessoa com problema de saúde mental, 42 (19.36%) afirmaram tratar-se de um amigo, 34 (15.9%) mencionaram ser um familiar e 3 (1.4%) assinalaram-se a si próprios (Cf. Anexo 1 – Tabela 1.3).

6.4) Instrumento

No presente estudo foi utilizado o Questionário de Literacia em Saúde Mental – LSMq - (Campos, Palha, Dias, Veiga & Duarte, 2012; Campos & Dias, 2014), tendo este sido construído no âmbito do projeto “Abrir Espaço à Saúde Mental” (Cf. Anexos 2 e 3).

O LSMq é constituído por uma ficha sociodemográfica e por três secções que avaliam a literacia em saúde mental, sendo estas: os Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental, a Procura de ajuda e competências de primeira ajuda (First aid skills e help seeking), e ainda as Estratégias de auto-ajuda (self-help strategies).

No que concerne à ficha sociodemográfica, são recolhidos dados⁴ como a data de nascimento dos participantes, o género, o ano de escolaridade e a cidade de residência, e ainda informação relacionada com a profissão e situação profissional do encarregado de educação, e a proximidade a alguém com um problema de saúde mental (qual o problema e qual a relação com a pessoa portadora do mesmo).

³ O presente estudo teve como critério de inclusão jovens a frequentar o 8º ano de escolaridade. Neste âmbito, importa referir que embora a presente dissertação se encontre inserida no projeto “Abrir Espaço à Saúde Mental”, no qual a idade dos participantes compreende idades entre os 12 e os 14 anos, não foram excluídos da presente amostra os jovens com idades inferiores a 12 anos, bem como com idades superiores aos 14 anos.

⁴ Alguns dados recolhidos através da ficha sociodemográfica (ano de escolaridade, cidade de residência, profissão e situação profissional do encarregado de educação) não foram utilizados no presente estudo, tendo sido recolhidos por estarem incluídos no protocolo de recolha de dados do projeto “Abrir Espaço à Saúde Mental”.

As restantes secções do questionário, são compostas, no total, por 34 itens, sendo 33 avaliados através de uma escala de 5 pontos de Likert (1 - discordo muito a 5 - concordo muito) e 1 item de escolha múltipla. Os itens referentes a cada uma das secções em particular são apresentados de seguida (Cf. Tabela 1 a 3):

Tabela 1 – *Itens pertencentes à secção 1 do LSMq – Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental*

Itens
Conhecimentos
3. Uma pessoa com depressão sente-se muito infeliz.
4. Em casos de esquizofrenia, é comum as pessoas terem ideias delirantes (isto é, podem acreditar que estão a ser constantemente perseguidas e observadas).
7. Uma perturbação mental não afeta o comportamento.
11. Uma pessoa com perturbação de ansiedade pode entrar em pânico perante situações de que tenha medo.
14. O consumo de álcool pode causar perturbações mentais.
15. Uma perturbação mental não afeta os sentimentos.
16. Quanto mais cedo forem identificadas e tratadas as perturbações mentais, melhor.
18. O mau funcionamento do cérebro pode levar ao aparecimento de perturbações mentais.
22. Um dos sintomas da depressão é a falta de interesse ou prazer pela maioria das coisas.
23. Uma pessoa com perturbação de ansiedade evita situações que lhe causem desconforto.
25. A duração dos sintomas é um dos aspetos importantes para sabermos se uma pessoa tem, ou não tem, uma perturbação mental.
27. O consumo de drogas pode causar perturbações mentais.
28. Uma perturbação mental afeta os pensamentos.
31. Uma pessoa com esquizofrenia pode ver e ouvir coisas que mais ninguém vê e ouve.
33. Situações de grande stress podem causar perturbações mentais.
Estereótipos
12. As pessoas com perturbação mental são de famílias com pouco dinheiro.
17. Só os adultos têm perturbações mentais.
26. A depressão não é uma verdadeira perturbação mental.

Tabela 2 – *Itens pertencentes à secção 2 do LSMq - Procura de ajuda e competências de primeira ajuda*

Itens
Procura de Ajuda
5. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda da minha família.
10. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria ajuda profissional (psicólogo e/ou psiquiatra).
20. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda dos meus amigos.
Competências de Primeira Ajuda
1. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, oferecia-me para ajudar.
6. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um

psicólogo.

8. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com os pais dele.

13. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu ouvia-o sem julgar ou criticar.

19. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um médico.

24. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu não podia fazer nada para o ajudar.

29. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com o diretor de turma ou outro professor.

Tabela 2 – Itens pertencentes à secção 2 do LSMq - Procura de ajuda e competências de primeira ajuda (Continuação)

Tabela 3 – Itens pertencentes à secção 3 do LSMq - Estratégias de autoajuda

Itens
Estratégias de Autoajuda

2. Fazer exercício físico ajuda a melhorar a saúde mental.
9. Dormir bem ajuda a melhorar a saúde mental.
21. Ter uma alimentação equilibrada ajuda a melhorar a saúde mental.
30. Fazer algo que goste ajuda a melhorar a saúde mental.
32. Falar com outras pessoas sobre os meus problemas ajuda a melhorar a saúde mental.

Assim, a primeira secção avalia a “capacidade dos participantes reconhecerem perturbações específicas ou diferentes tipos de problemas de saúde mental, bem como os conhecimentos e crenças sobre os fatores de risco e causas” (Jorm, 2012), sendo que as perturbações avaliadas são a Depressão, Ansiedade e Esquizofrenia. A segunda, avalia “os conhecimentos e crenças sobre a ajuda profissional disponível e as atitudes que facilitam o reconhecimento e a procura de ajuda adequada, bem como a capacidade de ajudar o outro com um problema de saúde mental” (Jorm, 2012) e, a terceira, avalia os “conhecimentos de estratégias de auto-ajuda” (Jorm, 2012).

Importa ainda mencionar, face ao estudo psicométrico do instrumento, que os valores obtidos na consistência interna apontam para um Alpha de Cronbach de $\alpha=0.78$ na secção “Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental” (Fator 2), $\alpha=0.79$ na secção “Procura de ajuda e competências de primeira ajuda” (Fator 1), $\alpha=0.72$ na secção “Estratégias de auto-ajuda” (Fator 3) e ainda, no score total - $\alpha=0.84$ (Campos & Dias, 2014). A 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 & Dias, 2014).

6.5) Intervenção de promoção de saúde mental

A intervenção de promoção de saúde mental consistiu na implementação de duas sessões de promoção de saúde mental, apresentando como objetivo geral: contribuir para um aumento de conhecimentos acerca de questões relacionadas com a saúde mental (LSM), em jovens do 8º ano de escolaridade.

Estas sessões tiveram a duração de cerca de 90 minutos cada, implementadas com um intervalo de uma semana, e abordaram conteúdos diversos tais como: conhecimentos transversais a todas as PM que permitam o seu reconhecimento (e.g. características gerais, prevalência e fatores de risco, intensidade, duração e impacto na vida diária), conhecimentos específicos acerca de três PM (e.g. identificação de sinais e sintomas), nomeadamente a Depressão, Ansiedade e Esquizofrenia, estereótipos associados às PM, intenções comportamentais relativas à procura de ajuda e competências de primeira ajuda, e ainda, estratégias de autoajuda. Importa também referir que, de forma a motivar e a envolver mais facilmente os alunos nestas sessões, a metodologia utilizada foi interativa, tendo-se recorrido a dinâmicas de grupo, vídeos, músicas e à promoção do debate.

Relativamente à primeira sessão, esta teve como objetivos: a apresentação do projeto “Abrir Espaço à Saúde Mental” e definição de regras de funcionamento, a exploração de conhecimentos e estereótipos acerca da saúde e doença, tanto física como mental, a exploração de sinais, sintomas e impacto das PM, a identificação de fatores de risco transversais a todas as PM, a identificação de sinais e sintomas de três PM – Ansiedade, Depressão e Esquizofrenia – e, ainda, a redução de estereótipos associados a PM.

A segunda sessão teve como principais objetivos: explorar os estereótipos relativos a problemas de SM, identificar e reconhecer problemas de SM e explorar o impacto dos mesmos, identificar tipos de ajuda formal e informal disponíveis, promover a predisposição para ajudar uma pessoa com um problema de SM e, explorar e promover comportamentos promotores da SM e estratégias de autoajuda.

6.6) Procedimentos

6.6.1) Procedimentos de Recolha de Dados

De forma a possibilitar a recolha de dados foi necessário obter-se a autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) (Cf. Anexo 4), assim como do departamento de Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC), designadamente do Departamento de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (MIME) (Cf. Anexo 5). Assegurou-se ainda o consentimento informado tanto dos encarregados de educação como dos participantes (Cf. Anexos 6, 7, 8 e 9), bem como o anonimato destes últimos. O emparelhamento

dos questionários foi realizado através de um código do aluno (cinco dígitos do número de telemóvel).

A recolha de dados ocorreu nas escolas anteriormente mencionadas, tendo sido utilizado o LSMq – Questionário de Literacia em Saúde Mental – previamente descrito. Assim, os questionários foram preenchidos em contexto de sala de aula, durante o horário lectivo dos alunos, e aplicados quer ao grupo experimental, quer ao grupo de controlo, num formato pré e pós intervenção, de forma a se verificar o impacto da mesma. Foram facultados pelos docentes e fornecidas as instruções necessárias para a sua correta aplicação (leitura de instruções aos alunos e foco na importância de preencherem o questionário individualmente).

Relativamente ao grupo experimental, alvo da intervenção, passou por dois momentos de avaliação separados por uma semana, sendo que nesse intervalo foi implementada a intervenção de PSM. Já o grupo de controlo⁵ teve, de igual modo e no mesmo período do tempo, dois momentos de avaliação, não tendo, no entanto, sido alvo da intervenção.

No que concerne às sessões de PSM, estas foram, igualmente realizadas em contexto de sala de aula, durante o horário letivo dos alunos, tendo estado presentes⁶ dois dinamizadores, a psicóloga (bolseira de investigação de projeto “Abrir Espaço à Saúde Mental”) e uma aluna do mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde. Importa referir ainda que os alunos foram dispostos em círculo, de forma a se garantir uma melhor gestão do grupo, um ambiente informal e ainda a fomentar o debate, tendo sido abordadas no início de cada sessão algumas regras de funcionamento a cumprir, tais como a importância de se participar nas duas sessões, colocar todas as dúvidas, manter a confidencialidade, respeitar os colegas e utilizar crachás de identificação.

6.6.2) Procedimentos de Análise dos Dados

Realizou-se uma análise quantitativa dos dados recolhidos, através do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) v.20. Deste modo, num primeiro momento, foi realizada a caracterização da amostra e a avaliação da literacia em saúde mental dos alunos do 8º ano de escolaridade, recorrendo-se à Estatística Descritiva.

Relativamente às secções⁷ do questionário, procedeu-se à recodificação de seis itens⁸ que se encontravam invertidos, sendo cinco deles correspondentes à secção “*Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental*” e 1 item à secção “*Procura de*

⁵ O grupo de controlo foi alvo de intervenção posteriormente à realização do *follow-up*, o qual constituiu a última etapa do projeto “Abrir Espaço à Saúde Mental”.

⁶ Estiveram presentes, ao longo das sessões, os docentes dos alunos, de forma a garantir o seu bom comportamento na sala de aula.

⁷ O item de escolha múltipla do LSMq não foi tido em conta no presente estudo, logo os seus resultados não foram avaliados.

⁸ Itens recodificados: 7, 12, 15, 17, 24 e 26

ajuda e competências de primeira ajuda”. Posteriormente, foi calculado o score de cada secção, através da soma dos itens correspondentes a cada uma das secções, e o score global através da soma de todos os itens – pertencentes às três secções do LSMq – e divisão pelo número total de itens. Procedeu-se ainda à realização do teste de normalidade no que concerne às secções do questionário (variáveis intervalares), de forma a se verificar qual o teste estatístico mais adequado para responder às hipóteses de investigação formuladas.

Deste modo, apesar de se ter verificado que as secções do questionário não seguiam uma distribuição aproximadamente normal, uma vez que os resultados obtidos nos testes não-paramétricos e paramétricos foram equivalentes, serão relatados os dados obtidos referentes aos testes paramétricos.

Assim, de forma a avaliar-se o impacto da intervenção de PSM no grupo experimental, foram utilizados um teste paramétrico (Teste t para amostras emparelhadas – para avaliar o score de cada secção), e testes não-paramétricos (Teste Wilcoxon – para avaliar detalhadamente os itens correspondentes a cada secção). Para se avaliar as diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo após a intervenção, foram utilizados testes paramétricos (Teste t para amostras independentes – para avaliar o score de cada secção) e testes não paramétricos (Teste Mann-Whitney - para avaliar os itens que integram cada secção). Finalmente, com o objetivo de aferir a influência do género e da proximidade a problemas de saúde mental na literacia em saúde mental foram utilizados, do mesmo modo, o Teste t para amostras independentes e o Teste Mann-Whitney.

Foi considerado, como nível de significância estatística, um nível de $p \leq 0.05$ para todas as análises realizadas.

Deste modo, se nos resultados encontrados forem observados scores mais elevados, estes estarão associados a aumentos nos conhecimentos sobre problemas de saúde mental, na procura de ajuda e competências de primeira ajuda e nas estratégias de auto-ajuda, e redução dos estereótipos, indicando assim o impacto positivo da intervenção realizada

7. Resultados

O ponto em questão apresenta os resultados do presente estudo. Desta forma, de modo a confirmar-se, ou não, as hipóteses formuladas, e a responder-se à questão de investigação, os resultados serão apresentados pela seguinte ordem: num primeiro momento descrevem-se os resultados da pré-intervenção, relativamente à literacia em saúde mental dos estudantes e à influência do género e da proximidade a problemas de saúde mental, na literacia em saúde mental. Num segundo momento, serão apresentados os resultados relativos ao impacto da intervenção.

7.1) Literacia em Saúde Mental de alunos do 8º ano de escolaridade (Pré-Teste)

De forma a avaliarem-se os níveis de literacia em saúde mental dos alunos do 8º ano de escolaridade, no momento da pré-intervenção, foi considerada a amostra total (N=214).

