



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Abrir Espaço à Saúde Mental: estudo do impacto da
intervenção em alunos do 7^o 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

Sara Alexandra Pereira de Pinho

sob orientação de

Professora Doutora Luísa Campos

Faculdade de Educação e Psicologia

Porto, Julho de 2013

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof.^a Luísa Campos, por toda a aprendizagem que me proporcionou ao longo desta caminhada, pelo apoio e disponibilidade incondicionais, por me ter transmitido a paixão pela psicologia, por me ter proporcionado um enorme crescimento ao longo deste ano. Um sincero obrigado, por TUDO.

Ao Prof. Pedro Dias, por todo o apoio ao longo deste ano.

À Ana Duarte, por todo o apoio, disponibilidade e aprendizagens que me proporcionou ao longo deste ano.

A todos os professores da FEP-UCP, que contribuíram para a minha formação e estarão sempre presentes ao longo do meu percurso profissional.

À Inês Queirós e à Ana Losada, pela amizade e companheirismo, por todo o apoio e por todos os momentos de alegria que me proporcionaram, por estarem sempre presentes. Sem vocês esta caminhada ter-se-ia tornado bem mais difícil de realizar.

Às minhas grandes amigas Inês Vouga e Sara Raquel, não poderiam deixar de estar aqui.

A toda a minha família, em especial aos meus pais e às minhas irmãs, o meu porto seguro. Por fazerem de mim o que sou hoje, pelos valores que me transmitiram, por acreditarem em mim e não duvidarem, em momento algum, de que seria capaz.

Aos meus avós, por tudo o que fizeram por mim até hoje, pelo orgulho que me transmitiram, pelas palavras de encorajamento e por toda a preocupação e dedicação. Em especial ao meu avô, que tanto lutou para poder assistir a este momento.

Por último, mas não menos importante, ao Joca, por ter estado sempre presente, por me ter apoiado e ter acreditado em mim e, acima de tudo, pela paciência e compreensão.

MUITO OBRIGADA!

Resumo

A juventude constitui-se uma fase fulcral para o desenvolvimento de intervenções de promoção de saúde mental, uma vez que cerca de metade das perturbações mentais se desenvolvem a partir dos 14 anos e dado os estereótipos associados às mesmas, não estarem ainda totalmente desenvolvidos (Corrigan & Watson, 2002). Tendo por base o exposto, intervenções de promoção de saúde mental junto de jovens, desempenham um papel fundamental para o futuro dos mesmos (OMS, 2001).

O presente estudo insere-se no projeto “*Abrir Espaço à Saúde Mental – Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14): desenvolvimento e avaliação de uma intervenção*” - tendo como objetivo geral avaliar o impacto de uma intervenção centrada na promoção da saúde mental com jovens do 7º ano de escolaridade.

A amostra integrou 170 estudantes, de 4 escolas – 2 do ensino privado e 2 do ensino público - da zona norte litoral de Portugal. Os participantes tinham idades entre os 11 e os 15 anos. Foram obtidos dois grupos aleatoriamente: grupo experimental (N=85) e grupo de controlo (N=85). 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 implementada, através de 2 sessões, apenas ao grupo experimental.

Dos principais resultados obtidos, salienta-se que na pós-intervenção, o grupo experimental revelou um aumento de conhecimentos e de estratégias de autoajuda, bem como uma redução dos estereótipos. Quanto à procura de ajuda e competências de primeira ajuda, não se verificaram diferenças significativas.

O presente estudo reforçou a necessidade de se investir na promoção da saúde mental, tentando colmatar a carência de informação existente na área da saúde mental em Portugal e fornecer informações orientadoras para o desenvolvimento de investigações e intervenções futuras.

Palavras-chave: Promoção da Saúde Mental; Literacia em Saúde Mental; Estigma; jovens; Intervenção em contexto escolar

Abstract

Youth is a crucial stage of life to promote mental health, since half of the mental disorders develop from 14 years onwards and given that mental disorders stereotypes are not fully developed yet at this age (Corrigan & Watson, 2002). Thus, actions that promote mental health among young people play a key-role in their future.

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 seventh-grade students.

The sample was composed of 170 seventh-grade students, aged between 11 and 15, from 4 different schools – 2 public schools and 2 private schools - in the north of Portugal. These students were divided into two random groups: the trial group (N=85) and the control group (N=85).

Data collection was conducted through a questionnaire on Mental Health Literacy - LSMq (Campos, Palha, Dias, Veiga & Duarte, 2012), which was provided to the participants in both groups one week before and after the intervention. Intervention was carried out only in the trial group.

The main results have shown that there were some improvements in the knowledge of the trial group students and about self-help strategies as well. In what concerns first-aid skills and help seeking, no differences have been found.

This study underlines the importance of investing in mental health promotion, by trying to overcome the lack of information on mental health in Portugal and by providing guidelines for the development of future research and interventions.

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

Índice

Agradecimentos	i
Resumo	ii
Abstract	iii
Introdução	1
Capítulo I. Enquadramento teórico	3
1. Saúde Mental e Promoção da Saúde Mental – Uma prioridade	3
2. Literacia em Saúde Mental e Estigma	5
2.1. Literacia em saúde mental	5
2.2. O estigma face às perturbações mentais – Uma prioridade de combate	6
3. Juventude e contexto escolar – Um público e um contexto prioritários	9
4. Estado de Arte	11
4.1. Estado de Arte Internacional	11
4.2. Estado de Arte Nacional	15
Capítulo II. Estudo Empírico	17
5. Metodologia	17
5.1. Objetivos Específicos	17
5.2. Questão e Hipóteses de Investigação	17
5.3. Amostra	18
5.4. Instrumentos	18
5.5. Intervenção de promoção de saúde mental	21
5.6. Procedimentos	21
5.6.1. Procedimentos de recolha de dados	21
5.6.2. Procedimentos de análise de dados	22
6. Apresentação de resultados	23
Capítulo III. Discussão de Resultados e Conclusão	35
7. Discussão de resultados	36
8. Conclusão	48
Referências bibliográficas	51
Anexos	63

Índice de Anexos

Anexo 1. Características sociodemográficas dos participantes

Anexo 2. Equivalência do grupo experimental e grupo de controlo no que refere às variáveis sociodemográficas

Anexo 3. Equivalência do grupo experimental e o grupo de controlo quanto às variáveis referentes à proximidade a problemas de saúde mental

Anexo 4. LSMq – Questionário de Literacia em Saúde Mental (pré-teste)

Anexo 5. LMSq – Questionário de Literacia em Saúde Mental (pós-teste)

Anexo 6. Pedido de Autorização à Comissão Nacional de Proteção de Dados

Anexo 7. Pedido de Autorização ao Ministério da Educação

Anexo 8. Consentimento Informado – Encarregado de Educação – Grupo Experimental

Anexo 9. Consentimento Informado – Encarregado de Educação – Grupo de Controlo

Anexo 10. Consentimento Informado – Participantes Grupo Experimental

Anexo 11. Consentimento Informado – Participantes Grupo de Controlo

Anexo 12. Conhecimentos sobre problemas de saúde mental (PRÉ-TESTE)

Anexo 13. Procura de ajuda e competências de primeira ajuda (PRÉ-TESTE)

Anexo 14. Estratégias de autoajuda (PRÉ-TESTE)

Anexo 15. Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo ao nível da literacia em saúde mental (PRÉ-TESTE)

Anexo 16. Diferenças de género ao nível da literacia em saúde mental (PRÉ-TESTE)

Anexo 17. Diferenças na Literacia em Saúde Mental, em relação à proximidade a problemas de saúde mental (PRÉ-TESTE)

Anexo 18. Impacto da intervenção de promoção de saúde mental na Literacia em Saúde Mental (PÓS-TESTE)

Anexo 19: Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo ao nível da Literacia em Saúde Mental (PÓS-TESTE)

Lista de abreviaturas

CCE – Comissão das Comunidades Europeias

CNSM – Conselho Nacional de Saúde Mental

CNPSM – Coordenação Nacional Para a Saúde Mental

CNRSSM – Comissão Nacional de Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental

GE – Grupo experimental

GC- Grupo de controlo

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PM – Perturbação Mental

PNSM – Programa Nacional Para a Saúde Mental

PSM – Promoção de saúde Mental

SM – Saúde Mental

Introdução

Atualmente, cerca de 450 milhões de pessoas, em todo o mundo, sofrem de problemas de saúde mental (SM), estando as perturbações mentais (PM) em quarto lugar das dez principais causas de incapacidade no mundo (OMS, 2001). Em Portugal as PM têm aumentado de forma considerável, em parte devido à atual crise socioeconómica com que nos deparamos (Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2012; 2013). Desta forma, a SM é hoje reconhecida como uma prioridade, sendo essencial preservá-la e promovê-la (OMS, 2001), a fim de reduzir a elevada prevalência de problemas de SM que existem atualmente, bem como as graves consequências inerentes aos mesmos - e.g. individuais, sociais e económicas (Conselho Nacional de Saúde Mental [CNSM], 2002; Jané-Llopis, 2004).

No entanto, existem duas grandes barreiras a superar no âmbito da promoção da saúde mental (PSM), nomeadamente a ausência de conhecimentos sobre questões de SM e o estigma associado aos problemas de SM (Corrigan & Watson, 2002; Jorm, 2012) – conceitos estes que se encontram interligados. Desta forma, o desenvolvimento de intervenções de PSM que visem o aumento de conhecimentos sobre questões de SM na população em geral, bem como a redução do estigma associado a estas problemáticas, torna-se fundamental. Tendo por base o exposto, importa referir que a literacia em saúde mental (LSM), bem como o estigma relativo a problemas de SM, representam dois conceitos centrais da presente dissertação.

Os jovens representam um público-alvo prioritário para a implementação de intervenções deste âmbito por variadas razões, entre as quais o facto de: (1) a juventude se constituir como uma fase desenvolvimental de extrema vulnerabilidade – acompanhada de grandes mudanças físicas, psicológicas e sociais (Avanci, Assis, Oliveira, Ferreira & Pesce, 2007), (2) 1 em cada 5 jovens ir sofrer de uma perturbação mental (Stuart, 2006), (3) grande parte dos problemas de SM que ocorrem na juventude representarem um fator de risco para o desenvolvimento de PM na idade adulta (Ministério da Saúde, 2007), bem como (4) os estereótipos relativos às PM ainda não se encontrarem desenvolvidos na sua totalidade (Schulze et al., 2003).

Neste sentido, considerando que grande parte do dia-a-dia dos jovens ocorre nas escolas, estas assumem-se como o local ideal para realizar intervenções centradas na PSM, pois só através destas se torna possível abranger uma quantidade considerável de jovens (Gaspar, Pais-Ribeiro, Matos & Leal, 2008; Gomes, Cravo & Gaspar, 2010; Ministério da Saúde, 2004).

Já vários estudos têm vindo a desenvolver intervenções de PSM com jovens em contexto escolar, comprovando a sua eficácia (Wyn, Cahill, Holdsworth, Rowling & Carson, 2000; Pinfold, Thornicroft, Huxley, Farmer & Graham, 2003). No entanto, a maioria destes estudos são de âmbito internacional, sendo ainda escassos os estudos em Portugal. (Campos, Palha, Dias, Veiga, Lima, Costa & Duarte, 2012).

Assim, torna-se fundamental salientar a importância de investir na PSM e contribuir para o desenvolvimento de intervenções e investigações futuras centradas nesta temática, bem como com esta

população-alvo. A acrescentar a isto, importa referir a importância de avaliar estas intervenções de forma rigorosa (e.g. instrumentos fiáveis, metodologias de avaliação pré-pós, utilização de grupos de controlo), visto existir em Portugal, ainda, uma notável carência de evidências que permitam uma exata caracterização das questões relacionadas com a SM (Sousa, 2006).

É neste âmbito que surge o presente projeto “Abrir Espaço à Saúde Mental – Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14): desenvolvimento e avaliação de uma intervenção” - que, levado a cabo pela Faculdade de Educação e Psicologia – Universidade Católica Portuguesa (FEP-UCP), em parceria com a ENCONTRAR+SE¹, tem como objetivos desenvolver um instrumento de avaliação da LSM, desenvolver e implementar uma intervenção centrada na LSM e avaliar a eficácia dessa mesma intervenção (Campos, Palha, Veiga, Dias & Duarte, 2012). Assim, o projeto procura contribuir para o aumento de conhecimentos relacionados com questões de SM dos jovens com idades compreendidas entre 12 e os 14 anos “ (...) no sentido de 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.” (<http://fep.porto.ucp.pt/abrirespacosaudemental/>; ENCONTRAR+SE, 2013).

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 7º ano de escolaridade².

Finalizando, a presente dissertação engloba três partes. Na primeira parte é realizado um enquadramento teórico, no qual são abordadas questões relacionadas com (1) a SM e a importância de investir na PSM, (2) a importância da LSM e da redução do estigma associado aos problemas de SM, bem como (3) a importância de investir na PSM dos jovens, em contexto escolar.

A segunda parte integra o estudo empírico, no qual é descrita a metodologia da investigação – objetivos específicos, questão e hipóteses de investigação formuladas, amostra, instrumentos utilizados, descrição da intervenção de promoção de saúde mental, procedimentos de recolha e análise dos dados, terminando com a apresentação dos resultados. Por último, a terceira parte diz respeito à discussão dos resultados e conclusão.

¹ Associação de Apoio a Pessoas com Perturbação Mental Grave

² Paralelamente a esta dissertação encontram-se ainda a ser elaboradas duas dissertações, por alunas do Mestrado em Psicologia – especialização em Psicologia Clínica e da Saúde - da Universidade Católica Portuguesa, as quais têm em vista avaliar o impacto da intervenção de promoção de saúde mental com alunos do 8º e 9º ano de escolaridade.

Capítulo I. Enquadramento Teórico

1. Saúde Mental e Promoção da Saúde Mental – Uma prioridade

A SM é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “ (...) o estado completo de bem-estar físico, mental e social, não sendo apenas a mera ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 2001, p. 2). Desta forma, o homem deve ser visto no seu todo biopsicossocial (Comissão das Comunidades Europeias [CCE], 2005; Martins, 2004), podendo a sua saúde sofrer alterações de ordem biológica, social e cultural (Rodríguez, 2002; Simões, 2012). Assim, a SM, sendo uma componente inseparável da saúde (Gomes, 2008), permite alcançar o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos (European Pact for Mental Health and Well-being (2008), possibilitando aos mesmos, adquirir consciência das suas próprias competências, enfrentar dificuldades de vida, bem como trabalhar produtivamente e contribuir ativamente para comunidade na qual estão inseridos (OMS, 2011).

No que diz respeito à promoção da saúde, Bennett e Murphy (1999) definem-na como a “ (...) aceitação de que os comportamentos em que nos envolvemos e as circunstâncias em que vivemos têm impacto sobre a nossa saúde e de que alterações adequadas podem melhorar a saúde” (p. 19). Desta forma, a promoção da saúde enfatiza por um lado o estabelecimento e a conservação de comportamentos saudáveis e, por outro lado, comportamentos que permitam o fortalecimento das capacidades funcionais, físicas, psicológicas e sociais dos indivíduos (Dias, Duque, Silva & Durá, 2004). Já a PSM, pode ser definida como um processo que possibilita às pessoas aumentar o controlo sobre a sua própria vida e melhorar a sua saúde, a fim de alcançar o estado de completo bem-estar mental, físico e social. Assim, a PSM enfatiza a capacidade dos indivíduos em estabelecer e alcançar objetivos, em ultrapassar dificuldades e gerir adequadamente adversidades, bem como a capacidade de potenciar e usufruir de recursos pessoais e sociais (Mental Health and Wellbeing Strategy 2010-2013). Neste sentido, salientando o valor que a SM representa, é essencial que a saibamos preservar e promover (OMS, 2001) e que ações de PSM se tornem prioritárias, reduzindo a elevada prevalência de PM que existem atualmente, bem como as graves consequências inerentes às mesmas (CNSM, 2002; Jané-Llopis, 2004).

Atualmente cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de um problema de SM a nível mundial, estando as PM em quarto lugar das principais dez causas de incapacidade no mundo (OMS, 2001). Em 2001, a OMS previa que uma em cada quatro pessoas fosse sofrer de problemas psicológicos ao longo da sua vida, tendendo este número a aumentar. De facto, em Portugal, as PM têm já aumentado de forma abrupta (CNSM, 2002), sendo estimado que venham a aumentar ainda mais devido à atual crise com que nos deparamos (Coordenação Nacional Para a Saúde Mental [CNPSM], 2007). De facto, embora não exista, ainda, em Portugal um sistema que monitorize o impacto da crise socioeconómica nos problemas de SM, foram já salientadas algumas das suas consequências, nomeadamente ao nível da autoestima, do aumento da incidência da Depressão e da Ansiedade, bem como do risco de suicídio

(OPSS, 2012) – tendo sido já salientado que, em 2010, o número de suicídios foi superior ao número de acidentes rodoviários (OPSS, 2012; 2013).

Paralelamente, em 2010, foi realizado o Estudo Epidemiológico de Morbilidade Psiquiátrica, o qual revelou que cerca de 43% dos Portugueses já experienciou um problema de SM ao longo da vida - destacando Portugal como o país da Europa com a maior prevalência de problemas de SM (Expresso, 2010). No entanto, importa salientar que estes dados devem ser considerados com alguma reserva, visto que o referido estudo não se encontra, até ao momento, publicado e, conseqüentemente não ser conhecida a sua metodologia.

Apesar de ser já reconhecido o importante papel da SM na sociedade, Portugal debate-se ainda com um conjunto de dificuldades no que concerne ao campo da SM, sendo uma delas a falta de evidências que permitam uma exata caracterização da mesma (Sousa, 2006). Em 2007, a OMS reforçou este facto, chamando ainda a atenção para a existência de uma carência de recursos humanos e económicos no que toca ao campo da SM. De facto, a fraca prioridade que tem sido dada à SM em Portugal levou a um notável atraso no desenvolvimento e melhoria dos serviços de SM comparativamente ao que se verifica noutros países da Europa (CNPSM, 2007; Programa Nacional para a Saúde Mental [PNM], 2012).

Neste âmbito importa destacar que as PM têm um impacto enorme na saúde e na qualidade de vida, não só das próprias pessoas, como nos seus familiares (Alonso et al., 2012; Gomes, 2009). Assim, no European Pact for Mental Health and Well-being, a SM foi reconhecida como um direito humano, que possibilita o bem-estar, a qualidade de vida e a saúde dos indivíduos – o que, por sua vez, é indispensável para “ (...) o sucesso da EU como sistema económico e social baseado no conhecimento.” (European Pact for Mental Health and Well-being, 2008 p. 3). Aliás, num âmbito mais económico, sabe-se atualmente que os custos económicos gerados pelas PM são de facto notáveis e de longa duração (OMS, 2001; PNM, 2012), de entre os quais se podem destacar os custos elevadíssimos nos serviços de 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).

Tendo em consideração a elevada prevalência de problemas de SM e as conseqüências inerentes aos mesmos, em 2007 a OMS salientou a necessidade de aumentar a investigação em SM, com vista a obter um conhecimento mais aprofundado acerca desta temática, tendo sido especificamente salientada a necessidade de dar a conhecer os aspetos biológicos, sociais e psicológicos que estão na base da SM, com a finalidade de promover uma melhor compreensão acerca das PM, bem como o aumento de intervenções mais eficazes (OMS, 2001). Internacionalmente diversos autores (e.g. Corrigan, 2000; Jorm 2000; 2012; Tacker & Dobie, 2008) têm vindo a reforçar também este aspeto, chamando a atenção para a urgente necessidade de implementação de programas que visem o aumento de conhecimentos sobre questões de SM e redução do estigma, uma vez mais

devido à visível insuficiência de recursos para a SM, em especial no que toca à população jovem – assunto abordado de forma mais detalhada posteriormente.

Por seu turno, em Portugal, o Ministério da Saúde (2007) enfatizou a implementação de programas de PSM como prioritários, assim como a urgente necessidade de um adequado reconhecimento das PM e respetivos fatores de risco. Assim, o aumento dos conhecimentos de questões relacionadas com a SM - não só nas pessoas que sofrem de problemas de SM, como também em toda a população geral – torna-se fundamental, pois só através deste aumento é possível compreender os aspetos biopsicossociais que estão na base dos problemas de SM, o que, por sua vez, possibilita um melhor reconhecimento das PM, um aumento das capacidades de procura de ajuda e competências de primeira ajuda, uma redução do estigma, bem como a aquisição de comportamentos promotores de SM (Wei et al., 2013).

2. Literacia em Saúde Mental e Estigma

A ausência de conhecimentos sobre questões de SM e o estigma face às PM, representam duas grandes barreiras à PSM (Corrigan, 2000; Jorm, 2012). Estes dois encontram-se intrinsecamente interligados. Por estes motivos, a LSM e o estigma relativos aos problemas de SM representam dois conceitos centrais da presente dissertação.

2.1. Literacia em Saúde Mental

A LSM é um dos elementos chave no que toca à PSM. Esta tem sido definida como a capacidade para adquirir informação, compreender e utilizá-la de forma a promover e manter a boa SM (Jorm, 2000). Sabemos que a literacia em saúde física é amplamente conhecida; no entanto, o mesmo não acontece no que respeita à SM: neste campo não é dada a devida atenção à importância da literacia (Jorm, 2000; 2012). De facto, a atenção que tem sido dada à saúde física tem vindo a mostrar a sua eficácia – nomeadamente a nível de taxas de mortalidade – o que torna possível afirmar que se os mesmos esforços fossem realizados em relação à SM seria possível contribuir para uma diminuição das PM e do seu impacto – e.g. a nível individual, social e económico (Rodríguez, 2002). Neste âmbito, importa salientar que, tal como refere Quartilho (2010), não é possível falar-se em saúde sem se falar em SM. De facto, o peso que a SM representa para o bem-estar da sociedade é tão importante quanto o que a saúde física representa, pelo que se torna indispensável a PSM (OMS, 2001).

Especificamente em relação ao termo LSM, este foi introduzido por Jorm (1997; 2000) e engloba o conhecimento e crenças acerca das PM que ajudam ao reconhecimento e prevenção das mesmas, bem como à aquisição de comportamentos mais adequados. O mesmo autor define a literacia em saúde mental através de várias componentes, nomeadamente: (1) a capacidade para reconhecer e distinguir diferentes PM; (2) o conhecimento acerca dos fatores de risco e causas dessas perturbações; (3) o conhecimento acerca das intervenções de autoajuda e ajuda profissional a que se pode recorrer;

(4) atitudes que potenciem o reconhecimento e a procura de ajuda adequada; e (5) o conhecimento da melhor forma de procurar informação sobre a SM (Jorm, 2000; 2012).

A LSM possui diversas vantagens, entre as quais o aumento da capacidade para identificar e gerir adequadamente sintomas psicológicos de incapacidade – algo fundamental para o processo de recuperação, visto possibilitar uma intervenção precoce (Jorm, 2000; 2012; Li, 2012; Wei, et al., 2013). No entanto a maioria das pessoas, não consegue reconhecer e identificar adequadamente as PM – algo que tem vindo a ser evidenciado através de diversos estudos. Por exemplo, um estudo realizado na Austrália, “*Mental health Literacy: a survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment*” (Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers & Pollitt, 1997), no qual participaram 2031 indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 74 anos, veio comprovar este facto. Com o objetivo de avaliar a LSM dos participantes, o referido estudo recorreu a duas vinhetas que representavam pessoas com Depressão e Esquizofrenia. Quando confrontados com as imagens, apesar de a maioria dos participantes ter compreendido que se tratavam de problemas de SM, apenas 39% da mostra identificou acertadamente a Depressão e 27% a Esquizofrenia. Este aspeto revela-se de grande importância uma vez que enfatiza a necessidade de aumentar o conhecimento na população em geral (Jorm, 2000). Tendo sido este facto, igualmente destacado no European Pact for Mental Health and Well-being (2008).

Um baixo nível de LSM poderá ter, igualmente, impacto ao nível das estratégias de autoajuda, uma vez que muitos indivíduos, por não terem conhecimentos suficientes ou adequados, não sabem como promover a sua SM (Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, 2004; Jorm, 2000). Paralelamente, as capacidades de procura de ajuda e competências de primeira ajuda são igualmente afetadas, pois muitos indivíduos não sabem como lidar com o desenvolvimento de problemas de SM, sentindo vergonha em procurar ajuda ou, por outro lado, não sabem como obter ajuda e acreditam, por vezes, que o tratamento não pode ajudar (Gulliver, Griffiths & Christensen, 2010). Desta forma, a falta de reconhecimento adequado de problemas de SM, em si mesmo e nos outros, pode levar a um atraso na procura precoce de ajuda e, conseqüentemente, a um elevado aumento de custos de saúde (Loureiro et al., 2012; Jorm, Barney, Christensen, Hight, Kelly & Kitchener, 2006; Santos, 2010).

Não obstante, o conhecimento inadequado ou a falta de conhecimento não são os únicos fatores que constituem uma barreira na procura de ajuda. Neste campo, o estigma face às PM tem também um papel fundamental (Corrigan, 2000) – algo que se deve também a um baixo nível de literacia (Jorm, 2000).