Score Global - Literacia em Saúde Mental

Na pré-intervenção os participantes apresentaram um score global de literacia em saúde mental elevado (N= 178; $M=3.72$; $DP=.294$).

Secção 1: Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental

Verificou-se que os participantes possuem um score total elevado na secção 1 do LSMq – *Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental* - (N=186; $M=3.74$; $DP=.413$) (Cf. Anexo 10 – Tabela 10.1). Os itens que apresentaram valores mais elevados foram o item 16 “*Quanto mais cedo forem identificadas e tratadas as perturbações mentais, melhor*” (N=214; $M=4.31$; $DP=.786$) e o 27 “*O consumo de drogas pode causar perturbações mentais*” (N=210; $M=4.20$; $DP=.755$). Os valores resultantes nos outros itens, incluindo os valores obtidos nos itens correspondentes aos estereótipos⁹, encontram-se no Anexo 10 (Cf. Tabela 10.2).

Secção 2 – Procura de ajuda e competências de primeira ajuda

Verificou-se que os participantes possuem um score global elevado na secção 2 do LSMq – *Procura de ajuda e competências de primeira ajuda* - (N=206; $M=4.18$; $DP=.462$) (Cf. Anexo 11 – Tabela 11.1). Relativamente à análise detalhada dos itens, foram observados valores elevados em todos os itens (Cf. Anexo 11 – Tabela 11.2).

Secção 3 – Estratégias de autoajuda

Verificou-se que os participantes possuem um score global elevado na secção 3 do LSMq – *Estratégias de auto-ajuda* - (N=204; $M=3.89$; $DP=.593$) (Cf. Anexo 12 – Tabela 12.1), tendo sido, igualmente, observados valores elevados nos cinco itens que integram a presente secção (Cf. Anexo 12 – Tabela 12.2).

⁹ Valores mais elevados correspondem a estereótipos mais elevados

7.2. Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo ao nível da literacia em saúde mental (Pré-Teste)

Com o intuito de comparar o grupo experimental e o grupo de controlo quanto à literacia em saúde mental, no momento prévio à intervenção, procedeu-se à comparação dos mesmos quanto às 3 secções que avaliam a literacia em saúde mental e ainda à análise do score global da mesma.

Score Global - Literacia em Saúde Mental

Na pré-intervenção não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos relativamente ao score global de literacia em saúde mental (G.E: N=83; $M=3.69$; $DP=.273$ - G.C: N=95; $M=3.76$; $DP=.309$; $p=.223$) (Cf. Anexo 13 – Tabela 13.1)

Secção 1 – Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos na pré-intervenção relativamente à secção 1 do LSMq – *Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental* - (G.E: N=86; $M=3.73$; $DP=.373$ - G.C: N=100; $M=3.74$; $DP=.39$; $p=.857$) (Cf. Anexo 13 – tabela 13.2).

Secção 2 – Procura de ajuda e competências de primeira ajuda

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo experimental e o grupo de controlo na pré-intervenção relativamente à secção 2 do LSMq - *Procura de ajuda e competências de primeira ajuda* - (G.E: N=99; $M=4.11$; $DP=.459$ - G.C: N=107; $M=4.24$; $DP=.459$; $p=.048$) (Cf. Anexo 13 – tabela 13.3).

Secção 3 – Estratégias de auto-ajuda

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos na pré-intervenção relativamente à secção 3 do LSMq – *Estratégias de auto-ajuda* - (G.E: N=98; $M=3.79$; $DP=.542$ - G.C: N=106; $M=3.99$; $DP=.625$; $p=.017$) (Cf. Anexo 13 – tabela 13.4).

7.3. Relação entre a literacia em saúde mental e o género (Pré-Teste)

Score Global - Literacia em Saúde Mental

Relativamente à literacia em saúde mental, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o género feminino (N=88; M=3.70; DP=.276) e masculino (N=90; M=3.75; DP=.310); $p=.676$ (Cf. Anexo 14 – Tabela 14.1).

Secção 1 – Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental

Relativamente ao score total referente à secção 1 do LSMq – “*Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental*” - não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o género feminino (N=91; M=3.70; DP=.373) e masculino (N=95; M=3.78; DP=.447) $p=.195$ (Cf. Anexo 14 – Tabela 14.2). Analisando detalhadamente todos os itens que integram a presente secção, continua-se a não se verificar diferenças estatisticamente significativas entre ambos os géneros (Cf. Anexo 14 – Tabela 14.3).

Secção 2 – Procura de ajuda e competências de primeira ajuda

No que concerne ao score total referente à secção 2 do LSMq – *Procura de ajuda e competências de primeira ajuda* - (Cf. Anexo 14 – Tabela 14.4.), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o género feminino (N=97; M=4.20; DP=.448) e masculino (N=108; M=4.15; DP=.478); $p=.449$. Examinando detalhadamente cada um dos itens que compõem esta secção também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre ambos os géneros (Cf. Anexo 14 – Tabela 14.5).

Secção 3 – Estratégias de autoajuda

Em relação à secção 3 do LSMq - *Estratégias de auto-ajuda* - (Cf. Anexo 14 – Tabela 14.6), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no score total, entre o género feminino (N=99; M=3.85; DP=.560) e masculino (N=105; M=3.94; DP=.623); $p=.287$. Na análise detalhada (Cf. Anexo 14 – Tabela 14.7), observaram-se diferenças estatisticamente significativas no item 21 “Ter uma alimentação equilibrada ajuda a melhorar a saúde mental” (G.F.: M=3.57; DP=.844 – G.M.: M=3.79; DP=.939; $p=.039$).

7.4. Relação entre a literacia em saúde mental e a proximidade a problemas de saúde mental (Pré-Teste)

Score Global - Literacia em Saúde Mental

Na pré-intervenção não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p=.803$) entre os alunos que mencionaram ter conhecimento de alguém com um problema de saúde mental ($N=75$; $M=3.76$; $DP=.294$) e os alunos que referiram não ter conhecimento ($N=50$; $M=3.70$; $DP=.315$), relativamente ao score global de literacia em saúde mental (Cf. Anexo 15 – Tabela 15.1).

Secção 1 – Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental

Relativamente à secção 1 do LSMq – *Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental* - (Cf. Anexo 15 – Tabela 15.2), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no score total ($p=.146$), entre os alunos que mencionaram ter conhecimento de alguém com um problema de saúde mental ($N=76$; $M=3.78$; $DP=.384$) e os alunos que referiram não ter conhecimento ($N=55$; $M=3.68$; $DP=.419$). Analisando detalhadamente cada um dos itens que compõem a presente secção não se verificaram, igualmente, diferenças estatisticamente significativas nos itens avaliados (Cf. Anexo 15 – Tabela 15.3).

Secção 2 – Procura de ajuda e competências de primeira ajuda

No que concerne à secção 2 do LSMq – *Procura de ajuda e competências de primeira ajuda* - (Cf. Anexo 15 – Tabela 15.4), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no score total ($p=.544$), entre os alunos que mencionaram ter conhecimento de alguém com um problema de saúde mental ($N=81$; $M=4.25$; $DP=.447$) e aqueles que mencionaram não ter conhecimento ($N=64$; $M=4.20$; $DP=.477$). Na análise detalhada não foram também encontradas diferenças significativas nos itens avaliados (Cf. Anexo 15 – Tabela 15.5).

Secção 3 – Estratégias de autoajuda

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p=.763$), no score total referente à secção 3 do LSMq - *Estratégias de auto-ajuda* - entre os alunos que referiram conhecer alguém com um problemas de saúde mental ($N=82$; $M=3.94$; $DP=.634$) e os alunos que mencionaram não conhecer ($N=60$; $M=3.91$; $DP=.625$) (Cf. Anexo 15 – Tabela 15.6). Quanto à análise detalhada de cada item correspondente à secção 3 (Cf. Anexo 15 – Tabela 15.7) também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

7.5. Impacto da intervenção de literacia em saúde mental, em alunos do 8º ano de escolaridade (Pós-Teste)

O presente ponto pretende avaliar o impacto da intervenção de promoção da saúde mental na literacia em saúde mental em alunos do 8º ano de escolaridade, tendo sido, para o efeito, considerados o grupo experimental e o grupo de controlo. Num primeiro momento serão apresentados os resultados referentes ao impacto da intervenção no grupo experimental, em seguida será analisado o grupo experimental entre o pré e o pós-teste e, posteriormente, segue-se a comparação entre ambos os grupos após a intervenção.

Diferenças no grupo experimental entre a pré e a pós-intervenção

Score Global - Literacia em Saúde Mental

Na pós-intervenção, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no score global de LSM (Cf. Anexo 16 – Tabela 16.1) dos participantes pertencentes ao grupo experimental (Pré-Teste: N= 69; M=3.69; DP=.286 – Pós-Teste: N=69; M=4.01; DP=.308; $p<.001$).

Secção 1 – Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental

Relativamente à secção 1 do LSMq – *Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental* - após a intervenção, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no score total (Cf. Anexo 16 – Tabela 16.2) do grupo experimental (Pré-Teste: N=73; M=3.74; DP=.381 – Pós-Teste: N=73; M=4.19; DP=.427; $p<.001$).

Examinando detalhadamente os itens da presente secção verificaram-se aumentos significativos em todos os itens excepto em quatro (Cf. Anexo 16 – Tabela 16.3).

Secção 2 – Procura de ajuda e competências de primeira ajuda

No que respeita à secção 2 do LSMq – *Procura de ajuda e competências de primeira ajuda* - após a intervenção, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no score total do grupo experimental (Pré-Teste: N=91; M=4.12; DP=.471 – Pós-Teste: N=91; M=4.25; DP=.487; $p=.006$) (Cf. Anexo 16 – Tabela 16.4).

Examinando detalhadamente cada um dos itens que compõem a presente secção (Cf. Anexo 16 – Tabela 16.5), verificou-se um aumento significativo em 4 dos 10 itens pertencentes a esta secção.

Secção 3 – Estratégias de autoajuda

No que concerne à secção 3 do LSMq – *Estratégias de autoajuda* - após a intervenção, verificou-se um aumento significativo no score total obtido pelo grupo experimental, comparativamente com os dados obtidos no momento da pré-intervenção (Pré-Teste: N=92; M=3.81; DP=.536 – Pós-Teste: N=91; M=4.20; DP=.488; $p < .001$) (Cf. Anexo 16 – Tabela 16.6).

Por fim, analisando detalhadamente cada item que integra a presente secção, no grupo experimental verificou-se um aumento significativo em 4 dos 5 itens (Cf. Anexo 16 – Tabela 16.7).

Diferenças no grupo de controlo entre o pré e o pós-teste

Score Global - Literacia em Saúde Mental

Em relação ao grupo de controlo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no score total de literacia em saúde mental (Pré-Teste: N=80; M=3.75; DP=.310 – Pós-Teste: N=80; M=3.72; DP=.344; $p = .253$) (Cf. Anexo 16 – Tabela 16.8).

Secção 1 – Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental

Em relação ao grupo de controlo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no score total da secção 1 do LSMq – *Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental*. Relativamente à análise detalhada dos itens, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas em dois dos 18 itens pertencentes a esta dimensão: 16 “Quanto mais cedo forem diagnosticadas e tratadas as perturbações mentais, melhor” (Pré-Teste: M=4.41; DP=.740 - Pós-Teste: M=4.25; DP=.781; $p = .052$) e 22 “Um dos sintomas da depressão é a falta de interesse ou prazer pela maioria das coisas” (Pré-Teste: M=3.60; DP=.950 - Pós-Teste: M=3.78; DP=.836; $p = .038$) (Cf. Anexo 16 – Tabelas 16.9 e 16.10).

Secção 2 – Procura de ajuda e competências de primeira ajuda

No grupo de controlo (Cf. Anexo 16 – Tabela 16.11) não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no score total da secção 2 do LSMq – *Procura de ajuda e competências de primeira ajuda*. Quanto à análise detalhada (Cf. Anexo 16 – Tabela 16.12) verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em três itens, respectivamente no item 10 “Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria ajuda profissional (psicólogo e/ou psiquiatra)” (Pré-Teste: M=4.46; DP=.651 - Pós-Teste: M=4.26; DP=.665; $p = .001$), 5 “Se eu tivesse uma

perturbação mental procuraria a ajuda da minha família” (Pré-Teste: $M=4.58$; $DP=.632$ - Pós-Teste: $M=4.44$; $DP=.649$; $p=.031$) e 13 “*Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu ouvia-o sem julgar*” (Pré-Teste: $M=4.49$; $DP=.665$ - Pós-Teste: $M=4.32$; $DP=.763$; $p=0.15$).

Secção 3 – Estratégias de auto-ajuda

No grupo de controlo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o pré e o pós-teste, no score total da secção 3 do LSMq – *Estratégias de autoajuda* (Cf. Anexo 16 – Tabela 16.13). Quanto à análise detalhada, (Cf. Anexo 16 – Tabela 16.14), observaram-se diferenças estatisticamente significativas no item 21 “*Ter uma alimentação equilibrada ajuda a melhorar a saúde mental*” (Pré-Teste: $M=3.88$; $DP=.871$ - Pós-Teste: $M=3.67$; $DP=.883$; $p=.005$).

Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo, ao nível da

literacia em saúde mental após a intervenção (Pós-Teste)

Score Global - Literacia em Saúde Mental

Na pós-intervenção verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no score global de LSM ($t(175) = -5.76$; $p < .001$) entre o grupo experimental ($N=84$; $M=4.00$; $DP=.314$) e o grupo de controlo ($N=93$; $M=3.72$; $DP=.331$) (Cf. Anexo 16 – Tabela 16.15).

Secção 1 – Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental

No que respeita à secção 1 do LSMq – *Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas saúde mental* - após a intervenção verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no score total ($t(183) = -6.79$; $p < .001$) entre o grupo experimental ($N=86$; $M=4.19$; $DP=.416$) e o grupo de controlo ($N=99$; $M=3.76$; $DP=.450$). Analisando detalhadamente cada um dos itens que compõem a presente secção verificam-se diferenças estatisticamente significativas, entre ambos os grupos, em 11 dos 18 itens avaliados (Cf. Anexo 16 – Tabelas 16.16 e 16.17).