2.2. O estigma face às perturbações mentais – Uma prioridade de combate

O estigma face às PM é um fenómeno universal (OMS, 2001; Restrepo, Mora, Cortés & Cristina, 2007) que, representando um fator de risco tão preocupante quanto as próprias conseqüências da perturbação (Corrigan, Markowitz & Watson, 2013; Hocking, 2003), constitui-se como uma barreira não só na procura de ajuda como no posterior processo de recuperação (Acuna & Balis, 2005;

Brundtland, 2000; Cardoso & Galera, 2011; European Pact for Mental Health and Well-being, 2008; Giannakopoulos et al., 2012; Lopez et al., 2005; Restrepo et al., 2007). De facto, em 2001, a OMS destacou a estigmatização como a principal barreira a superar no âmbito da PSM, apelando à realização de ações que fornecessem informação à sociedade acerca das PM, nomeadamente as suas causas, grau e impacto, com o objetivo de diminuir estereótipos presentes na sociedade e promover comportamentos e atitudes mais adequadas e positivas.

O modelo de Corrigan (2000) define o estigma a partir de três componentes, que se vão influenciando sucessivamente, sendo estas os estereótipos (estruturas cognitivas de conhecimento), o preconceito (consequência emocional do estereótipo) e a discriminação (consequência comportamental do preconceito). De acordo com o mesmo autor, o estigma pode estar presente tanto no “*público*” em geral, como na própria pessoa que desenvolveu um problema de saúde mental – denominam-se respetivamente estigma-público e autoestigma. (Corrigan & Watson, 2002; Corrigan & Shapiro, 2010; Jorm et al., 2006; Rusch, Angermeyer & Corrigan, 2005). Especificamente, o estigma público compreende as reações da população em geral perante as pessoas que sofrem de um problema de SM; enquanto que 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 (Rusch et al., 2005).

Tendo por base o exposto, o estigma é considerado uma das grandes prioridades de investigação, devido à falta de evidências no que toca à forma de lidar com as consequências da estigmatização (Moreia & Melo, 2008; OMS, 2001). Neste sentido, Rusch e colaboradores (2005) destacaram algumas das consequências do estigma, sendo estas: a discriminação diária em contexto social, as imagens negativas passadas pelos *media*, a atribuição de menos recursos ao sistema de SM comparativamente com sistema de saúde física e, por fim, o evitamento da procura de tratamento. De salientar, que estas repercussões, estão associadas a elevados níveis de sofrimento, não só na própria pessoa, como também nos seus familiares (Hocking, 2003; Restrepo et al., 2007).

De facto, embora já seja dada uma maior atenção ao estigma e às suas consequências (Lopez et al., 2008), ainda é notável a enorme discrepância entre a atenção que é dada às pessoas que sofrem de uma PM, comparativamente às que sofrem, por exemplo, de uma doença física – o que é confirmado pelo pouco investimento nos serviços de SM (Muza & Costa, 2002; Thornicroft, Brohon, Rose, Sartorius & Leese, 2009).

No sentido de reduzir o estigma e as suas dramáticas consequências, já vários programas têm sido desenvolvidos com sucesso em diversos países – EUA, Reino Unido, Austrália, Alemanha e Canadá (Jorm, 2000; Rusch et al., 2005; Schulze et al., 2003), sendo alguns destes programas abordados, posteriormente, no ponto referente ao estado de arte.

Devido à elevada prevalência de PM, a probabilidade de se ter um relacionamento próximo com alguém que desenvolva uma PM é bastante elevada. A forma como as pessoas prestam apoio a alguém que tem uma PM pode ser decisiva no que diz respeito à aceitação do apoio profissional e

social por parte do doente. Na juventude, a importância da resposta dada a uma PM é ainda mais “*crítica*”, uma vez que os jovens estão provavelmente a lidar pela primeira vez com um problema de SM e uma elevada percentagem não sabe como atuar corretamente perante esta situação (Jorm et al., 2006). A título de exemplo, um estudo realizado em 2010, no Brasil, “*A conceção dos alunos do ensino médio a respeito de doenças mentais*”, veio confirmar a falta de informação relativa às PM no âmbito escolar. Assim, no referido estudo – que tinha como objetivo avaliar a perceção dos estudantes face aos problemas de SM -, participaram 176 jovens com idades compreendidas entre 14 e os 17 anos. Após a aplicação do questionário, os resultados obtidos demonstraram que dos 176 alunos inquiridos, 123 não tinham obtido, até ao momento, qualquer informação acerca das PM. Especificamente em relação ao estigma, este estudo veio enfatizar o facto de as atitudes estigmatizantes ainda se encontrarem muito presentes no ambiente escolar, o que leva mais uma vez à “ (...) necessidade de esclarecimentos e divulgação sobre a doença mental nas escolas.” (Giardin & Schetinger, 2010).

Em Portugal, com o objetivo de combater o estigma associado aos problemas de SM e contribuir para a PSM, foi iniciado, em 2008, o Movimento Upa – Unidos Para Ajudar – promovido pela ENCONTRAR+SE, no âmbito do qual foram realizados diversos projetos que têm vindo a demonstrar a sua eficácia no aumento da literacia em saúde mental e redução do estigma. Por exemplo, em 2008 foi desenvolvido o estudo “*Atitudes dos estudantes universitários face à doença mental*” (ENCONTRAR+SE, 2013), o qual tinha como objetivo compreender as atitudes dos jovens universitários no que respeita aos problemas de SM, bem como avaliar o impacto da campanha na literacia em saúde mental dos jovens. Neste sentido, o estudo utilizou uma metodologia de avaliação pré-pós a fim de compreender, num primeiro momento, as atitudes dos estudantes perante os problemas de SM e, num segundo momento, avaliar a eficácia da campanha no que concerne ao aumento de conhecimentos e mudança de atitudes (ENCONTRAR+SE, 2012). Assim, os resultados obtidos revelaram: 1) que os estudantes têm a perceção de que possuem poucos conhecimentos acerca das PM (76.1%), considerando importante (95.4%) investir no aumento de informação acerca das mesmas, 2) de entre as 7 PM abordadas – depressão, perturbação do comportamento alimentar ataques de pânico e fobias, alcoolismo, toxicod dependência, esquizofrenia e demência – a toxicod dependência e o alcoolismo destacaram-se como os principais problemas de SM associados de perceções mais negativas e 3) uma urgente necessidade de promover ações educativas neste âmbito (Almeida, Campos & Palha, 2009).

Deste modo, torna-se relevante acrescentar que existem já várias evidências no sentido de que a mudança do conhecimento e dos estereótipos em relação à SM pode influenciar o comportamento (Jorm et al., 2006) – e.g. diminuição da distância social (Reavley & Jorm, 2012). Tal como refere a OMS (2001), se uma campanha de sensibilização e educação for bem planeada consegue, de facto, não só reduzir o estigma e consequências associadas, como também promove uma maior utilização dos serviços de SM e uma maior aproximação entre a saúde física e a SM. Assim, é de extrema

importância fornecer informação e educar a população em geral, acerca da realidade das PM, a fim de reduzir os muitos estereótipos ainda existentes na sociedade (Addington, Berzins & Yeo, 2012; Restrepo et al., 2007). De uma forma geral, ao realizar iniciativas que visem a redução do estigma, o objetivo é promover o desenvolvimento de uma sociedade que possibilite às pessoas: (1) procurar ajuda profissional, (2) receber e aderir ao tratamento baseado em evidência científica, (3) sentirem-se apoiados pelas pessoas que os rodeiam, bem como (4) adquirir comportamentos promotores de SM (Jorm, 2012). De facto, numa sociedade em que não se receie o estigma, a procura de ajuda transforma-se num processo bastante mais fácil de realizar (OMS, 2010).

Ainda no que concerne à redução do estigma, importa salientar que o contacto social com alguém que sofra de uma PM pode, por si só, diminuir o estigma e a discriminação (Furnham & Blythe, 2012; Lopez et al., 2008). Assim, a proximidade a problemas de SM “*desafia*” os estereótipos associados às PM, nomeadamente ao nível da perigosidade das pessoas com PM, bem como ao nível do evitamento e da distância social (Alexander & Link, 2003). De acordo com Corrigan (2001), este contacto pode ser tanto pessoal, como familiar ou profissional. Neste seguimento, já vários estudos têm sido realizados neste âmbito, demonstrando que o contacto é uma das estratégias mais eficazes em intervenções anti estigma (Corrigan & Gelb, 2006; Rüsch et al., 2005).

3. Juventude e contexto escolar – Um público e um contexto prioritários

No que toca especificamente à juventude, esta apresenta-se como uma fase desenvolvimental, caracterizada por grandes mudanças físicas, psicológicas e sociais (Avanci, Assis, Oliveira, Ferreira & Pesce, 2007; Ferreira, Alvim, Teixeira & Veloso, 2007; OMS, 2010; Stormshak & Connel, 2011; Torres, Barbosa, Pinheiro & Vieira, 2010). Assim, a juventude pode ser caracterizada como um período que oferece grandes oportunidades de desenvolvimento e aprendizagem, mas também um período de risco para a saúde e bem-estar dos adolescentes – algo que os torna bastante mais vulneráveis (OMS, 2010; Torres et al., 2010). De facto, sabe-se que, apesar de toda a resiliência inerente aos jovens, estes encontram-se em pleno desenvolvimento e o seu comprometimento pode levar a vários problemas de saúde, por vezes irreversíveis (Costa & Bigras, 2007).

Assim, a falta de atenção para com os jovens pode dar origem a muitos problemas - não só no imediato, como também em anos posteriores. Pelo que, o interesse pelos adolescentes não deve surgir apenas quando estes apresentam algum problema, mas sim num âmbito de promoção da saúde (Maddaleno, Morello e Infante-Espínola, 2003), visto que “Os pilares para uma vida com saúde mental assentam nos primeiros anos de vida.” (European Pact for Mental Health and Well-being, 2008 p. 5). Neste sentido, a OMS (2005) apelou a que fosse dada prioridade à PSM dos adolescentes, sendo de salientar que, para que tal ocorra é de igual importância que se intensifique a investigação nesta área e nesta população (Farrer, Leach, Griffiths, Christensen & Jorm, 2008; Trejos-Castillo & Gutiérrez-Restrepo, 2012).

Tendo por base o exposto, 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). Paralelamente, Stuart (2006) destaca a juventude como uma fase de elevada importância no que diz respeito à implementação de programas anti estigma, visto que 1 em cada 5 jovens irá sofrer de uma PM e uma quantidade ainda maior irá passar por problemas psicossociais, que irão ter influência na sua vida diária. Salientando, uma vez mais, o facto de as PM na juventude serem, em grande número, precursoras problemas de SM na idade adulta (Ministério da Saúde, 2007), pelo que uma intervenção precoce pode prevenir o desenvolvimento de incapacidade a longo-prazo (OMS, 2001).

Vários estudos têm vindo a enfatizar a importância de apostar em programas educacionais anti estigma na infância e adolescência, podendo referir a título de exemplo os estudos “*Crazy? So what! Effects of a school project on students’ attitudes towards people with schizophrenia*” (Schulze et al., 2003) e “*Changing Middle Schoolers’ Attitudes About Mental Illness Through Education*” (Watson et al., 2004) realizados na Alemanha e nos EUA, respetivamente, e cujos resultados demonstraram que nesta fase da vida ainda não existe uma noção explícita acerca das PM e, conseqüentemente, as atitudes estigmatizantes ainda não se desenvolveram na sua totalidade (Schulze et al., 2003).

A OMS (2005) refere ainda que nestes estudos, deve ser dada ênfase às PM que apresentam mais probabilidade de se desenvolverem nesta fase da vida. Assim, no que concerne aos problemas de SM que surgem habitualmente na juventude, são de destacar as Perturbações de Ansiedade, a Depressão, as Perturbações Alimentares e as Dependências (Assis, Avanci, Pesce & Ximenes, 2009; OMS, 2001; Periago, 2005; Souza et al., 2012). De facto, cerca de metade das PM têm início antes dos 14 anos de idade (Gulliver, Griffiths & Christensen, 2012; Karla et al., 2012; Quartilho, 2010; Wright, Jorm & Mackinnon, 2012; Wei et al., 2013), o que vem contrastar com o facto de mais de 90% dos países não terem políticas de SM que incluam crianças e adolescentes (OMS, 2001).

De forma a destacar, uma vez mais, a importância do desenvolvimento de programas de PSM na adolescência, é de referir o facto de que os problemas de SM nesta fase desenvolvimental, e não só, acarretam graves conseqüências para a sociedade em geral, tanto a nível humano como económico (European Pact for Mental Health and Well-being, 2008; Ministério da Saúde, 2007; OMS, 2001). Ironicamente, os jovens representam o futuro social, económico e político dos países (Maddaleno et al., 2003; Trejos-Castillo & Gutiérrez-Restrepo, 2012) – importando referir que já alguns estudos demonstraram que a PSM permite alcançar benefícios económicos (Jané-Llopis, 2004).

Tendo por base o exposto e sabendo que: (1) a PSM junto da população mais jovem é de extrema importância; (2) a maior parte do dia-a-dia dos adolescentes é passada em ambiente escolar; (3) e que a maioria dos comportamentos importantes para a saúde são iniciados nesta fase da vida, torna-se necessário que as escolas se assumam como promotoras da saúde (CNRSSM, 2007; Rodrigues, Carvalho, Gonçalves & Carvalho, 2007; Wei et al., 2013).

Assim, a implementação precoce de práticas baseadas na sensibilização, consciencialização e mudança de comportamentos, em contexto escolar, permitirá alcançar a PSM dos jovens, bem como uma diminuição do estigma (Silva, Catrib, Collares & Cunha, 2011; Tomaras et al., 2011; Watson & Corrigan, 2005). De acordo com o Ministério da Educação e Ciência (s.d.) a educação para a saúde nas escolas deve otimizar o conhecimento, as atitudes e os valores nas crianças e adolescentes. Proporcionando, desta forma, a possibilidade dos jovens usufruírem destas mesmas capacidades no sentido de se tornarem ativos na tomada de opções e decisões adequadas, tanto para a sua saúde e bem-estar, assim como para a saúde das pessoas com as quais se relacionam. Do mesmo modo, o Programa Nacional de Saúde Escolar (Ministério da Saúde, 2006), defende 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, 2006, p.3).

Para além disto, na Europa, a OMS destacou a promoção da saúde e os estilos de vida saudáveis como aspetos a privilegiar em contexto escolar (Ministério da Saúde, 2006), visto que a aquisição de comportamentos saudáveis implica (1) ter conhecimentos acerca das PM, dos seus fatores de risco e protetores, bem como (2) a capacidade para obter informação adequada e correta, de forma a saber avaliar e aplicar esses conhecimentos no seu dia-a-dia: é essencial que a promoção da LSM seja um requisito indispensável para o sucesso de programas de PSM em contexto escolar (Addington et al., 2012; Loureiro et al., 2012;).

De facto, as escolas têm sido referidas como o local ideal para transmitir conhecimentos acerca da saúde (Gaspar, Pais-Ribeiro, Matos & Leal, 2008; Gomes, 2009; Moysés, Moysés & Krempel, 2004; Ministério da Saúde, 2004), não só porque permitem alcançar a maioria dos jovens, como também porque estes jovens representam um grupo de elevado risco (Gomes, Cravo e Gaspar, 2010; Jorm, 2012; OMS, 2010; Rickwood, Deane & Wilson, 2007). Por fim, importa salientar que, por todos estes aspetos referidos, a PSM nas escolas desempenha um importantíssimo papel na saúde destes jovens no futuro (CNSM, 2002).

4. Estado de Arte

No presente ponto serão abordados alguns estudos realizados na área da SM, com jovens, de âmbito internacional e nacional.

4.1. Estado de Arte Internacional

A investigação na área da SM tem vindo a ganhar relevo ao longo dos últimos anos, principalmente a nível internacional. Desta forma, no presente ponto serão apresentados alguns dos estudos já realizados, centrados nesta temática e com a população-alvo em estudo. Especificamente, num primeiro momento será apresentado um estudo centrado no tipo de estratégias a utilizar aquando da realização de uma intervenção de PSM com jovens – o qual se revela importante, tendo em consideração a necessidade de se adequar as estratégias e conteúdos abordados consoante o público-

alvo. Posteriormente, serão abordados alguns estudos referentes a intervenções de PSM realizadas com este público-alvo e em contexto escolar. Sendo, por fim, apresentados apenas alguns estudos que têm sido desenvolvidos com o objetivo de compreender a influência da proximidade a problemas SM e do gênero na LSM dos jovens – variáveis estas que se têm demonstrando importantes no que concerne à LSM dos jovens, bem como no estigma associados às PM.

Passando à descrição dos estudos, foi realizado, na Escócia, o estudo “*Young people’s views of mental health education in secondary schools: a Scottish study*” (Woolfson, Woolfson, Mooney & Bryce, 2008), com o objetivo de compreender as preferências dos estudantes no que respeita à forma como é realizada a educação da SM. Este estudo recorreu a 773 participantes com idades compreendidas entre os 11 e os 17 anos. Através de um questionário avaliado por uma escala tipo Likert de 5 pontos, foi possível concluir que os jovens consideram um programa de educação para a SM eficaz se este: (1) for levado a cabo por um profissional da área, (2) for realizado na própria turma, (3) envolver os alunos em atividades práticas, (4) for focado na prevenção da SM e (4) apresentar uma grande variedade de tópicos. Assim, estes resultados enfatizaram a necessidade de se adequar os programas de educação para a SM de acordo com o interesse dos jovens, a fim de garantir a eficácia dos mesmos (Woolfson et al., 2008).

Em 2012, nos EUA, foi levado a cabo o estudo “*Knowledge and Attitudes About Mental Illness: A Survey of Middle School Students*” (Wahl, Susin, Lax Kaplan & Zatina, 2012) que tinha como objetivos (1) promover um aumento da LSM em estudantes do ensino básico, bem como (2) desenvolver e implementar medidas de conhecimento e atitudes nos mesmos. Assim, neste estudo participaram 193 adolescentes do 7º e 8º ano de escolaridade. Através de um questionário de autopreenchimento – construído no âmbito do estudo –, com uma escala de avaliação tipo Likert de 5 pontos, foram avaliados três domínios: (1) os conhecimentos, (2) as atitudes e, por último (3) a distância social. No que concerne ao primeiro domínio, os jovens demonstraram um baixo nível de conhecimento, especificamente no que respeita a identificar sintomas específicos de PM (e.g. apenas 25% dos estudantes sabia identificar os sintomas específicos da perturbação bipolar). Já em relação às atitudes face à PM, de uma forma geral, estas eram positivas, no entanto, foram também encontradas atitudes mais negativas, sendo que 29% dos estudantes acreditava que as pessoas que sofrem de PM não melhoram após o tratamento. Por último, os jovens apresentaram uma elevada resistência em interagir com as pessoas que sofrem de PM, apesar de apenas 10% dos participantes considerarem as pessoas com PM violentas. Assim, estes resultados sugerem que apesar de as atitudes estigmatizantes estarem menos presentes na população mais jovem, é importante educar e aumentar os conhecimentos desta população, visto que as atitudes estigmatizantes e a distância social podem permanecer um problema no futuro destes jovens (Wahl et al., 2012).

Paralelamente, no Reino Unido foi implementado, em 2009, um programa de intervenção de PSM com jovens dos 14 aos 15 anos de idade (N=416), em contexto escolar. Assim, com o objetivo avaliar o impacto da intervenção na LSM dos jovens, foram obtidos dois grupos – grupo experimental

(N=174) e grupo de controlo (N=242), aos quais foi aplicado o *Mental Health Questionnaire*, antes e após a implementação da intervenção. Especificamente em relação à intervenção, esta foi realizada através de seis sessões, nas quais foram abordadas questões relacionadas com a SM (e.g. depressão, suicídio, perturbações do comportamento alimentar, *bullying* e stress). Assim, após a intervenção, 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 inerente às mesmas (Naylor, Cowie, Walters, Talamelli & Dawkins, 2009).

Em 2007, foi realizado na Austrália o estudo “*Mental Illness Education*” (Rickwood, Cavanagh & Curtis, 2004), cujos objetivos compreendiam o aumento da LSM e das competências de procura de ajuda, bem como a redução dos estereótipos associados às PM. Com a finalidade de avaliar o impacto da intervenção implementada nos estudantes (N=457), o presente estudo utilizou uma metodologia pré-pós, tendo sido, desta forma, aplicado um questionário aos participantes antes e após a intervenção. Assim, 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).

Por fim, em 2008, foi realizado o programa “*MasterMind: Empower Yourself With Mental Health. A Program for Adolescents*” (Tacker & Dobie, 2008) – igualmente Australiano -, cujo objetivo consistiu em estudar mudanças ocorridas no conhecimento dos jovens acerca da SM, tendo sido para o efeito utilizada uma metodologia pré-pós. O programa revelou-se eficaz, aumentando o conhecimento dos alunos no que diz respeito à identificação de estratégias de *coping* para lidar com problemas da vida (e.g. tristeza, raiva), encontrar apoio na família e escola, capacidade de detetar os sinais de depressão e ainda no que respeita ao aumento da capacidade de realizar as ações apropriadas no caso de reconhecerem alguém em risco de cometer suicídio.

Passando à influência da proximidade a problemas de SM na LSM dos jovens, foi realizado em 2007, o estudo “*Will Filmed Presentations of Education and Contact Diminish Mental Illness Stigma?*” (Corrigan, Larson, Sells, Niessen & Watson, 2007), que tinha como objetivo compreender a influência do contacto próximo a problemas de SM nos estereótipos associados às PM, comparativamente à educação baseada em filmes. Os participantes deste estudo (257 estudantes universitários de Chicago) foram distribuídos aleatoriamente em dois grupos: (1) grupo do contacto – observaram um vídeo de uma pessoa com esquizofrenia no qual esta partilhava a sua experiência (e.g. sintomas, processo de recuperação e crenças comuns na PM) e (2) grupo da educação – assistiram a um vídeo que descrevia algumas PM. Desta forma, através de um questionário que englobava diversos aspetos relacionados com o estigma – responsabilidade, pena, medo e perigo, evitamento, segregação e coerção, bem como *empowerment* pessoal –foi possível concluir que ambas as estratégias trouxeram resultados benéficos, no entanto em aspetos distintos. Especificamente 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; embora se tenha verificado, igualmente, um

aumento dos participantes que mencionaram que as pessoas com PM não devem ter controlo sobre a sua própria vida (*empowerment*). Já o grupo do contacto, alcançou resultados significativos no respeito 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 - o que veio reforçar o facto de o contacto próximo a problemas de SM ter um maior impacto na diminuição do estigma (Corrigan et al., 2007).

Finalizando, tal como referido inicialmente, alguns estudos têm procurado compreender a influência do género no que respeita a questões relacionadas com a SM. Especificamente, em 2006 foi realizado, na Austrália, o estudo “*Influence of gender on mental health literacy in young Australians*” (Cotton, Wright, Harris, Jorm & McGorry, 2006), que tinha como objetivo avaliar os efeitos do género na LSM em jovens dos 12 aos 25 anos de idade. Para tal, foi administrado um questionário – adaptado do questionário da Mental Health Literacy de Jorm e colaboradores (1997) – a 1207 jovens (539 do sexo masculino e 668 do sexo feminino). Este estudo revelou diferenças a nível de género, demonstrando que o género masculino se encontra mais relutante em procurar ajuda profissional, apresenta uma maior tendência para recorrer ao uso de álcool como forma de lidar com problemas de SM, bem como uma maior dificuldade em reconhecer sintomas característicos das PM (Cotton et al., 2006).

Um outro estudo realizado nos EUA, “*Stigma starts early: Gender differences in teen willingness to use mental health services*” (Chandra & Minkovitz, 2006), procurou compreender a influência do género e do estigma no uso dos serviços de SM. Para tal, foi aplicado um questionário a 227 jovens do 8º ano de escolaridade, sendo 138 do género masculino e 136 do género feminino. Através do referido questionário, avaliado segundo uma escala de 4 pontos Likert, foi possível concluir que no que respeita à procura de ajuda formal e/ou informal 67.2% dos participantes referiram recorrer ao apoio de um amigo, 53.9% ao apoio dos pais e 12.6% aos serviços de psicologia. Já no que respeita às diferenças de género, os resultados obtidos indicaram que, comparativamente com o género feminino, o género masculino recorre maioritariamente a estratégias de autoajuda (género masculino: 9.6%; género feminino: 2.9%) ou ao apoio de um amigo (52.9%). Por sua vez, o género feminino referiu maioritariamente procurar apoio de um familiar (género feminino: 31.1%; género masculino: 19.1%). Finalizando, quando questionados sobre os obstáculos na procura de ajuda 59.1% dos participantes referiu o estigma face aos problemas de SM e 51.8% mencionou não se sentir à vontade para falar sobre este tipo de problemas (Chandra & Minkovitz, 2006). Ambos os estudos demonstraram resultados importantes, tendo contribuído para a compreensão dos aspetos que poderão levar a um maior atraso na procura de ajuda no género masculino, o que, conseqüentemente, dificulta uma intervenção precoce (Cotton et al., 2006), tendo estes resultados salientado a importância de investir na PSM dos jovens em contexto escolar (Chandra & Minkovitz, 2006).