Secção 2 – Procura de ajuda e competências de primeira ajuda

No que concerne à secção 2 do LSMq – *Procura de ajuda e competências de primeira ajuda* - não se verificam diferenças significativas entre ambos os grupos após a implementação da intervenção ($t(192) = -1.31$; $p=.190$). Quanto à análise detalhada de cada um dos itens que integram a presente secção, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas

exclusivamente no item 8 “*Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com os pais dele*” (G.C.: $M=3.96$; $DP=.827$ - G.E.: $M=4.23$; $DP=.750$; $p=.022$) (Cf. Anexo 16 – Tabelas 16.18 e 16.19).

Secção 3 – Estratégias de auto-ajuda

Finalizando, em relação à secção 3 do LSMq - *Estratégias de auto-ajuda* - verificam-se diferenças estatisticamente significativas no score total ($t(195) = -3.95$; $p < .001$). Em relação à análise dos itens que compõem a presente seção, verificam-se diferenças estatisticamente significativas em 3 dos 5 itens analisados (Cf. Anexo 16 – Tabelas 16.20 e 16.21).

Capítulo III. Discussão de Resultados e Conclusão

8. Discussão de Resultados

O presente estudo, integrado no projeto “Abrir Espaço à Saúde Mental – Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14 anos): desenvolvimento e avaliação de uma intervenção” - teve como objetivo geral avaliar o impacto de uma intervenção centrada na promoção da saúde mental, em alunos do 8º ano de escolaridade. A amostra foi constituída por 214 estudantes do 8º ano de escolaridade, de cinco escolas do Norte de Portugal, sendo três do ensino público e duas do ensino privado. Os participantes tinham idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos, sendo 101 do género feminino e 112 do género masculino. Desta forma, embora a presente dissertação esteja inserida num projeto mais abrangente, no qual a idade dos participantes compreendia os 12 e os 14 anos de idade, no estudo em questão este critério de exclusão não foi considerado. Assim, teve-se apenas em conta, enquanto critério de inclusão, os jovens frequentarem o 8º ano de escolaridade, pelo que os jovens com idade inferior aos 12 anos e superior aos 14 anos não foram excluídos da amostra.

Com o intuito de avaliar o impacto da intervenção, foram obtidos dois grupos aleatoriamente: grupo experimental ($N=101$) e grupo de controlo ($N=113$), sendo o primeiro alvo da intervenção.

A discussão dos resultados será organizada de acordo com a questão e hipóteses de investigação formuladas inicialmente.

Questão de investigação: Quais os níveis de literacia em saúde mental em jovens do 8º ano de escolaridade?

De forma geral, após análise dos resultados obtidos, pode-se considerar que os níveis de literacia em saúde mental dos jovens do 8º ano de escolaridade são elevados.

No que concerne ao score total, os resultados revelaram um nível elevado de literacia em saúde mental nos alunos, o que se explica à luz dos resultados obtidos nas três secções avaliadas, podendo, igualmente, estar relacionados com o facto de cerca de 80% dos encarregados de educação dos alunos estarem, na altura, empregados, exercendo, na sua maioria atividades profissionais na área da saúde e engenharias – sendo que este nível superior de instrução poderá influenciar o desenvolvimento de aprendizagens nos filhos.

Relativamente aos *Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental*, na pré-intervenção os resultados apontaram para conhecimentos elevados no público-alvo em questão. Da mesma forma, os estereótipos apresentaram níveis reduzidos, o que vai de encontro ao esperado pela literatura existente, onde é revelado que sujeitos com níveis superiores de conhecimentos sobre questões de SM, apresentam, conseqüentemente, menos estereótipos face a esta temática (Jorm, 2012; OMS, 2001). Na análise detalhada dos itens pertencentes a esta secção, aqueles que apresentaram valores mais elevados foram os relacionados com a importância de existir um diagnóstico e uma intervenção precoce nas PM, o consumo de drogas ser um factor predisponente para o despoletar de uma PM e ainda conhecimentos relacionados com a perturbação de ansiedade. O valor mais elevado nestas últimas poderá estar relacionado com o facto de serem, atualmente, das perturbações mais prevalentes e, por conseguinte, mais divulgadas. Por outro lado, aspetos relacionados com os factores de risco para o desenvolvimento das PM, conseqüências das mesmas e ainda características específicas da Esquizofrenia, foram aquelas onde os valores encontrados foram mais reduzidos. Podendo isto dever-se ao facto de que, esta PM – Esquizofrenia – é das mais referenciadas de forma negativa pelos meios de comunicação social (Rusch et al., 2005), estando associada à instabilidade emocional e perigosidade dos indivíduos, logo, aliada à existência de estereótipos (Campos, 2009; Schulze et al., 2003). Os menores conhecimentos relativamente aos factores de risco e às conseqüências podem ser explicados à luz do ocorrido nas sessões de PSM, na qual os alunos demonstraram alguma dificuldades em identificar, respectivamente, os factores que predispõem os indivíduos a desenvolver um problema de SM – tendo ficado conscientes da maior probabilidade deste desenvolvimento face à existência, na vida dos indivíduos, da junção de dois ou mais destes factores.

No que concerne às secções 2 e 3 – *Procura de ajuda e competências de primeira ajuda e Estratégias de auto-ajuda* - respectivamente, no momento prévio à intervenção, os resultados indicam a existência de conhecimentos e intenções comportamentais relativos à procura de ajuda e

competências de primeira ajuda elevados, bem como elevados conhecimentos no que concerne às estratégias de autoajuda nos jovens do 8º ano de escolaridade. De acordo com a literatura, e também com os resultados encontrados na secção anterior, os indivíduos com mais conhecimentos sobre estas questões, além de parecerem ter conhecimentos adequados sobre como e onde procurar ajuda face a estes problemas, seja formal ou informal (amigos, pais, diretor de turma, profissionais de saúde), revelam, igualmente, conhecimentos apropriados sobre o que fazer para ajudar os outros e a si mesmos, como perspectivado pelos elevados resultados presentes na análise detalhada dos itens pertencentes a estas duas secções. Tal como referido anteriormente, face aos baixos resultados obtidos nos estereótipos avaliados, e sabendo-se que estes constituem uma barreira face à promoção da saúde mental (Corrigan & Watson, 2002), os alunos parecem apresentar maior predisposição para procurar ajuda, revelando ainda a aquisição de comportamentos mais adequados e promotores de SM, assim como uma maior capacidade em procurar informação sobre esta (Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, 2004; Jorm, 2000; 2012).

H1: Os jovens do 8º ano de escolaridade do género feminino apresentam níveis superiores de literacia em saúde mental, comparativamente aos do género masculino

Após análise dos resultados, rejeita-se a hipótese de que “*Os jovens do 8º ano de escolaridade do género feminino apresentam níveis superiores de literacia em saúde mental, comparativamente aos do género masculino*”, ou seja, não existem diferenças significativas entre ambos os géneros, quer relativamente ao score global apresentado pelos estudantes, quer face às três secções constituintes do LSMq - *Conhecimentos sobre problemas de saúde mental, Procura de ajuda e competências de primeira ajuda e Estratégias de auto-ajuda*. Analisando-se detalhadamente os itens pertencentes a cada secção, as diferenças encontradas foram reduzidas.

Face aos *Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental*, não foram encontradas diferenças significativas entre ambos os géneros sendo que, numa análise mais detalhada dos resultados por itens desta secção, é visível que são os alunos do género masculino que apresentaram resultados superiores, o que não vai de encontro ao exposto na literatura existente sobre estas questões. Por norma, o género feminino costuma revelar mais interesse e conhecimentos sobre a temática das perturbações mentais e da saúde mental (Jorm, Cotton, Wright, Harris & McGorry, 2006), o que não aconteceu no presente estudo. O mesmo se verificou nas sessões de PSM, sendo que, por norma, verificou-se uma maior participação – colocando questões pertinentes e refletindo em grande grupo – por parte dos alunos do género masculino

Relativamente à *Procura de ajuda e competências de primeira ajuda*, apesar de também não se terem verificado diferenças significativas entre os géneros, a análise detalhada revelou resultados superiores no género feminino, o que vai de encontro ao exposto na literatura existente, visto por norma, as raparigas terem uma maior propensão para ajudar o outro, sabendo especificamente como agir e a quem recorrer nestas ocasiões (OMS, 2011; OMS, 2013).

Finalmente, relativamente às *Estratégias de Autoajuda*, apesar de não se terem verificado, igualmente, diferenças significativas entre ambos os géneros, os resultados foram superiores no género masculino, o que parece não ir de encontro ao referido na literatura. Vários estudos revelam que, por norma, os jovens do género masculino têm uma maior tendência para recorrer a estratégias de auto-ajuda – abuso de substâncias e álcool - evitando a procura de apoio formal (Chandra & Minkovitz, 2006), podendo, no entanto, os resultados obtidos deverem-se aos elevados conhecimentos demonstrados pelos jovens deste género, bem como aos elevados conhecimentos no que toca à procura de ajuda e competências de primeira ajuda.

H2: Os jovens do 8º ano de escolaridade que referem maior proximidade a problemas de saúde mental apresentam níveis superiores de literacia em saúde mental, comparativamente com aqueles que referem não possuir.

Após análise dos resultados, rejeita-se a hipótese de que “*Os jovens do 8º ano de escolaridade que referem maior proximidade a problemas de saúde mental apresentam níveis superiores de literacia em saúde mental, comparativamente com aqueles que referem não possuir*”, ou seja, não existem diferenças significativas entre os alunos que conhecem alguém com um problema de saúde mental e os que referem não conhecer, tal como revelam os resultados, quer do score global de LSM dos participantes, quer relativamente aos valores obtidos nas três secções do LSMq – *Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental, Procura de ajuda e competências de primeira ajuda e Estratégias de autoajuda*.

Os resultados obtidos não vão de encontro ao encontrado na literatura, que aponta para o facto de que os indivíduos que têm contacto próximo com alguém com uma PM, apresentam níveis superiores de conhecimentos, quer transversais, quer específicos das perturbações em causa, quer maior tendência para ajudar adequadamente essas pessoas, parecendo paralelamente, não rejeitar o estigma (Corrigan, 2001; Furnham & Blythe, 2012). No entanto, e analisando-se detalhadamente os itens correspondentes a todas as secções, são revelados resultados superiores nos alunos que afirmaram conhecer alguém com uma perturbação mental. Ou seja, apesar das diferenças entre ambos os grupos não ser significativa, este é considerado um fator relevante. Assim sendo, deverão promover-se as intervenções que possibilitem o contato direto ou indirecto com indivíduos

com PM, de forma a que, espelhando-se nas suas experiências, os alunos tenham maior interesse em se envolverem no conhecimento sobre todas as questões inerentes à saúde mental (Furnham & Blythe, 2012; Lopez et al., 2008).

H3: Após a implementação da intervenção de promoção de saúde mental, o grupo experimental apresentará níveis superiores de literacia em saúde mental.

No que concerne à hipótese de que “*Após a implementação da intervenção de promoção de saúde mental, o grupo experimental apresentará níveis superiores de literacia em saúde mental.*”, esta, após análise dos resultados obtidos, é aceite, visto terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas quer no score global de LSM apresentado pelos participantes, quer nos resultados obtidos nas três secções do LSMq, no momento posterior à intervenção.

Relativamente aos *Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental*, as diferenças encontradas foram estatisticamente significativas. Apesar dos resultados obtidos no momento prévio à intervenção já terem sido elevados, pode-se dizer que o impacto da mesma foi positivo visto que, no pós-teste, verificou-se um aumento de conhecimentos. No que concerne à análise detalhada dos itens, verificou-se um aumento de conhecimentos em 14 dos 18 itens desta secção. Os resultados encontrados vão de encontro ao revelado noutros estudos socorridos de uma metodologia idêntica – formato pré-pós (Taker & Dobie, 2008). Do mesmo modo, pode-se considerar o impacto positivo da intervenção relativamente aos estereótipos revelados, desconstruindo-se principalmente as ideias dos estudantes de que “*só os adultos têm perturbações mentais*” e de que “*a depressão não é uma verdadeira perturbação mental*”.

No referente à secção 2 - *Procura de ajuda e competências de primeira ajuda* - existiram também diferenças significativas no grupo experimental entre a pré e a pós intervenção, revelando assim o impacto positivo da intervenção. Apesar dos alunos já apresentarem elevados conhecimentos neste âmbito, demonstraram ter adquirido maior conhecimento sobre os diferentes tipos de ajuda existente e sobre a forma como procura-la adequadamente (Loureiro et al., 2013; Jorm, 2012).

Por fim, e referentemente à última secção, foi igualmente notório um aumento significativo dos conhecimentos de estratégias de autoajuda, revelando os alunos terem adquirido a noção sobre as diferentes formas existentes de promoverem a sua própria saúde mental, tendo-se encontrado um aumento significativo também em todos os itens integrantes desta secção. Os resultados encontrados vão de encontro ao exposto na literatura existente, sublinhando a

importância de se investirem em intervenções de PSM na faixa-etária em questão visto as suas atitudes serem mais facilmente modificáveis (Corrigan & Watson, 2002; Farrer et al., 2008) – o que explica o aumento dos seus conhecimentos em torno das estratégias adequadas a utilizar de forma a promover a sua SM - tópicos estes bastante trabalhados também ao longo das sessões de PSM. O próprio formato das sessões pode ser considerado um fator crucial no impacto positivo encontrado - primaram pela realização de dinâmicas de grupo, apresentação de vídeos e debates, linguagem informal e adequada ao público-alvo em questão, tornando-as mais apelativas e, conseqüentemente, promovendo a participação e o interesse dos estudantes.

H4: No grupo de controlo, entre o pré e o pós-teste, não se esperam alterações significativas ao nível da literacia em saúde mental.