Finalizando, tendo em conta todos os estudos apresentados, ações de PSM tornam-se imprescindíveis, a fim de aumentar os conhecimentos sobre SM, reduzir o estigma inerente às PM,

bem como promover comportamentos adequados, promotores de SM, bem como de autoajuda e ajuda ao outro.

Em Portugal, embora ainda sejam realizados em reduzido número, já têm sido desenvolvidos alguns estudos neste âmbito. Deste modo, de seguida serão apresentados alguns desses estudos realizados ao longo dos últimos anos.

4.2. Estado de Arte Nacional

Em 2009, a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra deu início ao projeto “*Educação e Sensibilização para a Saúde Mental: Um programa de Intervenção Escolar para Adolescentes e Jovens*”, que teve como objetivo a criação de um *site* de internet que possibilite o aumento da literacia em saúde mental dos jovens entre os 15 e os 22 anos de idade, promovendo, deste modo, o aumento dos conhecimentos acerca das PM, a procura de ajuda e a redução do estigma face às PM³. De facto, de acordo com Jorm (2012) a internet representa um poderoso meio para dar a conhecer à população questões relacionadas com a SM.

Ainda no âmbito do referido projeto, foi realizado em 2013, o estudo “*Mental health literacy about depression: a survey of Portuguese youth*” (Loureiro, Jorm, Mendes, Santos, Ferreira & Pedreiro, 2013) que tinha como objetivo avaliar a LSM dos jovens portugueses, especificamente ao nível da Depressão. Para tal, participaram 4938 estudantes com idades compreendidas entre os 14 e os 24 anos, aos quais foi 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 e/ou informal disponível, estratégias de autoajuda, a predisposição para ajudar e, por último, conhecimentos de prevenção da depressão. Os dados obtidos, através de uma análise quantitativa, 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 respeita 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.

Quanto 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%). Por último, quanto 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

³ <http://felizmente.esenfc.pt/felizmente/?w=5&id=11412>

stress (83.6%) e do consumo de substâncias como o tabaco (82.0%) e o álcool (74.3%) (Loureiro et al., 2013).

Finalizando, a ENCONTRAR+SE tem-se destacado no desenvolvimento de estudos relativos a esta temática, tendo sido alguns deles já referidos. Assim, recentemente, a associação desenvolveu e implementou o projeto “UPA Faz a Diferença – Ações de sensibilização pró-saúde mental” que, tendo contado com a participação de 1177 jovens, tem como objetivo proporcionar um aumento da 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). Especificamente, o questionário de avaliação foi aplicado aos participantes antes e após a implementação da intervenção. Assim, o projeto trouxe resultados relevantes no âmbito da PSM, confirmando que, de facto, após as ações de sensibilização implementadas pelo projeto, os adolescentes (15-18 anos) demonstraram melhorias significativas em variadas áreas, nomeadamente nas perceções estigmatizantes e de conhecimentos acerca das PM, na causas das PM, na percepção de que indivíduos com problemas ao nível da SM podem ter uma vida “como a das outras pessoas”, na procura de ajuda em caso de se encontrarem perante problemas de SM, na noção da existência de um leque mais abrangente de procura de ajuda, e por fim, na intenção de ajudar alguém com problemas de SM (Campos, Palha, Dias & Costa, 2012). Ainda no âmbito deste projeto, foi avaliada a influência do género no impacto das ações realizadas, tendo sido 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 (GF: $M=2.55$, $DP=.35$; GM: $M=2.46$, $DP=.30$) (Campos, Palha, Dias, Veiga, et al., 2012).

Por último, levando em conta a importância de todas as questões abordadas até ao momento, e tendo em consideração os satisfatórios resultados obtidos no projeto “UPA – Faz a Diferença – Ações de sensibilização pró-saúde mental”, surge o presente projeto “Abrir Espaço à Saúde Mental- Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14): desenvolvimento e avaliação de uma intervenção” -, que teve em vista o desenvolvimento de um instrumento de avaliação da LSM, assim como o desenvolvimento, implementação e avaliação de uma intervenção focada nos conhecimentos, atitudes e comportamentos dos adolescentes dos 12 aos 14 anos de idade, relativamente a problemas de saúde mental (Campos, Palha, Veiga, Dias & Duarte, 2012; ENCONTRAR+SE, 2013).

A presente dissertação, integrando-se no referido projeto, tem como objetivo geral avaliar o impacto da intervenção centrada na promoção da saúde mental com jovens do 7º ano de escolaridade.

De seguida será apresentado o capítulo referente ao estudo empírico da presente investigação, o qual integra a metodologia utilizada e a apresentação dos resultados.

Capítulo II. Estudo Empírico

Este capítulo integra o estudo empírico do presente estudo, o qual engloba a descrição da metodologia e a apresentação dos resultados.

5. Metodologia

No presente ponto serão abordados, pela respetiva ordem, os objetivos específicos do estudo, a questão e hipóteses de investigação formuladas, a caracterização da amostra, a descrição do instrumento, bem como os procedimentos de recolha e análise de dados.

5.1. Objetivos específicos

No que respeita aos objetivos específicos do presente estudo, estes são:

1. Avaliar a literacia em saúde mental em alunos do 7º 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 7º ano de escolaridade;
3. Avaliar o impacto de uma intervenção de promoção de saúde em saúde mental, em alunos do 7º ano de escolaridade.

5.2. Questão e Hipóteses de investigação

Para o presente estudo foi formulada uma questão de investigação, bem como 5 hipóteses de investigação.

Quanto à questão de investigação esta é: “Quais os níveis de literacia em saúde mental em jovens do 7º ano de escolaridade?”

As hipóteses de investigação formuladas, estas as seguintes:

H1: Os jovens do 7º ano de escolaridade do género feminino apresentam níveis superiores de literacia em saúde mental, comparativamente aos do género masculino.

H2: Os jovens do 7º 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.

5.3. Amostra

No presente estudo participaram 170 estudantes do 7º ano de escolaridade, de 4 escolas do norte litoral de Portugal, sendo 2 do ensino público (N=105; 61.8%) e as outras 2 do ensino privado (N=65; 38.3%). Os participantes tinham idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos ($M=11.99$; $DP=.679$)⁴, sendo 81 (48.2%) do género feminino. Quanto à cidade de residência (Cf. Anexo 1 – Tabela 1.1), a maioria dos participantes residia no Porto (N=81; 47.6%) e em Matosinhos (N=76; 44.7%).

Em relação à profissão do encarregado de educação, apenas 15 (8.8%) encontravam-se relacionadas com a saúde. Quanto à situação profissional do encarregado de educação, 149 (87.6%) participantes referiram que estes encontravam-se atualmente a trabalhar.

No que respeita à proximidade a problemas de SM, 76 (44.7%) participantes referiram conhecer alguém com problema de SM, 56 (32.9%) referiram não conhecer, enquanto que 36 (21.2%) mencionaram não saber. Quando questionados acerca de qual o problema de SM da referida pessoa (Cf. Anexo 1 – Tabela 1.2), a maioria dos participantes mencionou ser Trissomia 21 (N=16; 9.4%), Alzheimer (N=11; 6.5%) e Deficiência mental (N=9; 5.3%). Finalizando, no que concerne ao tipo de relação com a pessoa com o referido problema de SM (Cf. Anexo 1 – Tabela 1.3), os participantes mencionaram, maioritariamente, tratar-se de um amigo (N=31; 18.2%), assim como de um familiar (N=31; 18.2%).

Com o objetivo de avaliar o impacto da intervenção, foram obtidos dois grupos, aleatoriamente, – grupo experimental (N=85) e grupo de controlo (N=85). Desta forma, procedeu-se à avaliação da equivalência das variáveis sociodemográficas – género, idade, cidade de residência, profissão do encarregado de educação (Cf. Anexo 2 – Tabela 2.1. a 2.4) - bem como proximidade a problemas de SM: problema identificado e relação com a pessoa com o referido problema (Cf. Anexo 3 – Tabela 3.1. a 3.2.), não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas. Neste sentido, ambos os grupos são semelhantes no que concerne às referidas variáveis, logo comparáveis.

5.4. Instrumentos

No presente estudo foi utilizado o LSMq – Questionário de Literacia em Saúde Mental (Campos, Palha, Dias, Veiga & Duarte, 2012), o qual foi construído no âmbito do projeto “Abrir Espaço à Saúde Mental” (Cf. Anexo 4 e 5). O instrumento é composto por uma ficha sociodemográfica e por três grandes secções que avaliam a LSM, sendo estas: (1) os *Conhecimentos sobre problemas de saúde mental*, (2) a *Procura de ajuda e competências de primeira ajuda*, bem como (3) as *Estratégias de autoajuda*.

⁴ O presente estudo teve como critério de inclusão jovens a frequentarem o 7º 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.

A ficha sociodemográfica permitiu a recolha de dados sociodemográficos, nomeadamente a data de nascimento dos participantes, o género, o ano de escolaridade, a cidade de residência, a profissão e situação profissional do encarregado de educação, bem como alguns dados referentes à proximidade a alguém com um problema de saúde mental: qual o problema e qual a relação com a pessoa com o referido problema.⁵

As componentes da LSM são avaliadas através de 34 itens, sendo 33 itens avaliados através de uma escala de 5 pontos de Likert (1 - discordo muito; 5 - concordo muito) e 1 item de escolha múltipla. Recorrendo às tabelas apresentadas de seguida (Cf. Tabela 1 a 3), é possível observar-se detalhadamente quais os itens que integram cada uma das secções.

Tabela 1.

Secção 1 – Conhecimentos sobre problemas de saúde mental

“a) Capacidade de reconhecer perturbações mentais específicas ou diferentes tipos de problemas de saúde mental; b) conhecimentos e crenças sobre os fatores de risco e causas” (Jorm, 2012)

Itens
Conhecimentos numa escala de 5 pontos de Likert
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 (item invertido)
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 (item invertido)
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 (conhecimentos invertidos) numa escala de 5 pontos de Likert
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.
Item escolha múltipla
Identificação de 3 perturbações mentais (Ansiedade generalizada; Depressão e Esquizofrenia) numa lista de 7 problemas de saúde.

⁵ 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”.

Tabela 2.

Secção 2 – Procura de ajuda e competências de primeira ajuda

“Conhecimentos sobre ajuda profissional disponível”; “Atitudes que facilitem o reconhecimento e procura de ajuda adequada”; “A capacidade de ajudar o outro com um problema de saúde mental” (Jorm, 2012)

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 3.

Secção 3 – Estratégias de autoajuda

“Conhecimentos de estratégias de autoajuda” (Jorm, 2012)

Itens
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, o instrumento abrange diversos aspetos, nomeadamente (1) conhecimentos sobre problemas de SM, nos quais se incluem características gerais de problemas de SM, prevalência, sinais e sintomas, fatores de risco das perturbações mentais e estereótipos associados a problemas de saúde mental, bem como conhecimentos específicos acerca de 3 perturbações (Esquizofrenia, Ansiedade e Depressão), (2) conhecimentos relativos a intenções comportamentais de procura de ajuda formal e/ou informal disponível e competências de primeira ajuda e (3) conhecimentos relativos a estratégias de autoajuda.

Finalizando, no que respeita ao estudo psicométrico do instrumento, os valores obtidos na consistência interna apontam para um Alpha de Cronbach de 0.78 na secção *Conhecimentos sobre problemas de saúde mental*, 0.79 na secção *Procura de ajuda e competências de primeira ajuda* e 0.72 na secção *Estratégias de autoajuda* (Campos, Palha, Dias, Veiga & Duarte, 2013).

5.5. Intervenção de promoção de saúde mental

A intervenção de PSM teve como objetivo geral contribuir para um aumento de conhecimentos acerca de questões relacionadas com a SM, em jovens do 7º ano de escolaridade, a fim de (1) sensibilizar para a PSM e bem-estar, bem como (2) reduzir os estereótipos associados às PM, incentivando a procura de ajuda precoce⁶.

A intervenção foi constituída por duas sessões, de 90 minutos cada, implementadas com um intervalo de uma semana. Através de uma metodologia interativa (e.g. dinâmicas de grupo, vídeos, músicas e promoção do debate e esclarecimento de dúvidas), foram abordados diversos conteúdos, nomeadamente: (1) 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), (2) conhecimentos específicos acerca de 3 PM (e.g. identificação de sinais e sintomas), nomeadamente a Depressão, Ansiedade e Esquizofrenia, (3) estereótipos associados às PM, (4) intenções comportamentais relativas a procura de ajuda e competências de primeira ajuda, bem como (5) estratégias de autoajuda.

Especificamente, a primeira sessão teve como objetivos: (1) a apresentação do projeto “Abrir Espaço à Saúde Mental” e definição de regras de funcionamento, (2) a exploração de conhecimentos e estereótipos acerca da saúde e doença, tanto física como mental, (3) exploração de sinais, sintomas e impacto das PM, (4) identificação de fatores de risco transversais a todas as PM, (5) identificação de sinais e sintomas de três PM – Ansiedade, Depressão e Esquizofrenia, assim como (6) redução de estereótipos associados a PM, promovendo, deste modo, comportamentos e atitudes mais adequadas e positivas, bem como a integração das pessoas que sofrem de problemas de SM.

Por seu turno, a segunda sessão teve com objetivos: (1) explorar os estereótipos relativos a problemas de SM, (2) identificar e reconhecer problemas de SM e explorar o impacto dos mesmos, (3) identificar tipos de ajuda formal e informal disponíveis, (4) promover a predisposição para ajudar uma pessoa com um problema de SM, bem como (5) explorar e promover comportamentos promotores da SM e estratégias de autoajuda.

5.6. Procedimentos

5.6.1. Procedimentos da recolha de dados

No que respeita à recolha de dados importa salientar, antes de mais, que para a realização da intervenção realizada, foi necessária a autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados (Cf. Anexo 6), assim como da Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC), nomeadamente do departamento de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (MIME) (Cf.

⁶ A intervenção de promoção de saúde mental teve por base (1) uma extensa revisão de literatura centrada na literacia em saúde mental e nas intervenções em contexto escolar, bem como (2) os dados obtidos através da realização de focus groups e (3) os resultados obtidos através do estudo-piloto, realizados numa etapa prévia ao presente estudo.

Anexo 7). Foi, ainda, garantido o anonimato dos participantes, tendo sido o emparelhamento dos questionários realizado através de um código do aluno (cinco dígitos do número de telemóvel).

Paralelamente, foi solicitado o consentimento informado tanto dos encarregados de educação como dos participantes (Cf. Anexos 8, 9, 10 e 11.). Deste modo, após a solicitação das autorizações necessárias, procedeu-se à recolha de dados, que ocorreu nas escolas, em sala de aula e durante o horário letivo dos alunos - entre os meses de outubro e dezembro de 2012.

A recolha de dados foi realizada através do LSMq – Questionário de Literacia em Saúde Mental - o qual foi aplicado aos participantes antes e após a realização da intervenção de PSM, pelo que a avaliação do impacto da intervenção tem um formato pré-pós. Especificamente, o grupo experimental, constituindo-se como o alvo de intervenção, teve dois momentos de avaliação separados por uma semana, sendo que nesse intervalo foi implementada a intervenção de PSM; enquanto que o grupo de controlo teve, de igual modo e no mesmo período do tempo, dois momentos de avaliação mas não foi realizada qualquer tipo de intervenção⁷. O questionário de avaliação foi aplicado aos alunos pelos professores, uma semana antes e após a realização da intervenção de PSM, em contexto de sala de aula e durante o horário letivos dos alunos – tendo sido, para tal, fornecidas as instruções necessárias para a sua correta aplicação (e.g. leitura de instruções aos alunos; salientar a importância de preencherem o questionário individualmente).

Já em relação às sessões de PSM foram, de igual modo, realizadas em sala de aula e durante o horário letivo dos alunos, tendo estado presentes dois dinamizadores⁸ - a psicóloga (bolseira de investigação de projeto “Abrir Espaço à Saúde Mental”) e uma aluna do mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde. A fim de promover um ambiente informal, bem como o debate em grupo e garantir uma boa gestão da sala de aula, os alunos foram dispostos em círculo, tendo sido abordadas no início de cada sessão algumas regras de funcionamento a cumprir (e.g. participar nas 2 sessões, colocar todas as dúvidas, manter a confidencialidade, respeitar os colegas e utilizar crachás de identificação).

5.6.2. Procedimento de análise de dados

A análise de dados foi de cariz quantitativo e realizada através do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) v.20. Deste modo, foi utilizada a estatística descritiva para caracterizar a amostra e avaliar a literacia em saúde mental dos alunos do 7º ano de escolaridade, previamente à intervenção. No que concerne aos níveis de significância estatística, foi considerado um nível de $p \leq 0.05$.

⁷ O grupo de controlo será alvo de intervenção posteriormente à realização do *follow-up*, o qual constitui a última etapa do projeto “Abrir Espaço à Saúde Mental”.

⁸ As referidas sessões contaram também com a presença dos professores, a fim de garantir uma boa gestão da sala de aula.

Quanto às secções do questionário, num primeiro momento procedeu-se à recodificação de 5 itens⁹ que se encontravam invertidos. Especificamente, 5 itens correspondiam à secção *Conhecimentos sobre problemas de saúde mental* e 1 item à secção *Procura de ajuda e competências de primeira ajuda*. Posteriormente, foi calculado o score total de cada secção, através da soma dos itens correspondentes a cada uma das secções. Com o intuito de verificar qual o teste estatístico mais adequado para responder às hipóteses de investigação formuladas, procedeu-se à realização do teste da normalidade no que refere às secções do questionário (variáveis intervalares). Assim, 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 testes paramétricos foram equivalentes, serão relatados os dados obtidos referentes aos testes paramétricos.

Especificamente, para avaliar o impacto da intervenção de promoção de saúde mental no grupo experimental foram utilizados um teste paramétrico (Teste t para amostras emparelhadas – para avaliar o score total de cada secção), bem como testes não-paramétricos (Teste Wilcoxon – para avaliar detalhadamente os itens correspondentes a cada secção; Teste McNemar – para avaliar os conhecimentos relativos a 3 perturbações mentais – Depressão, Ansiedade e Esquizofrenia). Para 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 total de cada secção) e testes não paramétricos (Teste Mann-Whitney - para avaliar os itens que integram cada secção; Teste Qui-Quadrado – a fim de avaliar as diferenças ao nível dos conhecimentos relativos a três perturbações mentais específicas entre ambos os grupos).

Finalizando, 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, o Teste Mann-Whitney e o Teste Qui-Quadrado.

6. Apresentação de Resultados

O presente ponto descreve os resultados do estudo empírico. Deste modo, de forma a dar resposta à questão e hipóteses de investigação formuladas, os resultados serão apresentados pela seguinte ordem: em primeiro lugar apresentam-se os resultados obtidos na pré-intervenção, especificamente, em relação (1) à literacia em saúde mental dos estudantes e (2) 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.

6.1. Literacia em saúde mental de alunos do 7º ano de escolaridade (PRÉ-TESTE)

Com o intuito de avaliar os níveis de literacia em saúde mental de alunos do 7º ano de escolaridade, foi considerada a amostra total (N=170).

⁹ Itens recodificados: 7, 12, 15, 17 e 26

Secção 1 - Conhecimentos sobre problemas de saúde mental

Verificou-se que os participantes possuem um score total de conhecimentos sobre problemas de saúde mental elevado ($M=3.59$; $DP=.352$) (Cf. Anexo 12 – Tabela 12.1). Na Tabela 4 encontram-se os itens nos quais os participantes apresentaram valores mais elevados e mais reduzidos, bem como os valores obtidos nos itens correspondentes aos estereótipos¹⁰ (Cf. Anexo 12 – Tabela 12.1 a 12.2).

Tabela 4.

Conhecimentos sobre problemas de saúde mental – análise detalhada (PRÉ-TESTE)

Itens	Amostra total		
	N	M	DP
Valores mais elevados			
16. Quanto mais cedo forem identificadas e tratadas as perturbações mentais, melhor.	169	4.34	.838
27. O consumo de drogas pode causar perturbações mentais.	169	4.08	.886
11. Uma pessoa com perturbação de ansiedade pode entrar em pânico perante situações de que tenha medo.	168	4.01	.841
Valores mais reduzidos			
18. O mau funcionamento do cérebro pode levar ao aparecimento de perturbações mentais.	164	3.46	.916
22. Um dos sintomas da depressão é a falta de interesse ou prazer pela maioria das coisas	167	3.43	.914
31. Uma pessoa com esquizofrenia pode ver e ouvir coisas que mais ninguém vê e ouve.	162	3.38	.871
Estereótipos			
26. A depressão não é uma verdadeira perturbação mental.	166	2.58	.986
17. Só os adultos têm perturbações mentais.	168	1.51	.750
12. As pessoas com perturbação mental são de famílias com pouco dinheiro	170	1.44	.806

Quanto à identificação de 3 perturbações mentais específicas (Depressão, Ansiedade e Esquizofrenia) num conjunto de 7 problemas de saúde, tal como se pode verificar através da análise da Tabela 5, a maioria dos participantes identificou como sendo perturbação mental a Depressão e a Esquizofrenia. Uma percentagem elevada dos participantes identificou ainda o Parkinson, a Paralisia e a Trissomia 21, como sendo problemas de saúde mental.

Tabela 5.

Lista de identificação de 3 perturbações mentais específicas, num conjunto de 7 problemas de saúde (PRÉ-TESTE)

Problemas de saúde	N	%
Depressão	134	78.8
Esquizofrenia	125	73.5
Parkinson	114	61.1
Paralisia	101	59.4
Ansiedade	84	50.6
Trissomia 21	72	42.4
AVC	48	28.2

¹⁰ Para uma melhor compreensão dos resultados relativos aos estereótipos, nesta tabela não foram invertidos os valores dos referidos itens - valores mais elevados correspondem a estereótipos mais elevados.

Secção 2 – Procura de ajuda e competências de primeira ajuda

No que respeita à secção relativa à procura de ajuda e competências de primeira ajuda (Cf. Anexo 13 – Tabela 13.1), verificou-se um score total elevado ($M=4.26$; $DP=.49$). Quanto à análise dos itens detalhada, foram observados valores elevados em todos os itens (Cf. Anexo 13 – Tabela 13.2).

Secção 3 – Estratégias de autoajuda

Quanto à secção 3 (Cf. Anexo 14 – Tabela 14.1), os resultados obtidos apontaram para um score total elevado ($M=3.79$; $DP=.63$), tendo sido, igualmente, observados valores elevados nos 5 itens que integram a presente secção (Cf. Anexo 14 – Tabela 14.2).

6.2. 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 da que avaliam a literacia em saúde mental (Cf. Anexo 15 – Tabela 15.1. a 15.3.).

Secção 1 – Conhecimentos sobre problemas de saúde mental

No que refere à secção 1, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos no momento da pré-intervenção (G.E: $M=3.63$; $DP=.35$; G.C: $M=3.55$; $DP=.39$; $p=.197$).

Secção 2 – Procura de ajuda e competências de primeira ajuda

Na secção 2 não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo experimental e o grupo de controlo, no momento prévio à intervenção (G.E: $M=4.25$; $DP=.44$; G.C: $M=4.26$; $DP=.53$; $p=.883$).

Secção 3 – Estratégias de autoajuda

Por último, no que respeita à secção 3 também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos no momento da pré-intervenção (G.E: $M=3.77$; $DP=.64$; G.C: $M=3.81$; $DP=.63$; $p=.734$).

6.3. Relação entre a literacia em saúde mental e o género (PRÉ-TESTE)

Secção 1 - Conhecimentos sobre problemas de saúde mental

No que respeita ao score total de conhecimentos sobre problemas de saúde mental, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre ambos os géneros (Género Feminino: $M=3.64$; $DP=.314$; Género Masculino: $M=3.55$; $DP=.383$; $p=.13$) (Cf. Anexo 16 – Tabela 16.1).

Analisando detalhadamente todos os itens que integram a presente secção, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre ambos os géneros em 5 dos 18 itens analisados (Cf. Tabela 6 e Anexo 16 – Tabela 16.2).

Tabela 6.

Diferenças significativas de género quanto aos conhecimentos sobre problemas de saúde mental – análise detalhada (PRÉ-TESTE)

Itens	Género Masculino			Género feminino			U	p*
	N	M	DP	N	M	DP		
4. Em casos de Esquizofrenia, é comum as pessoas terem ideias delirantes (isto é, podem acreditar que estão a ser constantemente perseguidas ou observadas)	82	3.62	.796	76	3.88	.879	2569.000	.042
11. Uma pessoa com perturbação de ansiedade pode entrar em pânico perante situações de que tenha medo.	86	3.80	.905	80	4.25	.703	2481.500	.001
14. O consumo de álcool pode causar perturbações mentais	86	3.95	.880	81	3.69	.846	2793.000	.017
3. Uma pessoa com depressão sente-se muito infeliz	86	3.80	1.015	81	4.52	.726	2666.000	.004
Estereótipos								
17. Só os adultos têm perturbações mentais	86	1.59	.757	80	1.41	.741	2905.000	.045

*Teste Mann-Whitney; $p \leq .05$

Finalizando, no que concerne à identificação de 3 perturbações mentais (Cf. Anexo 16 – Quadro 16.3.), apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($X^2(1) = 3.862$; $p = .05$) entre ambos os géneros, ao nível da identificação do Parkinson como sendo uma perturbação mental (Género feminino: $N=60$; 74.1%; Género masculino= 52 ; 59.8%).