Após análise dos resultados, confirma-se a hipótese “*No grupo de controlo, entre o pré e o pós-teste, não se esperam alterações significativas ao nível da literacia em saúde mental.*”, visto não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas no grupo de controlo entre o momento prévio e posterior à intervenção, quer relativamente ao score global de LSM, quer no que diz respeito às seções em estudo, o que vai de encontro ao exposto na literatura, mais concretamente em estudos que utilizaram a comparação entre dois grupos - experimental e de controlo (Naylor, et al., 2009) . Deste modo, reforça-se assim o impacto da intervenção no estudo em questão, devendo-se, igualmente, enfatizar a importância de se realizarem mais projetos com esta metodologia, que além de se revelar mais rigorosa, possibilita uma melhor compreensão dos resultados obtidos.

H5: No pós-teste o grupo experimental apresentará um nível superior de literacia em saúde mental, comparativamente ao grupo de controlo

A hipótese de que “*No pós-teste o grupo experimental apresentará um nível superior de literacia em saúde mental, comparativamente ao grupo de controlo*”, é parcialmente aceite.

Relativamente ao score global, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos no momento posterior à avaliação.

No que concerne aos *Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental*, foram, igualmente, encontradas diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos no momento posterior à avaliação. Mesmo na análise detalhada dos itens correspondentes a esta

secção foram encontradas diferenças significativas em 11 dos 18 itens. Tal facto pode ser explicado à luz do ocorrido nas sessões de PSM, nas quais foram trabalhadas questões inerentes ao reconhecimento das PM, fatores de risco, sintomatologia e estigma, às quais o grupo de controlo não teve acesso (Jorm, et al., 2006; Rusch, et al., 2005), indo igualmente ao exposto na literatura, corroborando-se o impacto positivo das intervenções de PSM no aumento dos conhecimentos sobre questões de problemas de saúde mental (Jorm, 2000; 2012; Wei et al., 2013).

Relativamente à secção de *Procura de ajuda e competências de primeira ajuda* não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, entre ambos os grupos, o que não vai de encontro ao exposto na literatura. Na análise detalhada dos itens, só o correspondente à afirmação “Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com os pais dele.” é que revelou diferenças entre ambos os grupos, questão esta debatida nas sessões de PSM, onde, num momento prévio, os alunos afirmavam não falar com os pais por ser um problema pessoal do colega em questão, concluindo, após as sessões de PSM que a necessidade e a importância de o ajudarem passaria possivelmente pela tomada desta decisão. No entanto, é preciso ter em conta que, visto os grupos não serem equivalente relativamente às questões de Procura de ajuda e competências de primeira ajuda no momento do pré-teste, tendo existido entre eles, diferenças significativas, não torna possível compará-los.

Por fim, em relação à secção 3, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos, mais uma vez, possivelmente explicadas pelo facto do grupo de controlo não ter estado presente nas secções de PSM, onde foram trabalhadas questões relacionadas com as formas adequadas de promoverem a sua própria saúde mental. Novamente, neste caso, torna-se difícil a comparação entre ambos os grupos, visto terem sido encontradas diferenças entre eles no momento da pré-intervenção.

9. Conclusão

Os resultados obtidos no presente estudo demonstraram que os jovens do 8º ano de escolaridade, no momento prévio à intervenção, apresentavam níveis elevados de LSM. Entre a pré e a pós intervenção o grupo experimental demonstrou um aumento significativo de conhecimentos sobre problemas de SM, de procura de ajuda e de competências de primeira ajuda e ainda de estratégias de autoajuda, bem como uma redução significativa dos estereótipos. Por seu turno, no grupo de controlo, entre estes dois momentos, não se verificaram diferenças significativas nas três secções avaliadas. Na pós-avaliação o grupo experimental demonstrou diferenças significativas ao nível dos conhecimentos e das estratégias de autoajuda, quando comparado com o grupo de controlo.

Relativamente à influência do género na LSM dos jovens, não foram encontradas diferenças significativas entre os alunos de género feminino e os do género masculino. Já no que concerne à influência da proximidade a problemas de SM na LSM, também não foram encontradas diferenças significativas entre os alunos que referiram conhecer alguém com um problema de SM e aqueles que afirmaram não conhecer.

Analisando os resultados na sua globalidade, os mesmos parecem reforçar a importância de investir em intervenções de PSM nos jovens, no sentido em que parecem confirmar a eficácia deste tipo de ações no aumento da LSM dos mesmos, promovendo um aumento de conhecimentos sobre SM, o desenvolvimento de intenções comportamentais mais adequadas, bem como a redução dos estereótipos associados às PM.

Em suma, os resultados reforçaram o impacto que intervenções de PSM têm na literacia em saúde mental dos adolescentes, permitindo corroborar assim a importância de se continuar a investir nesta área, com esta população-alvo – jovens - e neste contexto – escolar – suportando o exposto na literatura existente no que concerne à eficácia das intervenções de PSM a curto-prazo na LSM dos jovens (Campos, 2013; Campos, Palha, Dias, Veiga, Lima, Costa & Duarte, 2012). Além do período de tempo, destaca-se igualmente o facto das sessões de PSM terem sido realizadas recorrendo-se a metodologias referidas pelo público-alvo em questão, como preferíveis para o seu envolvimento e motivação – visualização de vídeos, utilização de músicas, debates e dinâmicas de grupo (Woolfson et al., 2008). Apesar de ser significativo o impacto de intervenções que possibilitam o contato dos estudantes com alguém com um problema de SM (Furnham & Blythe, 2012), estas não são de fácil realização. Deste modo, a opção pela visualização de vídeos torna-se mais adequada tal como patente nas sessões de PSM, principalmente por estes terem espelhado a realidade recorrendo a figuras públicas conhecidas pelos alunos – Boss AC – mais facilmente captando a sua atenção, consciencializando-os da ideia de que as PM podem afetar qualquer pessoa.

Como limitações do presente estudo, foca-se o facto da amostra ser reduzida (N=214), bem como o facto de que alguns itens do questionário utilizado poderão ter influenciado os jovens a responder de forma socialmente desejável, principalmente nas questões relativas à predisposição para ajudar o próximo. Outro fator a ter-se em consideração é o facto dos grupos não serem equivalentes no momento anterior à intervenção, o que pode não permite interpretar os resultados obtidos, nomeadamente nas secções de Procura de ajuda e competências de primeira ajuda e das Estratégias de autoajuda, revelando à partida, o grupo de controlo conhecimentos superiores aos dos apresentados pelo grupo experimental.

A nível de investigações futuras, poderia ser pertinente analisar o impacto do nível socioeconómico e do tipo de instituição de ensino que os jovens frequentam na literacia em saúde mental dos mesmos, no sentido em que vários dados da literatura têm vindo a salientar a existência de uma relação entre estas duas variáveis e a literacia em saúde mental dos jovens (Knesebeck et

al., 2012). De facto, no âmbito do projeto “Abrir Espaço à Saúde Mental”, foi realizado o estudo “Mental Health Literacy in Students from public & private schools: Preliminary results from Finding Space to Mental Health” (Campos, Losada, Pinho, Duarte, Dias, Palha & Veiga, 2013), o qual vem reforçar os dados mencionados na literatura, visto ter indicado a possibilidade de que os jovens que frequentam o ensino privado parecem apresentar níveis superiores de literacia em saúde mental.

Por fim, importa destacar que o presente estudo parece reforçar a necessidade de se implementarem medidas de PSM nos jovens – representando este um dos objetivos do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (CNSM, 2007) - o que se torna cada vez mais prioritário dado o impacto da crise socioeconómica na incidência de problemas de saúde mental em Portugal (OPSM, 2012, 2013).

Apenas com dados concretos e atualizados sobre as perturbações mentais e a saúde mental no nosso país, se torna possível a delimitação de estratégias de prevenção e as políticas ajustadas à realidade portuguesa.

Referências Bibliográficas

- Avanci, J., Assis, S., Oliveira, R., Ferreira, R., Pesce, R. (2007). Fatores Associados aos Problemas de Saúde Mental em Adolescentes. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 23(3), 287-294.
- Campos, L., Palha, F., Dias, P. & Costa, N. (2012). UPA FAZ A DIFERENÇA – Ações de Sensibilização Pró-Saúde Mental. Consultado em: <http://www.encontrarse.pt/Default.aspx?Tag=CONTENT&ContentId=2249>
- Campos, L., Palha, F., Dias, P. & Costa N. (2012). UPA Faz a Diferença - Acções de sensibilização pró-saúde mental: Relatório final. Publicado, Porto. Disponível em: <http://www.encontrarse.pt/Default.aspx?Tag=CONTENT&ContentId=2249> [Consultado em 07/14/2012].
- Campos, L., Palha, F., Veiga, E., Dias, P. & Duarte, A., (2012), Abrir espaço à saúde mental – promoção da saúde mental em adolescentes (12-14 anos): construção de focus groups. In Pais-Ribeiro, J., Leal, I., Pereira, A. & Monteiro, S. (Eds), *Psicologia e Promoção da Saúde em doenças crónicas*. 1ª Edição, (pp. 58-61). Lisboa: Placebo Editora LDA.
- Campos, L., Palha, F., Dias, P., Lima, V., Veiga, E., Costa, N. & Duarte, A. (2012). Mental health awareness intervention in schools. *Journal of Human Growth and Development*, 22(2), 259-266.
- Chisholm, K., Patterson, P., Torgerson, C., Turner, E. & Birchwood, M. (2012). A randomised controlled feasibility trial for an educational school-based mental health intervention: study protocol. *BMC Psychiatry*, 1-7.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007 - 2016. Consultado em: http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/CC4ABF07-1E93-4181-9E9E-3B54D4C6C6A6/0/RELAT%C3%93RIOFINAL_ABRIL2007.pdf
- Cotton, S., Wright, A., Harris, M., Jorm, A. & McGorry, P. (2012). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 790–796.
- Corrigan, P., Larson, J., Sells, M., Niessen, N. & Watson, A. (2007). Will Filmed Presentations of Education and Contact Diminish Mental Illness Stigma?

- Community Mental Health Journal*, 43 (2), 171-181. doi: 10.1007/s10597-006-9061-8.
- Corrigan, P. & Shapiro, J. (2010). Measuring the Impact of Programs that Challenge the Public Stigma of Mental Illness. *Clin Psychol Rev.*, 30 (8), 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.
- Encontrar+se [Em linha]. Disponível em: <http://www.encontrarse.pt/> [Consultado em 25/09/2012].
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2009). *Educação e Sensibilização para Saúde Mental: Um Programa de Intervenção com base na Escola para Adolescentes e Jovens*. Consultado em: http://www.esenfc.pt/esenfc/projetos/index.php?target=showContent&tipo=UI&id_projeto=57&id_linha_investigacao=1&dado_pedido=Descricao&tab=dg
- Essler, V., Arthur, A. & Stickley, T. (2006). Using a school-based intervention to challenge stigmatizing attitudes and promote mental health in teenagers. *Journal of Mental Health*, 15(2), 243-250.
- Farrer, L., Leach, L., Griffiths, K., Christensen, H. & Jorm, A. (2008). Age differences in mental health literacy. *BMS Public Health*, 8(125), 1-8. doi:10.1186/1471-2458-8-125
- Hart, L., Jorm, A. & Paxton, S. (2012). Mental health first aid for eating disorders: pilot evaluation of a training program. *BMC Psychiatry*, 1-35.
- Herrman, H. (2001). The need for mental health promotion. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 709-715.
- Hocking, B. (2003). Reducing mental illness stigma and discrimination - everybody's business. *Supplement: Comprehensive care for people with schizophrenia living in the community*, 178, 47-48.
- Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*, 89, 67-79.
- Jorm, A. (2000). Mental health literacy. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- Jorm, A., Barney, L., Christensen, H., Highet, N., Kelly, C. & Kitchener, B. (2006). Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 3-5.

- Jorm, A. (2012). Mental health literacy. *American Psychologist*, 67(3), 231-243.
- Loureiro, L., Jorm, A., Mendes, A., Santos, J., Ferreira, R. & Pedreiro, A. (2013). Mental health literacy about depression: a survey of portuguese youth. *BMC Psychiatry*, 13 (129), 2-8. doi:10.1186/1471-244X-13-129
- Matos, M. (2004). Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, 3(22), 449-462.
- Mental Health and Wellbeing Strategy 2010-2013 (2010) Building our community's health & wellbeing. Consultado em: <http://www.acon.org.au/sites/default/files/ACON-Mental-Health-Strategy.pdf>
- Mental Health Literacy: A review of the literature (2007). *Bourget Management Consulting for the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health*.
- Ministério da Saúde (2006). Programa Nacional de Saúde Escolar. Consultado em: <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-0DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdeEscolar.pdf>
- Muza, G. & Costa, M. (2002). Tools for planning a project to promote adolescent health and development: the adolescents' perspective. *Caderno de Saúde Pública*, 18(1), 321-328.
- Naylor, P., Cowie, H., Walters, S., Talamelli, L. & Dawkins, J. (2009). Impact of a mental health teaching program on adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 365-370.
- Organização Mundial da Saúde (2001). Relatório sobre a Saúde no Mundo - Saúde Mental: nova conceção, nova esperança. Consultado em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>
- Programa Nacional para a Saúde Mental (2012). Reactualização do Plano Nacional de Saúde Mental. Consultado em: http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2012/06/Recalendarizac%C3%A7%C3%A3o_PNSM.pdf
- Programa Nacional de Saúde Escolar. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-0DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSaúdeEscolar.pdf>. [Consultado em 07/04/2012].
- Puolakka, K., Kiiikkala, I., Haapasalo-Pesu, K. & Paavilainen, E. (2011). Mental health promotion in the upper level of comprehensive school from the viewpoint of school personnel and mental health workers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 37-44.

- Rearley, N. & Jorm, A. (2012). Stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: Changes in Australia over 8 years. *Psychiatry Research*, 197, 302-306.
- Restrepo, M., Mora, L., Rodríguez, C. & Cristina, A. (2007). Voces del estigma - Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Médica*, 48(3), 207-220.
- Rodríguez, A. (2002). Salud Mental: Situación y Tendencias. *Revista de Salud Pública*, 4(1), 74-88.
- Rodrigues, V., Carvalho, A., Gonçalves, A. & Carvalho, G. (2007). Consultado em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6651/1/Situacoes%20de%20risco.pdf>
- Rusch, N., Angermeyer, M. & Corrigan, P. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry* 20, 529 – 539. doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.04.004
- Sakellari, E. Leino-Kilpi, H., Kalolerinou-Anagnostopoulou, (2012). Educational interventions in secondary education aiming to affect pupils' attitudes towards mental illness: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 166–176.
- Schulze, B., Richter-Werling, M., Matschinger, H. & Angermeyer, M. (2003). Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 142-150.
- Sousa, F. (2006). Prioridades de investigação em saúde mental em Portugal: As perspetivas de um Painel Delphi de psiquiatras e pedo psiquiatras. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24 (1), 103–114.
- Stormshak, E. & Connell, A. (2011). An Ecological Approach to Promoting Early Adolescent Mental Health and Social Adaptation: Family-Centered Intervention in Public Middle Schools. *Child Development*, 82(1), 209-225. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01551.x
- Stuart, H. (2006). Reaching out to high school youth: The effectiveness of a video-based antistigma program. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(10), 647-653.
- Tacker, K. & Dobie, S. (2008). MasterMind: Empower Yourself With Mental Health. A Program for Adolescents. *Journal of School Health*, 78(1), 54-57.
- Thorncroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N. & Leese, M. (2009). Padrão global de discriminação experimentada e antecipada contra pessoas com esquizofrenia:

- estudo transversal. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 12(1), 141-160. doi: 10.1016/S0140-673(08)61817-6
- Torres, C., Barbosa, S., Pinheiro, P. & Vieira, N. (2010). Health and popular education with adolescents. *Revista Rene*, 11(4), 47-56.
- Trejos-Castillo, E. & Gutiérrez-Restrepo, M. (2012). Salud Mental en la Niñez y la Adolescencia. *Revistas CES Psicología*, 5(1).
- Yap, M., Reavley, N. & Jorm, A. (2012). Intentions and helpfulness beliefs about first aid responses for young people with mental disorders: findings from two Australian national surveys of youth. *Journal of Affective Disorders*, 136, 430-442.
- Yap, M. & Jorm, A. (2012). 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.
- Wahl, O., Susin, J., Lax, A., Kaplan, L. & Zatina, D. (2012). Knowledge and Attitudes About Mental Illness: A Survey of Middle School Students. *Psychiatric Services*, 63(7), 649-654.
- Wang, J., Fick, G., Adair, C. & Lai, D. (2007). Gender specific correlates of stigma toward depression in a Canadian general population sample. *Journal of Affective Disorders*, 103, 91-97.
- Weare, K. & Nind, M. (2011). Promoting mental health of children and adolescents through schools and school based interventions. *School of Education University of Southampton*
- Wei, Y., Hayden, J., 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
- Woolfson, R., Woolfson, L., Mooney, L. & Bryce, D. (2008). Young people's views of mental health education in secondary schools: a Scottish study. *Child: care, health and development*, 35(6), 790-798. doi: 10.1111/j.1365-2214.2008.00901.x
- Woolfson, R., Woolfson, L., Mooney, L. & Bryce, D. (2008). Young people's views of mental health education in secondary schools: a Scottish study. *Child: care, health and development*, 35(6), 790-798. doi: 10.1111/j.1365-2214.2008.00901.x

Anexos

Anexo 1- Características sociodemográficas dos participantes

Tabela 1.1: *Distribuição dos participantes por cidade de residência*

Cidade de Residência	N	%
Porto	81	37.9
Matosinhos	74	34.6
Espinho	34	15.9
Vila Nova de Gaia	12	5.6

Tabela 1.2: *Problema de saúde mental assinalado*

Qual o problema de saúde mental apresentado pela pessoa conhecida	N	%
Autismo	11	5.1
Alzheimer	11	5.1
Trissomia 21	8	3.7
Depressão	6	2.8
Anorexia	4	1.9
Perturbação Bipolar	4	1.9
Deficiência Mental	4	1.9

Tabela 1.3: *Tipo de relação estabelecida com a pessoa conhecida*

Tipo de relação com pessoa com o referido problema de saúde mental	N	%
Familiar	34	15.9
Amigo(a)	42	19.6
Eu próprio(a)	3	1.4
Outra	9	4.2
Vários	1	.5

Anexo 2 – LSMq - Questionário de Literacia em Saúde Mental (Pré-Teste)

A preencher pela monitora:

Código escola: |__|__|__|__|

Este questionário tem como objetivo compreender o que é que pessoas da tua idade pensam sobre questões de saúde mental.

As questões centram-se em aspetos tais como, o que é que já ouviste falar e o que tu pensas sobre este tipo de problemas, onde é que as pessoas se devem dirigir para serem ajudadas, como estes problemas poderão ser tratados, entre outros aspetos.

No caso não quiseres responder a alguma questão, não respondas.

A preencher pelo aluno

Código do aluno (5 dígitos do nº telemóvel): |x|x|x|__|__|x|__|__|__|

Data: __/__/__

1. Qual a tua data de nascimento? __/__/____
2. És rapaz? ou És rapariga?
3. Em que ano de escolaridade estás? 7º ano 8º ano 9º ano
4. Em que cidade vives? _____
5. Qual a profissão do teu encarregado de educação? _____
 - 5.1 Neste momento, o teu encarregado de educação está a trabalhar? Sim Não
6. Conheces alguém que tem ou teve um problema de saúde mental? Sim Não Não sei
 - 6.1 Se sim, qual o problema de saúde mental? _____
 - 6.2 Qual a relação que tens com essa pessoa (selecciona abaixo)?
 - Familiar
 - Amigo(a)
 - Eu próprio(a)
 - Outra _____

Em seguida, vais encontrar várias afirmações com as quais podes, ou não, concordar.
 Para cada uma delas, indica o quanto concordas ou discordas, assinalando com uma cruz (X).
 Exemplificando, uma pessoa que concorda muito com uma afirmação:

Os jovens que praticam desporto com regularidade são mais saudáveis.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem concordo	Concordo	Concordo muito
				X

1. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, oferecia-me para ajudar.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

2. Fazer exercício físico ajuda a melhorar a saúde mental.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

3. Uma pessoa com depressão sente-se muito infeliz.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

4. Em casos de esquizofrenia, é comum as pessoas terem ideias delirantes (isto é, podem acreditar que estão a ser constantemente perseguidas e observadas).

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

5. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda da minha família.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

6. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um psicólogo.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem concordo	Concordo	Concordo muito

7. Uma perturbação mental não afeta o comportamento.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

8. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com os pais dele.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

9. Dormir bem ajuda a melhorar a saúde mental.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

10. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria ajuda profissional (psicólogo e/ou psiquiatra).

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

11. Uma pessoa com perturbação de ansiedade pode entrar em pânico perante situações de que tenha medo.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

12. As pessoas com perturbação mental são de famílias com pouco dinheiro.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

13. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu ouvia-o sem julgar ou criticar.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

14. O consumo de álcool pode causar perturbações mentais.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

15. Uma perturbação mental não afeta os sentimentos.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

16. Quanto mais cedo forem identificadas e tratadas as perturbações mentais, melhor.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

17. Só os adultos têm perturbações mentais.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

18. O mau funcionamento do cérebro pode levar ao aparecimento de perturbações mentais.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

19. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um médico.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

20. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda dos meus amigos.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

21. Ter uma alimentação equilibrada ajuda a melhorar a saúde mental.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

22. Um dos sintomas da depressão é a falta de interesse ou prazer pela maioria das coisas.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

23. Uma pessoa com perturbação de ansiedade evita situações que lhe causem desconforto.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

24. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu não podia fazer nada para o ajudar.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

25. A duração dos sintomas é um dos aspetos importantes para sabermos se uma pessoa tem, ou não tem, uma perturbação mental.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

26. A depressão não é uma verdadeira perturbação mental.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

27. O consumo de drogas pode causar perturbações mentais.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

28. Uma perturbação mental afeta os pensamentos.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

29. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com o diretor de turma ou outro professor.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

30. Fazer algo que goste ajuda a melhorar a saúde mental.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

31. Uma pessoa com esquizofrenia pode ver e ouvir coisas que mais ninguém vê e ouve.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

32. Falar com outras pessoas sobre os meus problemas ajuda a melhorar a saúde mental.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

33. Situações de grande stress podem causar perturbações mentais.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

34. Da seguinte lista, assinala com uma cruz (X) os problemas que achas que são perturbações mentais (podes assinalar mais do que uma opção):

Ansiedade generalizada	<input type="checkbox"/>	Depressão	<input type="checkbox"/>
Paralisia cerebral	<input type="checkbox"/>	AVC	<input type="checkbox"/>
Trissomia 21	<input type="checkbox"/>	Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>
Parkinson	<input type="checkbox"/>		

Anexo 3 – LSMq – Questionário de Literacia em Saúde Mental (Pós-Teste)

A preencher pela monitora: Código escola: |__|__|__|__|

A preencher pelo aluno:

Código (5 dígitos do nº telemóvel): |x|x|x|__|__|x|__|__|__|

Data: __/__/__

Em seguida, vais encontrar várias afirmações com as quais podes, ou não, concordar. Para cada uma delas, indica o quanto concordas ou discordas, assinalando com uma cruz (X). Exemplificando, uma pessoa que concorda muito com uma afirmação:

Os jovens que praticam desporto com regularidade são mais saudáveis.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito
				X

1. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, oferecia-me para ajudar.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

2. Fazer exercício físico ajuda a melhorar a saúde mental.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

3. Uma pessoa com depressão sente-se muito infeliz.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

4. Em casos de esquizofrenia, é comum as pessoas terem ideias delirantes (isto é, podem acreditar que estão a ser constantemente perseguidas e observadas).

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

5. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda da minha família.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

6. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um psicólogo.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

7. Uma perturbação mental não afeta o comportamento.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

8. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com os pais dele.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

9. Dormir bem ajuda a melhorar a saúde mental.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

10. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria ajuda profissional (psicólogo e/ou psiquiatra).

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

11. Uma pessoa com perturbação de ansiedade pode entrar em pânico perante situações de que tenha medo.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

12. As pessoas com perturbação mental são de famílias com pouco dinheiro.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

13. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu ouvia-o sem julgar ou criticar.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

14. O consumo de álcool pode causar perturbações mentais.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

15. Uma perturbação mental não afeta os sentimentos.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

16. Quanto mais cedo forem identificadas e tratadas as perturbações mentais, melhor.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

17. Só os adultos têm perturbações mentais.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

18. O mau funcionamento do cérebro pode levar ao aparecimento de perturbações mentais.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

19. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um médico.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

20. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda dos meus amigos.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

21. Ter uma alimentação equilibrada ajuda a melhorar a saúde mental.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

22. Um dos sintomas da depressão é a falta de interesse ou prazer pela maioria das coisas.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

23. Uma pessoa com perturbação de ansiedade evita situações que lhe causem desconforto.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

24. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu não podia fazer nada para o ajudar.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

25. A duração dos sintomas é um dos aspetos importantes para sabermos se uma pessoa tem, ou não tem, uma perturbação mental.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

26. A depressão não é uma verdadeira perturbação mental.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

27. O consumo de drogas pode causar perturbações mentais.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito



28. Uma perturbação mental afeta os pensamentos.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

29. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com o diretor de turma ou outro professor.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

30. Fazer algo que goste ajuda a melhorar a saúde mental.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

31. Uma pessoa com esquizofrenia pode ver e ouvir coisas que mais ninguém vê e ouve.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

32. Falar com outras pessoas sobre os meus problemas ajuda a melhorar a saúde mental.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

33. Situações de grande stress podem causar perturbações mentais.

Discordo muito	Discordo	Não concordo,	Concordo	Concordo muito

34. Da seguinte lista, assinala com uma cruz (X) os problemas que achas que são perturbações mentais (podes assinalar mais do que uma opção):

Ansiedade generalizada	<input type="checkbox"/>	Depressão	<input type="checkbox"/>
Paralisia cerebral	<input type="checkbox"/>	AVC	<input type="checkbox"/>
Trissomia 21	<input type="checkbox"/>	Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>
Parkinson	<input type="checkbox"/>		

Anexo 4 – Pedido de Autorização à Comissão Nacional de Protecção de Dados



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 a 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:

Rua de São Bento, 148-3.º • 1200-821 LISBOA
Tel: 213 928 400 Fax: 213 976 832
geral@cnpd.pt www.cnpd.pt

21 393 00 39
Linha Privacidade
Dias úteis das 10 às 13 h
duvidas@cnpd.pt

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.

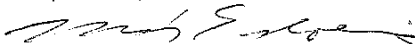
Transferências de dados para países terceiros: Não há.

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_saude mental@porto.ucp.pt

Faculdade de Educação e
Psicologia - Universidade
Católica Portuguesa

[Sair](#)

Área reservada

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

- Início
- Pesquisar inquéritos

Dados do Inquérito

Número de registo:

0128800003

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, prevendo-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 "LUPA 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 Direcção-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](#) |

Anexo 6 – Consentimento Informado – Encarregado de Educação – Grupo Experimental

Porto, 20 de Outubro de 2012

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

A 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) e em parceria com a Encontrar+se, encontra-se a desenvolver o projecto *Abrir Espaço à Saúde Mental – Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14 anos)*.

O projeto Abrir Espaço à Saúde Mental tem como público-alvo **jovens do 3º ciclo do ensino básico**.

O objetivo geral centra-se em contribuir para o **aumento do conhecimento dos jovens sobre questões de saúde mental** no sentido de, por um lado sensibilizar para a necessidade de promoção da sua saúde mental/ bem-estar e, por outro lado, diminuir as atitudes estigmatizantes e discriminatórias, incentivando a procura precoce de ajuda.

O projeto contempla a realização de **2 sessões**, a realizar com o intervalo de 1 semana.

- As sessões serão realizadas em sala de aula, junto de turmas do **7º, 8º e 9º anos**;
- As sessões serão realizadas em horário letivo, sendo que cada uma tem a duração de **90 min**;
- As sessões serão dinamizadas por uma psicóloga;
- As sessões pretendem transmitir informações sobre questões relacionadas com a saúde mental e desenvolver estratégias de promoção de saúde mental utilizando-se, para tal, **dinâmicas de grupo, promoção do debate, vídeos, música**, entre outras.