Secção 2 – Procura de ajuda e competências de primeira ajuda

No que concerne ao score total da secção 2 (Cf. Anexo 16 – Tabela 16.4.), verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os géneros (Género Feminino: $M=4.35$; $DP=.424$; Género Masculino: $M=4.16$; $DP=.533$; $t(157) = -2.525$; $p = .01$). Examinando detalhadamente cada um dos itens que compõem esta secção verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre ambos os géneros em 5 dos 10 itens analisados (Cf. Tabela 7).

Tabela 7.

Diferenças de género quanto à Procura de ajuda e competências de primeira ajuda – análise detalhada (PRÉ-TESTE)

Itens	Género Masculino			Género Feminino			U	p*
	N	M	DP	N	M	DP		
5. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda da minha família.	87	4.53	.679	80	4.75	.585	2772.000	.005
1. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, oferecia-me para ajudar	86	4.52	.646	80	4.77	.551	2660.500	.002
13. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu ouvia-o sem julgar ou criticar.	86	4.19	.847	81	4.54	.837	2492.000	<.001
10. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria ajuda profissional (psicólogo e/ou psiquiatra).	87	4.26	.855	81	4.40	.817	3170.500	.216
6. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um psicólogo	87	4.20	.860	81	4.47	.654	2914.500	.033
19. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um médico.	86	4.09	.792	79	4.42	.761	2548.500	.002
24. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu não podia fazer nada para o ajudar	87	4.16	.729	81	4.31	.752	3109.500	.150
20. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda dos meus amigos	86	3.80	.968	80	4.00	.900	3051.500	.175
8. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com os pais dele.	84	3.90	.965	81	3.86	.932	3286.000	.689
29. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com o diretor de turma ou outro professor	86	3.90	.958	81	3.88	1.053	3471.000	.968

*Teste Mann-Whitney; $p \leq .05$

Secção 3 – Estratégias de autoajuda

Em relação aos conhecimentos de estratégias de autoajuda (Cf. Anexo 16 – Tabela 16.5.), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no score total, entre ambos os géneros ($t(159) = -1.265$; $p = .21$). Na análise detalhada (Cf. Anexo 16 – Tabela 16.6.), observaram-se diferenças estatisticamente significativas no item 21 “*Ter uma alimentação equilibrada ajuda a melhorar a saúde mental*” (Género Feminino: $M = 3.47$, $DP = .909$; Género Masculino: $M = 3.37$, $DP = .915$; $U = 2764.000$; $p = .037$).

6.4. Relação entre a literacia em saúde mental e a proximidade a problemas de saúde mental (pré-teste)

Secção 1 - Conhecimentos sobre problemas de saúde mental

No que refere à secção 1 (Cf. Anexo 17 – Tabela 17.1.), foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no score total ($t(112) = 3.017; p=.003$), entre os alunos que mencionaram ter conhecimento de alguém com um problema de saúde mental ($M=3.82; DP=.364$) e os alunos que referiram não ter conhecimento ($M=.64; DP=.443$). Analisando detalhadamente cada um dos itens que compõem a presente secção verificam-se diferenças estatisticamente significativas em 3 dos 18 itens avaliados (Cf. Tabela 8 e Anexo 17 – Tabela 17.2.).

Tabela 8.

Diferenças significativas nos conhecimentos sobre problemas de saúde mental em relação à proximidade a alguém com problemas de saúde mental – análise detalhada (PRÉ-TESTE)

Itens	Proximidade a problemas de saúde mental						U	p*
	Sim			Não				
	N	M	DP	N	M	DP		
11. Uma pessoa com perturbação de ansiedade pode entrar em pânico perante situações de que tenha medo.	76	4.18	.725	55	3.82	.884	1593.000	.011
4. Em casos de esquizofrenia, é comum as pessoas terem ideias delirantes (isto é, podem acreditar que estão a ser constantemente perseguidas e observadas).	72	3.99	.864	52	3.50	.754	1319.500	.003
Estereótipos								
26. A depressão não é uma verdadeira perturbação mental.	73	2.30	1.076	55	2.80	.970	1439.000	.004

*Teste Mann-Whitney; $p \leq .05$

Por fim, quanto à identificação de 3 perturbações mentais, num conjunto de 7 problemas de saúde (Cf. Anexo 17 – Tabela 17.3.), verificaram-se diferenças estatisticamente significativas apenas ao nível da identificação da trissomia 21 como sendo uma perturbação mental ($p=.05$), entre os jovens que referiram ter conhecimento de alguém com um problema de saúde mental ($N=40; 52.6\%$) e os jovens que mencionaram não ter conhecimento ($N=19; 33.9\%$).

Secção 2 – Procura de ajuda e competências de primeira ajuda

Quanto à secção 2 (Cf. Anexo 17 – Tabela 17.4.), foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no score total ($t(124) = 2.256; p=.03$), entre os alunos que mencionaram ter conhecimento de alguém com um problema de saúde mental ($M=4.36; DP=.450$) e aqueles que mencionaram não ter conhecimento ($M=4.15; DP=.573$). Na análise detalhada foram encontradas diferenças significativas em 2 dos 5 itens avaliados (Cf. Tabela 9).

Tabela 9.

Diferenças ao nível da procura de ajuda e competências de primeira ajuda, em relação à proximidade a problemas de saúde mental – análise detalhada (PRÉ-TESTE)

Itens	Proximidade a problemas de saúde mental						U	p*
	Sim			Não				
	N	M	DP	N	M	DP		
5. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda da minha família.	75	4.73	.528	56	4.52	.786	1791.500	.070
1. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, oferecia-me para ajudar	75	4.64	.747	56	4.61	.652	1974.500	.458
13. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu ouvia-o sem julgar ou criticar.	76	4.46	.774	56	4.25	.958	1870.000	.184
10. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria ajuda profissional (psicólogo e/ou psiquiatra).	76	4.49	.792	56	4.27	.842	1761.000	.058
6. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um psicólogo	76	4.38	.799	56	4.21	.825	1853.000	.163
19. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um médico.	74	4.27	.865	56	4.18	.765	1866.000	.290
24. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu não podia fazer nada para o ajudar	76	1.59	.715	56	1.87	.762	1670.500	.020
20. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda dos meus amigos	74	4.05	.890	56	3.75	1.031	1726.500	.082
8. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com os pais dele.	74	3.92	1.044	55	3.82	.964	1872.000	.413
29. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com o diretor de turma ou outro professor	75	4.08	1.050	56	3.79	1.004	1690.000	.043

Teste Mann-Whitney; $p \leq .05$

Seção 3 – Estratégias de autoajuda

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($t(124) = 0.759$; $p = .449$), no score total dos conhecimentos relativos a estratégias de autoajuda, entre os alunos que referiram conhecer alguém com um problemas de saúde mental e os alunos que mencionaram não conhecer (Cf. Anexo 17 – Tabela 17.5.). Quanto à análise detalhada de cada item correspondente à secção 3 (Cf. Anexo 17 – Tabela 17.6.) verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no item 30 “Fazer algo que goste ajuda a melhorar a saúde mental” ($U = 1676.500$; $p = .042$).

6.5. Impacto da ação de promoção de saúde mental na literacia em saúde mental, em alunos do 7º 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 7º 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. Posteriormente, segue-se a comparação entre ambos os grupos após a intervenção.

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

Seção 1 - Conhecimentos sobre problemas de saúde mental

No que refere à seção 1, após a intervenção verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no score total (Cf. Tabela 10) do grupo experimental.

Tabela 10.

Diferenças no grupo experimental e no grupo de controlo quanto aos conhecimentos 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 experimental	59	3.63	.316	59	4.20	.412	(58) -8.057	<.001

*T Test; $p \leq .05$

Examinando detalhadamente os itens da presente seção (Cf. Tabela 11) verificou-se um aumento significativo em 9 dos 18 itens avaliados (Cf. Anexo 18 – Tabela 18.1).

Tabela 11.

Diferenças significativas no grupo experimental quanto aos conhecimentos sobre problemas de saúde mental – micro análise (PRÉ-TESTE e PÓS-TESTE)

Itens	Pré-teste			Pós-teste			Z	p*
	N	M	DP	N	M	DP		
16. Quanto mais cedo forem identificadas e tratadas as perturbações mentais, melhor.	85	4.38	.723	73	4.56	.850	-2.278	.023
14. O consumo de álcool pode causar perturbações mentais.	85	3.74	.966	72	4.31	.882	-4.054	<.001
4. Em casos de esquizofrenia, é comum as pessoas terem ideias delirantes (isto é, podem acreditar que estão a ser constantemente perseguidas e observadas).	81	3.83	.877	72	4.49	.769	-4.740	<.001
22. Um dos sintomas da depressão é a falta de interesse ou prazer pela maioria das coisas.	84	3.52	.911	72	4.06	.837	-3.694	<.001

23. Uma pessoa com perturbação de ansiedade evita situações que lhe causem desconforto	83	3.42	.655	71	3.93	.724	-3.524	<.001
25. A duração dos sintomas é um dos aspetos importantes para sabermos se uma pessoa tem, ou não tem, uma perturbação mental.	84	3.58	.715	72	4.25	.801	-4.707	<.001
27. O consumo de drogas pode causar perturbações mentais.	85	4.01	.945	71	4.39	.746	-3.160	.002
31. Uma pessoa com esquizofrenia pode ver e ouvir coisas que mais ninguém vê e ouve.	84	3.48	.885	73	4.38	.738	-5.425	<.001
33. Situações de grande <i>stress</i> podem causar perturbações mentais.	85	3.80	.784	73	4.26	.688	-4.031	<.001
Estereótipos								
26. A depressão não é uma verdadeira perturbação mental.	84	2.68	.984	70	2.16	1.21	-2.977	.003

*Teste Wilcoxon; $p \leq .05$

Já no que respeita à identificação de 3 perturbações mentais num conjunto de 7 problemas de saúde, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no grupo experimental, na identificação da Ansiedade, Depressão, Esquizofrenia, Paralisia, Parkinson e AVC, como perturbações mentais (Cf. Tabela 12).

Tabela 12.

Diferenças no grupo experimental quando aos conhecimentos de 3 perturbações mentais, num conjunto de 7 problemas de saúde (PRÉ-TESTE e PÓS-TESTE)

Problemas de saúde	Pré-teste	Pós-teste	p^*
	N (%)	N (%)	
Ansiedade	50 (35.3%)	56 (65.9%)	<.01
Depressão	58 (76.5%)	67 (83.6%)	.02
Esquizofrenia	62 (72.9%)	68 (80.0%)	<.01
Paralisia	55 (64.7%)	23 (27.1%)	<.01
Parkinson	61 (71.8%)	18 (21.2%)	<.01
AVC	19 (22.4%)	5 (5.9%)	<.01
Trissomia 21	20 (52.6%)	18 (47.4%)	.09

*McNemar Test; $p \leq .05$

Secção 2 – Procura de ajuda e competências de primeira ajuda

No que respeita à secção 2, após a intervenção não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no score total (Cf. Anexo 18 – Tabela 18.2.). Examinando detalhadamente cada um dos itens que compõem a presente secção (Cf. Anexo 18 – Tabela 18.3.), verificou-se um aumento significativo nos itens 8 “*Se um amigo meu tivesse um perturbação mental eu falava com os pais dele*” (Pré-teste: $M=3.77$; $DP=.998$; Pós-teste: $M=4.17$; $DP=.928$; $Z=-3.341$; $p=.001$) e 24 “*Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu não podia fazer nada para o ajudar*” (Pré-teste: $M=4.13$; $DP=.768$; Pós-teste: $M=4.39$; $DP=.779$; $Z=-7.129$; $p < .001$).

Secção 3 – Estratégias de autoajuda

No que concerne à secção 3, após a intervenção verificou-se um aumento significativo no score total de estratégias de autoajuda, comparativamente com os dados obtidos no momento da pré-intervenção (Cf. Tabela 13).

Tabela 13.
Diferenças no grupo experimental face às estratégias de autoajuda – score total (PRÉ-TESTE e PÓS-TESTE)

Tipo de Grupo	Pré-teste			Pós-teste			<i>t</i>	<i>p</i> *
	N	<i>M</i>	<i>DP</i>	N	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Grupo experimental	70	3.77	.67	70	4.12	.72	(69) -5.181	<.001

*T Test; $p \leq .05$

Por fim, analisando detalhadamente cada item que integra a presente secção, tal como se pode constatar através da análise da Tabela 14, no grupo experimental verificou-se um aumento significativo em 4 dos 5 itens.