As sessões contemplam o preenchimento de **1 questionário** em 2 momentos (início da primeira sessão e fim da segunda sessão), para **avaliar a eficácia das sessões** desenvolvidas. O questionário é constituído por algumas questões sociodemográficas e por questões relativas a conhecimentos sobre saúde mental.

Garante-se o **anonimato** e a **confidencialidade** relativa aos participantes 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, vimos por este meio solicitar a sua autorização para que o seu educando participe neste projeto. Para a formalização desta autorização, agradecemos que lesse e assinasse o consentimento informado que junto anexamos.

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 este projeto, bem como em que consiste a participação do meu educando no mesmo:

1. Participar em 2 sessões - de 90 min cada, realizadas em horário letivo, com o intervalo de uma semana - juntamente com outros colegas, em que vão ser abordadas conhecimentos relacionados com a saúde mental e a promoção da saúde mental.
2. Responder a um questionário breve sobre conhecimentos de saúde mental, totalmente anónimo e confidencial, precedido da recolha de alguns dados sociodemográficos – idade; género; ano de escolaridade; cidade de residência; profissão e situação profissional do encarregado de educação; conhecimento de alguém com um problema de saúde mental –, sendo que em momento algum será registado o nome/identificação do seu educando.

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

Foi-me dada 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: ___ / ___ / ___

Anexo 7 – Consentimento Informado – Encarregado de Educação – Grupo de Controlo

Porto, 20 de Outubro de 2012

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

A 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) e em parceria com a Encontrar+se, encontra-se a desenvolver o projecto *Abrir Espaço à Saúde Mental – Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14 anos)*.

O projeto Abrir Espaço à Saúde Mental tem como público-alvo **jovens do 3º ciclo do ensino básico**.

O objetivo geral centra-se em contribuir para o **aumento do conhecimento dos jovens sobre questões de saúde mental** no sentido de, por um lado sensibilizar para a necessidade de promoção da sua saúde mental/ bem-estar e, por outro lado, diminuir as atitudes estigmatizantes e discriminatórias, incentivando a procura precoce de ajuda.

Para participação neste projeto, será pedido ao seu educando que preencha, em **dois momentos** distintos, um **questionário breve sobre conhecimentos de saúde mental**. O preenchimento do questionário ocupará cerca de 15 minutos, sendo precedido da recolha de alguns dados sociodemográficos (designadamente, idade, género, ano de escolaridade, cidade de residência, profissão e situação profissional do encarregado de educação, conhecimento de alguém com um problema de saúde mental).

Garante-se o **anonimato** e a **confidencialidade** relativa aos participantes 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, vimos por este meio solicitar a sua autorização para que o seu educando participe neste projeto. Para a formalização desta autorização, agradecemos que lesse e assinasse o consentimento informado que junto anexamos.

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 este projeto, bem como em que consiste a participação, neste momento, do meu educando no mesmo:

- Preencher um questionário breve sobre conhecimentos de saúde mental, totalmente anónimo e confidencial, precedido da recolha de alguns dados sociodemográficos – idade; género; ano de escolaridade; cidade de residência; profissão e situação profissional do encarregado de educação; conhecimento de alguém com um problema de saúde mental –, sendo que em momento algum será registado o nome/identificação do seu educando.

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

Foi-me dada 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: ___ / ___ / ___

Anexo 8 – Consentimento Informado – Participantes – Grupo Experimental

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 este projeto, bem como em que consiste a minha participação no mesmo:

1. Responder a um questionário breve sobre conhecimentos de saúde mental;
2. Participar em 2 sessões de promoção de saúde mental de cerca de 90 min, juntamente com outros colegas, em que vão ser abordados conhecimentos sobre saúde mental e estratégias de promoção da saúde mental.

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

Foi-me dada 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 todo o tempo a minha participação no projeto, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo.

Por isso, consinto participar neste projeto.

Data: ___ / ___ / ___

Anexo 9 – Consentimento Informado – Participantes – Grupo de Controlo

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 este projeto, bem como em que consiste, neste momento, a minha participação no mesmo:

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

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

Foi-me dada 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 todo o tempo a minha participação no projeto, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo.

Por isso, consinto participar neste projeto.

Data: ___ / ___ / ___

Anexo 10. Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental (Pré-Teste)

Tabela 10.1: *Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental – score total*

Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental	Amostra		
	N	M	DP
	186	3.74	.413

Tabela 10.2: *Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental – análise detalhada*

Itens	Amostra		
	N	M	DP
16. Quanto mais cedo forem identificadas e tratadas as perturbações mentais, melhor.	214	4.31	.786
27. O consumo de drogas pode causar perturbações mentais.	210	4.20	.755
11. Uma pessoa com perturbação de ansiedade pode entrar em pânico perante situações de que tenha medo.	211	4.06	.744
14. O consumo de álcool pode causar perturbações mentais.	213	3.86	.829
33. Situações de grande stress podem causar perturbações mentais.	213	3.85	.791
7. Uma perturbação mental não afeta o comportamento.	212	3.76	.867
28. Uma perturbação mental afeta os pensamentos.	209	3.76	.780
3. Uma pessoa com depressão sente-se muito infeliz.	213	3.75	1.141
4. Em casos de esquizofrenia, é comum as pessoas terem ideias delirantes (isto é, podem acreditar que estão a ser constantemente perseguidas e observadas).	201	3.66	.759
23. Uma pessoa com perturbação de ansiedade evita situações que lhe causem desconforto.	209	3.60	.809
22. Um dos sintomas da depressão é a falta de interesse ou prazer pela maioria das coisas	212	3.58	.892
18. O mau funcionamento do cérebro pode levar ao aparecimento de perturbações mentais.	212	3.50	.751
25. A duração dos sintomas é um dos aspetos importantes para sabermos se uma pessoa tem, ou não tem, uma perturbação mental	208	3.47	.780
31. Uma pessoa com esquizofrenia pode ver e ouvir coisas que mais ninguém vê e ouve.	200	3.43	.905
15. Uma perturbação mental não afeta os sentimentos.	214	3.42	1.151

Anexo 11. Procura de ajuda e competências de primeira ajuda (Pré-Teste)

Tabela 11.1: *Procura de ajuda e competências de primeira ajuda – score total*

Procura de ajuda e competências de primeira ajuda	Amostra Total		
	N	M	DP
	206	4.18	.462

Tabela 11.2: *Procura de ajuda e competências de primeira ajuda – análise detalhada*

Itens	Amostra Total		
	N	M	DP
5. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda da minha família.	213	4.56	.653
1. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, oferecia-me para ajudar.	214	4.49	.595
13. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu ouvia-o sem julgar ou criticar.	214	4.38	.680
10. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria ajuda profissional (psicólogo e/ou psiquiatra).	213	4.29	.818
24. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu não podia fazer nada para o ajudar	213	4.23	.828
6. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um psicólogo	214	4.22	.471
19. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um médico.	213	4.19	.735
8. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com os pais dele.	208	3.82	.837
29. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com o diretor de turma ou outro professor	212	3.79	.916
20. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda dos meus amigos	212	3.77	.996

Anexo 12 - Estratégias de autoajuda (Pré-Teste)Tabela 12.1: *Estratégias de autoajuda – score total*

Estratégias de autoajuda	Amostra		
	N	M	DP
	204	3.89	.593

Tabela 12.2: *Estratégias de autoajuda – análise detalhada*

Itens	Amostra		
	N	M	DP
9. Dormir bem ajuda a melhorar a saúde mental	208	4.06	.844
30. Fazer algo que goste ajuda a melhorar a saúde mental	211	3.95	.821
2. Fazer exercício físico ajuda a melhorar a saúde mental	210	3.94	.881
32. Falar com outras pessoas sobre os meus problemas ajuda a melhorar a saúde mental.	212	3.85	.909
21. Ter uma alimentação equilibrada ajuda a melhorar a saúde mental	211	3.69	.898

Anexo 13 - Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo ao nível da literacia em saúde mental (Pré-Teste)

Tabela 13.1: *Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo ao nível da LSM – score global*

	Grupo Experimental	Grupo Controlo	t(176)
	(N=83)	(N=95)	
	Média (DP)	Média (DP)	
<i>Literacia em Saúde Mental</i>	3.69 (.273)	3.76 (.309)	1.58*

*p=.223

Tabela 13.2: *Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo face aos Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental - score total*

	Grupo Experimental	Grupo Controlo	t	df	Sig
	(N=86)	(N=100)			
	Média (DP)	Média (DP)			
Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	3.73 (.373)	3.74 (.447)	.180	184	.857

*p=.141

Tabela 13.3: *Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo no que refere à Procura de ajuda e competências de primeira ajuda – score total*

	Grupo Experimental	Grupo Controlo	t	df	Sig
	(N=99)	(N=107)			
	Média (DP)	Média (DP)			
Procura de ajuda e competências de primeira ajuda	4.11 (.459)	4.24 (.459)	1.98	204	.048

*p=.048

Tabela 13.4: *Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo no que refere às Estratégias de autoajuda – score total*

	Grupo Experimental	Grupo Controlo	t	df	Sig
	(N=98)	(N=106)			
	Média (DP)	Média (DP)			
Estratégias de autoajuda	3.79 (.542)	3.99 (.625)	2.39	202	.017

*p=.017

Anexo 14 - Diferenças de género ao nível da literacia em saúde mental (Pré-Teste)

Tabela 14.1: *Diferenças de género quanto ao score global de LSM*

	Literacia em Saúde Mental			t(176)
	N	P	DP	
Grupo Masculino	90	3.75	.310	1.12*
Grupo Feminino	88	3.70	.276	

*p=.676

Tabela 14.2: *Diferenças de género quanto aos Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental – score total*

	Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental			t	df	Sig
	N	P	DP			
Grupo Masculino	95	3.78	.447	1.30	184	.195*
Grupo Feminino	91	3.70	.373			

*p=.195

Tabela 14.3: *Diferenças de género quanto aos Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental – análise detalhada*

Itens	Género Masculino			Género Feminino			U	p
	N	M	DP	N	M	DP		
3. Uma pessoa com depressão sente-se muito infeliz	111	3.79	1.096	101	3.70	1.196	5463,500	.739
4. Em casos de Esquizofrenia, é comum as pessoas terem ideias delirantes (isto é, podem acreditar que estão a ser constantemente perseguidas ou observadas)	105	3.67	.768	95	3.65	.755	4892,000	.801
11. Uma pessoa com perturbação de ansiedade pode entrar em pânico perante situações de que tenha medo.	109	4.09	.688	101	4.03	.806	5380,500	.759
14. O consumo de álcool pode causar perturbações mentais	112	3.91	.896	100	3.80	.752	5085,500	.215
16. Quanto mais cedo forem identificadas e tratadas as perturbações mentais, melhor.	112	4.29	.824	101	4.33	.750	5619,500	.929
18. O mau funcionamento do cérebro pode levar ao aparecimento de perturbações mentais	110	3.60	.792	101	3.40	.694	4754,500	.048
22. Um dos sintomas da depressão é a falta de interesse ou prazer pela maioria das coisas.	110	3.60	.869	101	3.55	.922	5473,500	.844
23. Uma pessoa com perturbação de ansiedade evita situações que lhe causem desconforto	109	3.70	.822	99	3.48	.787	4622,500	.054
25. A duração dos sintomas é um dos aspetos importantes para sabermos se uma pessoa tem, ou não tem, uma perturbação mental.	108	3.50	.779	99	3.43	.785	5066,000	.476

27. O consumo de drogas pode causar perturbações mentais.	108	4.25	.775	101	4.14	.735	4934,500	.192
28. Uma perturbação mental afeta os pensamentos.	108	3.79	.809	100	3.73	.750	5170,500	.563
31. Uma pessoa com esquizofrenia pode ver e ouvir coisas que mais ninguém vê e ouve.	104	3.48	.881	95	3.39	.937	4698,000	.522
33. Situações de grande stress podem causar perturbações mentais.	111	3.91	.804	101	3.80	.775	5135,000	.253
7. Uma perturbação mental não afeta o comportamento.	111	3.72	.916	101	3.80	.813	5405,500	.633
15. Uma perturbação mental não afeta os sentimentos.	112	3.40	1.150	101	3.43	1.161	5594,500	.887
<i>Estereótipos</i>								
26. A depressão não é uma verdadeira perturbação mental.	106	2.61	1.038	100	2.64	1.087	5215,500	.838
17. Só os adultos têm perturbações mentais	112	1.59	.844	101	1.51	.673	5585,000	.857
12. As pessoas com perturbação mental são de famílias com pouco dinheiro	111	1.59	.899	101	1.42	.738	5122,000	.191

Tabela 14.3: *Diferenças de género quanto aos Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental – análise detalhada (Continuação)*

Tabela 14.4: *Diferenças de género ao nível da Procura de ajuda e competências de primeira ajuda – score total*

	Procura de ajuda e competências de primeira			t	df	Sig
	N	P	DP			
Grupo Masculino	108	4.15	.478	-.758	203	.449
Grupo Feminino	97	4.20	.448			

Tabela 14.5: *Diferenças de género ao nível da Procura de ajuda e competências de primeira ajuda – análise detalhada*

Itens	Género Masculino			Género Feminino			U	p
	N	M	DP	N	M	DP		

1. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, oferecia-me para ajudar.	112	4.49	.630	101	4.49	.559	5503,500	.698
5. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda da minha família.	112	4.56	.641	100	4.56	.671	5567,000	.930
6. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um psicólogo.	112	4.21	.784	101	4.23	.760	5581,000	.854
8. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com os pais dele.	110	3.82	.848	97	3.80	.825	5243,000	.816
10. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria ajuda profissional (psicólogo e/ou psiquiatra).	112	4.29	.864	100	4.30	.772	5536,000	.875
13. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu ouvia-o sem julgar.	112	4.33	.715	101	4.44	.639	5263,000	.332
19. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um médico.	111	4.12	.806	101	4.27	.646	5164,000	.273
20. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda dos meus amigos.	111	3.68	1.018	100	3.87	.971	4986,000	.175
29. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com o diretor de turma ou outro professor.	111	3.83	.893	100	3.75	.947	5302,500	.547
24. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu não podia fazer nada para o ajudar.	111	4.17	.893	101	4.29	.753	5326,000	.497

Tabela 14.5: Diferenças de género ao nível da Procura de ajuda e competências de primeira ajuda – análise detalhada (Continuação)

Tabela 14.6: Diferenças de género quanto às Estratégias de autoajuda – score total

	Estratégias de Autoajuda			t	df	Sig
	N	P	DP			
Grupo Masculino	105	3.94	.623	1.068	202	.287
Grupo Feminino	99	3.85	.560			

Tabela 14.7: *Diferenças de género quanto às Estratégias de autoajuda – análise detalhada*

Itens	Género Masculino			Género Feminino			U	p
	N	M	DP	N	M	DP		
2. Fazer exercício físico ajuda a melhorar a saúde mental.	110	3.98	.846	100	3.89	.920	5195,500	.465
9. Dormir bem ajuda a melhorar a saúde mental.	108	4.06	.895	99	4.06	.793	5259,000	.830
21. Ter uma alimentação equilibrada ajuda a melhorar a saúde mental.	110	3.79	.939	100	3.57	.844	4642,000	.039
30. Fazer algo que goste ajuda a melhorar a saúde mental.	109	3.96	.892	101	3.94	.746	5214,000	.476
32. Falar com outras pessoas sobre os meus problemas ajuda a melhorar a saúde mental.	110	3.91	.884	101	3.79	.941	5199,000	.392

Tabela 14.7: *Diferenças de género quanto às Estratégias de autoajuda – análise detalhada (Continuação)*

Anexo 15 - Diferenças na Literacia em Saúde Mental, em relação à proximidade a problemas de saúde mental (Pré-Teste)

Tabela 15.1: *Diferenças ao nível do score total de LSM, em relação à proximidade a problemas de saúde mental*

Proximidade a Problemas de saúde mental	Score Total LSM			t(123)
	N	M	DP	
Sim	75	3.76	.294	
Não	50	3.70	.315	1.223*

*p=.803

Tabela 15.2: *Diferenças ao nível dos Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental, em relação à proximidade a problemas de saúde mental- score total*

Proximidade a Problemas de saúde mental	Conhecimentos sobre problemas de saúde mental			t	Df	Sig
	N	M	DP			
Sim	76	3.78	.384			
Não	55	3.68	.419	1.464	129	.146

Tabela 15.3: *Diferenças nos Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental em relação à proximidade a alguém com problemas de saúde mental – análise detalhada*

Itens	Sim			Não			U	p
	N	M	DP	N	M	DP		
3. Uma pessoa com depressão sente-se muito infeliz	83	3.86	1.149	66	3.58	1.203	2356,000	.127
4. Em casos de Esquizofrenia, é comum as pessoas terem ideias delirantes (isto é, podem acreditar que estão a ser constantemente perseguidas ou observadas	80	3.73	.729	63	3.59	.835	2323,000	.388
7. Uma perturbação mental não afeta o comportamento.	84	3.83	.862	65	3.72	.857	2513,000	.375
11. Uma pessoa com perturbação de ansiedade pode entrar em pânico perante situações de que tenha medo.	84	4.17	.691	65	4.06	.747	2528,500	.397
14. O consumo de álcool pode causar perturbações mentais	83	3.93	.921	66	3.80	.789	2407,000	.174
15. Uma perturbação mental não afeta os sentimentos.	84	3.39	1.203	66	3.47	1.084	2712,000	.813
16. Quanto mais cedo forem identificadas e tratadas as perturbações mentais, melhor.	84	4.35	.720	66	4.32	.807	2767,500	.985
18. O mau funcionamento do cérebro pode levar ao aparecimento de perturbações mentais	84	3.61	.728	64	3.53	.734	2463,500	.341
22. Um dos sintomas da depressão é a falta de interesse ou prazer pela maioria das coisas.	84	3.51	.938	65	3.71	.914	2424,000	.214
23. Uma pessoa com perturbação de ansiedade evita situações que lhe causem desconforto	82	3.62	.748	64	3.59	.868	2595,500	.903

25. A duração dos sintomas é um dos aspetos importantes para sabermos se uma pessoa tem, ou não tem, uma perturbação mental.	82	3.48	.849	65	3.43	.728	2547,000	.616	
27. O consumo de drogas pode causar perturbações mentais.	83	4.24	.742	63	4.21	.806	2583,000	.891	
28. Uma perturbação mental afeta os pensamentos.	81	3.81	.838	65	3.77	.724	2487,500	.532	
31. Uma pessoa com esquizofrenia pode ver e ouvir coisas que mais ninguém vê e ouve.	81	3.49	.839	61	3.28	.933	2203,500	.234	
33. Situações de grande stress podem causar perturbações mentais.	83	3.96	.740	66	3.76	.805	2345,000	.103	
<i>Estereótipos</i>									
26. A depressão não é uma verdadeira perturbação mental.	83	2.57	1.095	62	2.61	1.030	2473,000	.679	
17. Só os adultos têm perturbações mentais	84	1.45	.842	65	1.40	.657	2688,000	.708	
12. As pessoas com perturbação mental são de famílias com pouco dinheiro	84	1.45	.842	65	1.40	.657	2707,000	.913	

Tabela 15.3: Diferenças nos Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental em relação à proximidade a alguém com problemas de saúde mental – análise detalhada (Continuação)

Tabela 15.4: Diferenças ao nível da Procura de ajuda e competências de primeira ajuda, em relação à proximidade a problemas de saúde mental – score total

Proximidade a Problemas de saúde mental	Procura de ajuda e competências de primeira ajuda			t	df	Sig
	N	M	DP			
Sim	81	4.25	.447			
Não	64	4.20	.477	.609	143	.544

Tabela 15.5: *Diferenças ao nível da procura de ajuda e competências de primeira ajuda em relação à proximidade a alguém com problemas de saúde mental – análise detalhada*

Itens	Sim			Não			U	p
	N	M	DP	N	M	DP		
1. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, oferecia-me para ajudar.	84	4.54	.590	66	4.55	.532	2753,500	.935
5. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda da minha família.	83	4.65	.551	66	4.44	.787	2394,500	.119
6. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um psicólogo.	84	4.33	.734	66	4.24	.703	2536,000	.322
8. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com os pais dele.	82	3.89	.786	64	3.89	.875	2578,500	.845
10. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria ajuda profissional (psicólogo e/ou psiquiatra).	83	4.43	.784	66	4.41	.744	2662,500	.742
13. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu ouvia-o sem julgar.	84	4.52	.591	66	4.35	.734	2454,000	.176
19. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um médico.	84	4.21	.695	66	4.24	.703	2711,000	.797
20. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda dos meus amigos.	83	3.88	1.052	66	3.73	.969	2400,000	.167
29. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com o diretor de turma ou outro professor.	82	3.88	.837	66	3.86	.926	2704,000	.993
24. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu não podia fazer nada para o ajudar.	83	4.14	.857	66	4.30	.784	2459,500	.248

Tabela 15.6: *Diferenças ao nível das Estratégias de autoajuda em relação à proximidade a problemas de saúde mental – score total*

Proximidade a Problemas de saúde mental	Estratégias de autoajuda			t	df	Sig
	N	M	DP			
Sim	82	3.94	.634			
Não	60	3.91	.625	.302	140	.763

Tabela 15.7: *Diferenças ao nível das Estratégias de autoajuda, em relação à proximidade a problemas de saúde mental – análise detalhada*

Itens	Sim			Não			U	p
	N	M	DP	N	M	DP		
2. Fazer exercício físico ajuda a melhorar a saúde mental.	83	4.01	.904	64	3.95	.898	2566,500	.712
9. Dormir bem ajuda a melhorar a saúde mental.	82	4.06	.866	63	4.11	.863	2520,000	.789
21. Ter uma alimentação equilibrada ajuda a melhorar a saúde mental.	83	3.75	.973	64	3.80	.894	2636,000	.934
30. Fazer algo que goste ajuda a melhorar a saúde mental.	83	3.95	.936	64	3.92	.762	2520,000	.572
32. Falar com outras pessoas sobre os meus problemas ajuda a melhorar a saúde mental.	83	3.94	.874	65	3.85	.870	2479,500	.367

Anexo 16 - Impacto da intervenção de promoção de saúde mental na Literacia em Saúde Mental (Pós-Teste)

Tabela 16.1: *Diferenças no grupo experimental quanto ao score total de LSM na Pós-intervenção*

Tipo de Grupo	Pré-Teste			Pós-Teste			T	p
	N	M	DP	N	M	DP		
Grupo Experimental	69	3.69	.286	69	4.01	.308	(68)-8.07	<.001

Tabela 16.2: *Diferenças no grupo experimental quanto aos Conhecimentos sobre problemas de saúde mental entre a pré e a pós-intervenção*

Tipo de Grupo	Pré-Teste			Pós-Teste			T	p
	N	M	DP	N	M	DP		
Grupo Experimental	73	3.74	.381	73	4.19	.427	(72)-8.78	<.001

Tabela 16.3: *Diferenças significativas no grupo experimental quanto aos conhecimentos/estereótipos sobre problemas de saúde mental – análise detalhada*

Itens	Pré-Teste			Pós-Teste			Z	p
	N	M	DP	N	M	DP		
3. Uma pessoa com depressão sente-se muito infeliz	93	3.71	1.109	93	3.99	1.005	-2,368	.018
4. Em casos de Esquizofrenia, é comum as pessoas terem ideias delirantes (isto é, podem acreditar que estão a ser constantemente perseguidas ou observadas	87	3.68	.723	87	4.57	.622	-6,464	<.001
11. Uma pessoa com perturbação de ansiedade pode entrar em pânico perante situações de que tenha medo.	94	3.99	.696	94	4.27	.706	-3,020	.003
14. O consumo de álcool pode causar perturbações mentais	94	3.88	.828	94	4.15	.733	-2,436	.015
16. Quanto mais cedo forem identificadas e tratadas as perturbações mentais, melhor.	94	4.23	.782	94	4.44	.727	-2,355	.019
18. O mau funcionamento do cérebro pode levar ao aparecimento de perturbações mentais	95	3.42	.807	95	3.76	.768	-2,798	.005
22. Um dos sintomas da depressão é a falta de interesse ou prazer pela maioria das coisas.	94	3.54	.851	94	4.14	.798	-4,667	<.001
23. Uma pessoa com perturbação de ansiedade evita situações que lhe causem desconforto	93	3.59	.783	93	4.02	.691	-3,927	<.001
25. A duração dos sintomas é um dos aspetos importantes para sabermos se uma pessoa tem, ou não tem, uma perturbação mental.	92	3.49	.749	92	4.36	.720	-6,231	<.001
27. O consumo de drogas pode causar perturbações mentais.	90	4.22	.683	90	4.38	.610	-1,905	.057
28. Uma perturbação mental afeta os pensamentos.	93	3.83	.746	93	3.86	.855	-,388	.698
31. Uma pessoa com esquizofrenia pode ver e ouvir coisas que mais ninguém vê e ouve.	88	3.44	.882	88	4.44	.692	-6,714	<.001
33. Situações de grande stress podem causar perturbações mentais.	95	3.80	.752	95	4.22	.639	-4,381	<.001
7. Uma perturbação mental não afeta o comportamento.	92	3.88	.796	92	4.09	.834	-2,036	.042
15. Uma perturbação mental não afeta os sentimentos.	93	3.39	1.142	93	3.74	.999	-2,867	.004
Estereótipos								
26. A depressão não é uma verdadeira perturbação mental.	93	2.75	1.129	93	2.20	1.185	-3,511	<.001
12. As pessoas com perturbação mental são de família com pouco dinheiro.	95	1.42	.708	95	1.45	.726	-,059	.953
17. Só os adultos têm perturbações mentais.	95	1.60	.690	95	1.49	.599	-1,133	.257

Tabela 16.4: *Diferenças no grupo experimental relativamente à Procura de ajuda e competências de primeira ajuda, entre a pré e a pós-intervenção*

Tipo de Grupo	Pré-Teste			Pós-Teste			T	p
	N	M	DP	N	M	DP		
Grupo experimental	91	4.12	.471	91	4.25	.487	(90)-2.83	.006

Tabela 16.5: *Diferenças significativas no grupo experimental relativamente à Procura de ajuda e competências de primeira ajuda – análise detalhada*

Itens	Pré-Teste			Pós-Teste			Z	p
	N	M	DP	N	M	DP		
1. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, oferecia-me para ajudar.	95	4.49	.599	95	4.61	.570	-1,421	.155
5. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda da minha família.	94	4.55	.666	94	4.31	.790	-2,556	.011
6. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um psicólogo.	95	4.12	.742	95	4.26	.747	-1,763	.078
8. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com os pais dele.	94	3.78	.952	94	4.22	.750	-3,553	<.001
10. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria ajuda profissional (psicólogo e/ou psiquiatra).	95	4.08	.953	95	4.24	.754	-1,158	.247
13. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu ouvia-o sem julgar.	94	4.34	.681	94	4.47	.581	-1,615	.106
19. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um médico.	94	4.17	.666	94	4.29	.785	-1,416	.157
20. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda dos meus amigos.	95	3.76	1.028	95	3.93	.914	-1,663	.096
29. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu	95	3.66	.952	95	3.96	1.010	-2,304	.021

falava com o diretor de turma ou outro professor.

24. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu não podia fazer nada para o ajudar.

Tabela 16.5: *Diferenças significativas no grupo experimental relativamente à Procura de ajuda e competências de primeira ajuda – análise detalhada (Continuação)*

Tabela 16.6: *Diferenças no grupo experimental face às Estratégias de auto-ajuda entre a pré e a pós-intervenção*

Tipo de Grupo	Pré-Teste			Pós-Teste			T	p
	N	M	DP	N	M	DP		
Grupo experimental	92	3.81	.536	91	4.20	.488	(91)-6.26	<.001

Tabela 16.7: *Diferenças significativas no grupo experimental relativamente aos itens pertencentes à secção “Estratégias de auto-ajuda” entre a pré e a pós-intervenção*

Itens	Pré-Teste			Pós-Teste			Z	p
	N	M	DP	N	M	DP		
2. Fazer exercício físico ajuda a melhorar a saúde mental.	94	3.85	.892	94	4.36	.716	-4,245	<.001
9. Dormir bem ajuda a melhorar a saúde mental.	94	4.03	.782	94	4.17	.771	-1,474	.141
21. Ter uma alimentação equilibrada ajuda a melhorar a saúde mental.	95	3.48	.886	95	4.09	.813	-5,049	<.001
30. Fazer algo que goste ajuda a melhorar a saúde mental.	94	3.91	.812	94	4.35	.667	-4,331	<.001
32. Falar com outras pessoas sobre os meus problemas ajuda a melhorar a saúde mental.	94	3.74	.891	94	4.01	.726	-2,549	.011

Tabela 16.8: *Diferenças no grupo de controlo quanto ao score total de LSM entre a pré e a pós-avaliação*

Tipo de Grupo	Pré-Teste			Pós-Teste			T	P
	N	M	DP	N	M	DP		
Grupo Controlo	80	3.75	.310	80	3.72	.344	(79)1.151	.253

Tabela 16.9: *Diferenças no grupo de controlo quanto aos Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental – score total (Pré-Teste e Pós-Teste)*

Tipo de Grupo	Pré-Teste			Pós-Teste			T	P
	N	M	DP	N	M	DP		
Grupo controlo	88	3.75	.458	88	3.75	.465	(87).020	.984

Tabela 16.10: *Diferenças no grupo de controlo quanto aos itens pertencentes à secção “Conhecimentos sobre problemas de saúde mental” entre a pré e a pós-avaliação*

Itens	Pré-Teste			Pós-Teste			Z	P
	N	M	DP	N	M	DP		
3. Uma pessoa com depressão sente-se muito infeliz	106	3.76	1.208	106	3.77	1.072	-,042	.967
4. Em casos de Esquizofrenia, é comum as pessoas terem ideias delirantes (isto é, podem acreditar que estão a ser constantemente perseguidas ou observadas)	99	3.60	.794	99	3.68	.780	-1,119	.263
11. Uma pessoa com perturbação de ansiedade pode entrar em pânico perante situações de que tenha medo.	103	4.09	.781	103	4.07	.783	-,145	.885
14. O consumo de álcool pode causar perturbações mentais	105	3.84	.845	105	3.80	.848	-,496	.620
16. Quanto mais cedo forem identificadas e tratadas as perturbações mentais, melhor.	106	4.41	.740	106	4.25	.781	-1,940	.052
18. O mau funcionamento do cérebro pode levar ao aparecimento de perturbações mentais	103	3.57	.709	103	3.47	.802	-1,230	.219
22. Um dos sintomas da depressão é a falta de interesse ou prazer pela maioria das coisas.	104	3.60	.950	104	3.78	.836	-2,070	.038

23. Uma pessoa com perturbação de ansiedade evita situações que lhe causem desconforto	103	3.58	.835	103	3.76	.822	-1,908	.056
25. A duração dos sintomas é um dos aspetos importantes para sabermos se uma pessoa tem, ou não tem, uma perturbação mental.	103	3.47	.814	103	3.50	.752	-,335	.738
27. O consumo de drogas pode causar perturbações mentais.	104	4.19	.825	104	4.07	.873	-1,598	.110
28. Uma perturbação mental afeta os pensamentos.	104	3.70	.835	104	3.62	.948	-1,150	.250
31. Uma pessoa com esquizofrenia pode ver e ouvir coisas que mais ninguém vê e ouve.	98	3.41	.951	98	3.55	.921	-1,570	.116
33. Situações de grande stress podem causar perturbações mentais.	105	3.92	.829	105	3.82	.690	-1,398	.162
7. Uma perturbação mental não afeta o comportamento.	106	3.67	.923	106	3.68	.942	-,018	.986
15. Uma perturbação mental não afeta os sentimentos.	104	3.47	1.132	104	3.55	1.140	-,544	.586
<i>Estereótipos</i>								
26. A depressão não é uma verdadeira perturbação mental.	101	2.50	.986	101	2.70	1.082	-1,539	.124
12. As pessoas com perturbação mental são de família com pouco dinheiro.	105	1.57	.918	105	1.53	.833	-,645	.519
17. Só os adultos têm perturbações mentais.	106	1.45	.782	106	1.62	.867	-1,725	.085

Tabela 16.10: *Diferenças no grupo de controlo quanto aos itens pertencentes à secção “Conhecimentos sobre problemas de saúde mental” entre a pré e a pós-avaliação (Continuação)*

Tabela 16.11: *Diferenças no grupo de controlo quanto à Procura de ajuda e competências de primeira ajuda - score total (Pré-Teste e Pós-Teste)*

Tipo de Grupo	Pré-Teste			Pós-Teste			T	p
	N	M	DP	N	M	DP		
Grupo controlo	97	4.25	.464	97	4.18	.510	(96)1.78	.079

Tabela 16.12: *Diferenças no grupo de controlo quanto à Procura de ajuda e competências de primeira ajuda – análise detalhada (Pré-Teste e Pós-Teste)*

Itens	Pré-Teste			Pós-Teste			Z	p
	N	M	DP	N	M	DP		
1.Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental,oferecia-me para ajudar.	106	4.50	.590	106	4.48	.621	-,343	.732
5.Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda da minha família.	105	4.58	.632	105	4.44	.649	-2,160	.031
6.Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um psicólogo.	106	4.30	.795	106	4.25	.663	-,546	.585
8.Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com os pais dele.	99	3.86	.729	99	3.99	.814	-1,820	.869
10.Se eu tivesse uma perturbação mnetal procuraria ajuda profissional (psicólogo e/ou psiquiatra).	105	4.46	.651	105	4.26	.665	-3,202	.001
13.Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu ouvia-o sem julgar.	106	4.49	.665	106	4.32	.763	-2,431	.015
19. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um médico.	106	4.22	.793	106	4.18	.778	-,405	.686
20. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda dos meus amigos.	104	3.81	.956	104	3.84	.915	-,354	.723
29. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com o diretor de turma ou outro professor.	103	3.91	.876	103	3.94	.838	-,384	.701
24. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu não podia fazer nada para o ajudar.	105	4.25	.782	105	4.19	.822	-,796	.426

Tabela 16.13: *Diferenças no grupo de controlo quanto às Estratégias de autoajuda – score total (Pré-Teste e Pós-Teste)*

Tipo de Grupo	Pré-Teste			Pós-Teste			T	p
	N	M	DP	N	M	DP		
Grupo controlo	97	3.99	.641	97	3.90	.598	(96)1.69	.094

Tabela 16.14: *Diferenças no grupo de controlo quanto às Estratégias de autoajuda – análise detalhada (Pré-Teste e Pós-Teste)*

Itens	Pré-Teste			Pós-Teste			Z	p
	N	M	DP	N	M	DP		
2. Fazer exercício físico ajuda a melhorar a saúde mental.	103	4.00	.897	103	3.89	.851	-1,278	.201
9.Dormir bem ajuda a melhorar a saúde mental.	100	4.14	.876	100	4.03	.810	-1,499	.134
21. Ter uma alimentação equilibrada ajuda a melhorar a saúde mental.	102	3.88	.871	102	3.67	.883	-2,791	.005
30. Fazer algo que goste ajuda a melhorar a saúde mental.	104	3.99	.818	104	3.97	.730	-,488	.625
32. Falar com outras pessoas sobre os meus problemas ajuda a melhorar a saúde mental.	105	3.98	.909	105	3.90	.861	-,680	.496

Tabela 16.15: *Diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo ao nível do score total de LSM na pós-intervenção*

	Literacia em Saúde Mental			t(175)
	N	M	DP	
Grupo Experimental	84	4.00	.314	
Grupo Controlo	93	3.72	.332	-5.76*

Tabela 16.16: *Diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo ao nível dos conhecimentos sobre problemas de saúde mental – score total (Pós-Teste)*

	Conhecimentos sobre problemas de saúde mental			t	df	Sig
	N	M	DP			
Grupo Experimental	86	4.19	.416			
Grupo Controlo	99	3.76	.450	-6.79	183	<.001

Tabela 16.17: *Diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo ao nível dos Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental – análise detalhada*

Itens	Grupo Controlo			Grupo Experimental			U	p
	N	M	DP	N	M	DP		
3. Uma pessoa com depressão sente-se muito infeliz	106	3.77	1.072	94	4.00	1.005	4348,000	.101
4. Em casos de Esquizofrenia, é comum as pessoas terem ideias delirantes (isto é, podem acreditar que estão a ser constantemente perseguidas ou observadas	104	3.66	.771	94	4.56	.632	1981,500	<.001
11. Uma pessoa com perturbação de ansiedade pode entrar em pânico perante situações de que tenha medo.	105	4.07	.788	95	4.25	.714	4335,000	.080
14. O consumo de álcool pode causar perturbações mentais	106	3.80	.844	94	4.15	.733	3847,500	.003
16. Quanto mais cedo forem identificadas e tratadas as perturbações mentais, melhor.	106	4.25	.781	94	4.44	.727	4302,500	.065
18. O mau funcionamento do cérebro pode levar ao aparecimento de perturbações mentais	105	3.47	.797	95	3.76	.786	4008,500	.010
22. Um dos sintomas da depressão é a falta de interesse ou prazer pela maioria das coisas.	106	3.75	.849	94	4.14	.798	3737,000	.001
23. Uma pessoa com perturbação de ansiedade evita situações que lhe causem desconforto	106	3.74	.820	95	4.03	.691	4032,500	.008
25. A duração dos sintomas é um dos aspetos importantes para sabermos se uma pessoa tem, ou não tem, uma perturbação mental.	106	3.51	.759	95	4.37	.715	2188,500	<.001
27. O consumo de drogas pode causar perturbações mentais.	106	4.08	.874	92	4.38	.608	4031,000	.020
28. Uma perturbação mental afeta os pensamentos.	106	3.60	.953	95	3.86	.858	4291,000	.053
31. Uma pessoa com esquizofrenia pode ver e ouvir coisas que mais ninguém vê e ouve.	104	3.56	.901	95	4.44	.680	2225,000	<.001
33. Situações de grande stress podem causar perturbações mentais.	106	3.82	.687	95	4.22	.639	3445,500	<.001
7. Uma perturbação mental não afeta o comportamento.	106	3.68	.942	94	4.10	.830	3749,500	.001
15. Uma perturbação mental não afeta	104	3.55	1.140	93	3.74	.999	4388,	.242

os sentimentos.								500	
<i>Estereótipos</i>									
26. A depressão não é uma verdadeira perturbação mental.	105	2.70	1.091	94	2.19	1.185	3521,000	<.001	
12.As pessoas com perturbação mental são de família com pouco dinheiro.	106	1.53	.830	95	1.45	.726	4898,500	.696	
17. Só os adultos têm perturbações mentais.	106	1.62	.867	95	1.49	.599	4872,000	.654	

Tabela 16.17: *Diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo ao nível dos Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental – análise detalhada (Continuação)*

Tabela 16.18: *Diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo quanto à Procura de ajuda e competências de primeira ajuda – score total*

	Procura de ajuda e competências de primeira ajuda			t	df	Sig
	N	M	DP			
Grupo Experimental	92	4.26	.491	-1.31	192	.190
Grupo Controlo	102	4.17	.508			

Tabela 16.19: *Diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo quanto à Procura de ajuda e competências de primeira ajuda – análise detalhada (Pós-Teste)*

Itens	Grupo Controlo			Grupo Experimental			U	p
	N	M	DP	N	M	DP		
1.Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental,oferecia-me para ajudar.	106	4.48	.621	95	4.61	.570	4484,500	.121
5.Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda da minha família.	105	4.44	.649	94	4.31	.790	4574,500	.323
6.Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um psicólogo.	106	4.25	.663	95	4.26	.747	4905,000	.728
8.Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com os pais dele.	103	3.96	.827	95	4.23	.750	4039,000	.022
10.Se eu tivesse uma perturbação mnetal procuraria ajuda profissional (psicólogo e/ou psiquiatra).	106	4.25	.663	95	4.24	.754	4966,000	.854

13. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu ouvia-o sem julgar.	106	4.32	.763	94	4.47	.581	4575,000	.266
19. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um médico.	106	4.18	.778	94	4.29	.785	4548,500	.241
20. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda dos meus amigos.	106	3.81	.927	95	3.93	.914	4663,000	.334
29. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com o diretor de turma ou outro professor.	105	3.93	.835	95	3.96	1.010	4693,000	.439
24. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu não podia fazer nada para o ajudar.	106	4.20	.821	95	4.41	.692	4361,500	.074

Tabela 16.19: *Diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo quanto à Procura de ajuda e competências de primeira ajuda – análise detalhada (Continuação)*

Tabela 16.20: *Diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo quanto às Estratégias de autoajuda – score total (Pós-Teste)*

	Estratégias de autoajuda			t	df	Sig
	N	M	DP			
Grupo Experimental	95	4.20	.489	-3.95	195	<.001
Grupo Controlo	102	3.89	.596			

Tabela 16.21: *Diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo quanto às Estratégias de autoajuda – análise detalhada (Pós-Teste)*

Itens	Grupo Controlo			Grupo Experimental			U	p
	N	M	DP	N	M	DP		
2. Fazer exercício físico ajuda a melhorar a saúde mental.	106	3.88	.847	95	4.37	.715	3398,000	<.001
9. Dormir bem ajuda a melhorar a saúde mental.	105	4.01	.814	95	4.18	.772	4370,000	.104
21. Ter uma alimentação equilibrada ajuda a melhorar a saúde mental.	104	3.66	.877	95	4.09	.813	3501,500	<.001

30. Fazer algo que goste ajuda a melhorar a saúde mental.	105	3.97	.727	95	4.36	.667	3552,000	<.001
32. Falar com outras pessoas sobre os meus problemas ajuda a melhorar a saúde mental.	106	3.90	.861	95	4.01	.722	4736,500	.416

Tabela 16.21: *Diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo quanto às Estratégias de autoajuda – análise detalhada (Pós-Teste)(Continuação)*