Tabela 14.
Diferenças no grupo experimental face às estratégias de autoajuda – análise detalhada (PRÉ-TESTE e PÓS-TESTE)

Itens	Pré-teste			Pós-teste			<i>U</i>	<i>p</i> *
	N	<i>M</i>	<i>DP</i>	N	<i>M</i>	<i>DP</i>		
21. Ter uma alimentação equilibrada ajuda a melhorar a saúde mental	85	3.72	.934	72	3.88	1.047	-.948	.343
9. Dormir bem ajuda a melhorar a saúde mental	85	3.92	.929	73	4.29	.979	-2.811	.005
2. Fazer exercício físico ajuda a melhorar a saúde mental	84	3.79	1.007	73	4.12	.957	-2.915	.004
30. Fazer algo que goste ajuda a melhorar a saúde mental	84	3.73	.869	72	4.25	.915	-3.987	<.001
40. Falar com outras pessoas sobre os meus problemas ajuda a melhorar a saúde mental	83	3.66	.970	73	4.01	.858	-3.115	.002

* Teste Wilcoxon; $p \leq .05$

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

Secção 1 – Conhecimentos sobre problemas de saúde mental

Em relação ao grupo de controlo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no score total, bem como nos itens que compõem a presente secção (Cf. Anexo 18 – Tabela 18.4. a 18.5.). Quanto à identificação de 3 perturbações mentais, num conjunto de 7 problemas de saúde (Cf. Anexo 18 – Tabela 18.6.), verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ao nível da identificação do Parkinson (Pré-teste: 53 (62.4%); Pós-teste: 26 (30.6%); $p < .001$) e da

Trissomia 21 (Pré-teste: 27 (31.8%); Pós-teste: 36 (42.4%); $p < .001$) como sendo perturbações mentais.

Secção 2 – Procura de ajuda e competências de primeira ajuda

No grupo de controlo (Cf. Anexo 18 – Tabela 18.7.) não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no score total. Quanto à análise detalhada (Cf. Anexo 18 – Tabela 18.8.) verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos itens 24 “*Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu não podia fazer nada para o ajudar*” (Pré-teste: $M=4.13$; $DP=.768$; Pós-teste: $M=4.28$; $DP=.894$; $Z=-7.384$; $p < .001$), 5 “*Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda da minha família*” (Pré-teste: $M=4.60$; $DP=.743$; Pós-teste: $M=4.43$; $DP=.664$; $Z=-2.414$; $p=.016$) e 8 “*Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com os pais dele*” (Pré-teste: $M=4.34$; $DP=.700$; Pós-teste: $M=4.17$; $DP=.928$; $Z=-2.042$; $p=.041$).

Secção 3 – Estratégias de autoajuda

No grupo de controlo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o pré e o pós-teste, no score total da secção 3 (Cf. Anexo 18 – Tabela 18.9.). Quanto à análise detalhada, (Cf. Anexo 18 – Tabela 18.10.), observaram-se diferenças estatisticamente significativas no item 2 “*Fazer exercício físico ajuda a melhorar a saúde mental*” (Pré-teste: $M=3.99$; $DP=.988$; Pós-teste: $M=3.76$; $DP=.863$; $Z=-2.122$; $p=.034$)

Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo, ao nível da literacia em saúde mental após a intervenção (PÓS-TESTE)

Secção 1 - Conhecimentos sobre problemas de saúde mental

No que respeita aos conhecimentos sobre problemas de saúde mental, após a intervenção verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no score total ($t(131) = -7.164$; $p < .001$) entre o grupo experimental ($M=4.20$; $DP=.41$) e o grupo de controlo ($M=3.70$; $DP=.39$.) Analisando detalhadamente cada um dos itens que compõem a presente secção verificam-se diferenças estatisticamente significativas, entre ambos os grupos, em 14 dos 18 itens avaliados (Cf. Tabela 15 e Anexo 19 – Tabela 19.1).

Tabela 15.

Diferenças significativas entre o grupo experimental e o grupo de controlo ao nível dos conhecimentos sobre problemas de saúde mental – análise detalhada (PÓS-TESTE)

Itens	Grupo Experimental			Grupo de Controlo			U	p*	
	N	M	DP	N	M	DP			
11. Uma pessoa com perturbação de ansiedade pode entrar em pânico perante situações de que tenha medo.	73	3.88	.985	75	3.83	.665	1746.000	<.001	
16. Quanto mais cedo forem identificadas e tratadas as perturbações mentais, melhor.	73	4.56	.850	74	4.34	.848	2196.000	.024	
14. O consumo de álcool pode causar perturbações mentais.	72	4.31	.882	74	3.81	.771	1675.000	<.001	
4. Em casos de esquizofrenia, é comum as pessoas terem ideias delirantes (isto é, podem acreditar que estão a ser constantemente perseguidas e observadas).	72	4.49	.769	73	3.53	.709	981.000	<.001	
3. Uma pessoa com depressão sente-se muito infeliz	73	4.08	1.102	75	3.49	1.083	1838.500	<.001	
15. Uma perturbação mental não afeta os sentimentos.	73	3.86	1.097	73	3.34	1.145	1935.500	.003	
22. Um dos sintomas da depressão é a falta de interesse ou prazer pela maioria das coisas.	72	4.06	.837	74	3.28	.944	-3.694	<.001	
23. Uma pessoa com perturbação de ansiedade evita situações que lhe causem desconforto	71	3.93	.724	75	3.41	.773	1730.500	<.001	
25. A duração dos sintomas é um dos aspetos importantes para sabermos se uma pessoa tem, ou não tem, uma perturbação mental.	72	4.25	.801	75	3.63	.749	1519.000	<.001	
27. O consumo de drogas pode causar perturbações mentais.	71	4.39	.746	75	4.05	.889	2079.000	.013	
31. Uma pessoa com esquizofrenia pode ver e ouvir coisas que mais ninguém vê e ouve.	73	4.38	.738	73	3.29	.889	918.500	<.001	
33. Situações de grande <i>stress</i> podem causar perturbações mentais.	73	4.26	.688	75	3.76	.867	1842.500	<.001	
Estereótipos									
26. A depressão não é uma verdadeira perturbação mental.		70	2.16	1.211	75	2.68	1.029	1832.000	.001

* Teste Mann-Whitney; $p \leq .05$

Quanto à identificação de 3 perturbações mentais num conjunto de 7 problemas de saúde, foram encontradas diferenças significativas, entre ambos os grupos, na identificação da Paralisia, da Depressão, do AVC e da Esquizofrenia como sendo perturbações mentais (Cf. Tabela 16).

Tabela 16.

Diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo quanto à identificação de 3 perturbações mentais, num conjunto de 7 problemas de saúde (PÓS-TESTE)

Problemas de saúde	Grupo experimental		Grupo de controlo		U	p*
	N (%)		N(%)			
Ansiedade	56 (65.9%)		49 (57.6%)		2426.000	.129
Depressão	67 (78.8%)		55 (64.7%)		2232.500	<.001
Esquizofrenia	68 (80.0%)		57 (67.1%)		2268.000	.004
Paralisia	23 (27.1%)		44 (51.8%)		1994.000	.001
Parkinson	18 (21.2%)		26 (30.6%)		2463.500	.184
AVC	5 (5.9%)		23 (27.1%)		2085.500	<.001
Trissomia 21	18 (32.9%)		36 (42.4%)		2473.500	.230

**Teste Mann-Whitney; $p \leq .05$

Secção 2 – Procura de ajuda e competências de primeira ajuda

No que concerne à secção 2 não se verificam diferenças significativas entre ambos os grupos após a implementação da intervenção ($t(143) = .063$; $p = .950$). Quanto à análise detalhada de cada um dos itens que integram a presente secção, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos (Cf. Anexo 19 – Tabela 19.2.).

Secção 3 – Estratégias de autoajuda

Finalizando, em relação aos conhecimentos relativos a estratégias de autoajuda, verificam-se diferenças estatisticamente significativas no score total ($t(141) = -2.865$; $p = .005$) entre o grupo experimental ($M = 4.12$; $DP = .72$) e o grupo de controlo ($M = 3.81$; $DP = .60$). Em relação à análise dos itens que compõem a presente secção, verificam-se diferenças estatisticamente significativas em 4 dos 5 itens analisados (Cf. Tabela 17).

Tabela 17.

Diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo, ao nível das estratégias de auto ajuda – micro análise (PÓS-TESTE)

Itens	Grupo Experimental			Grupo de controlo			U	p*
	N	M	DP	N	M	DP		
21. Ter uma alimentação equilibrada ajuda a melhorar a saúde mental	72	3.88	1.047	75	3.51	.860	2059.000	.009
9. Dormir bem ajuda a melhorar a saúde mental	73	4.29	.979	75	3.88	.821	1895.000	.001
2. Fazer exercício físico ajuda a melhorar a saúde mental	73	4.12	.957	75	3.76	.863	1996.500	.003
30. Fazer algo que goste ajuda a melhorar a saúde mental	72	4.25	.915	75	3.99	.862	2163.000	.025
40. Falar com outras pessoas sobre os meus problemas ajuda a melhorar a saúde mental	73	4.01	.858	75	3.92	.784	2516.500	.350

*Teste Mann-Whitney; $p \leq .05$

Capítulo III. Discussão de Resultados e Conclusão

7. Discussão de Resultados

O presente estudo, integrado no projeto “Abrir Espaço à Saúde Mental – Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14): 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 7º ano de escolaridade. Participaram 170 estudantes do 7º ano de escolaridade, de 4 escolas do Norte de Portugal, sendo 2 do ensino público e as outras 2 do ensino privado. Os participantes tinham idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos, sendo 81 do género feminino e 87 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, na presente dissertação este critério de exclusão não foi considerado. Assim, foi apenas considerado como critério de inclusão os jovens frequentarem o 7º 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=85) e grupo de controlo (N=85), que se demonstraram equivalentes (1) ao nível das características sociodemográficas envolvidas no presente projeto – género, idade, profissão do encarregado de educação -, bem como ao nível as variáveis referentes à proximidade a problemas de saúde mental - problema identificado e relação com a pessoa com o referido problema; e (2) ao nível das 3 secções que integram o questionário.

A discussão dos resultados será organizada de acordo com a questão e hipóteses de investigação formuladas inicialmente. Assim, num primeiro momento será elaborada uma discussão centrada na questão de investigação “Quais os níveis de literacia em saúde mental em jovens do 7º ano de escolaridade?”.

Posteriormente serão discutidos os resultados referentes às hipóteses de investigação formuladas, nomeadamente: H1: “Os jovens do 7º ano de escolaridade do género feminino apresentam níveis superiores de literacia em saúde mental, comparativamente aos do género masculino”; H2: “Os jovens do 7º 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”.

Questão de investigação: Quais os níveis de literacia em saúde mental em jovens do 7º ano de escolaridade?

No que respeita à secção 1 – *Conhecimentos sobre problemas de saúde mental* -no momento da pré-intervenção, os resultados apontaram para conhecimentos elevados, nos jovens do 7º ano de escolaridade. Por outro lado, foi possível observar-se níveis reduzidos de estereótipos associados às PM. Analisando estes resultados, os mesmos parecem ir de encontro ao que tem vindo a ser referenciado na literatura, no sentido em que, como vários autores têm vindo a salientar, os indivíduos com maiores níveis de conhecimentos sobre questões de SM revelam, na sua maioria, estereótipos mais reduzidos (Addington, Berzins & Yeo, 2012; Jorm, 2012; OMS, 2001) e, conseqüentemente, intenções comportamentais mais adequadas – o que será abordado de seguida, na análise referente à secção 2.

Quanto à identificação de 3 PM específicas (Depressão, Ansiedade e Esquizofrenia), num conjunto de 7 problemas de saúde, a maioria dos jovens identificou corretamente a Depressão e a Esquizofrenia como sendo PM. Não obstante, uma grande percentagem dos jovens identificou, também, o Parkinson, a Paralisia e a Trissomia 21 como problemas de SM. No que respeita especificamente à identificação da Depressão, os resultados poderão dever-se ao facto de esta perturbação ser uma das PM mais prevalentes nesta fase desenvolvimental (Assis et al., 2009; Souza et al., 2012). Um estudo realizado recentemente em Portugal, denominado de “*Mental health literacy about depression: a survey of Portuguese youth*” (Loureiro et al., 2013), reforça estes dados, no sentido em que após terem apresentado uma vinheta que descrevia uma jovem de 16 anos com Depressão, a 4938 jovens com idades entre os 14 e os 24 anos, a maioria dos jovens identificou corretamente a Depressão (Loureiro et al., 2013). Paralelamente, poderá ser importante refletir acerca do impacto da atual crise socioeconómica nos problemas de SM, no sentido em que foi já salientado um aumento da incidência da Depressão em Portugal (OPSS, 2012; 2013), o que poderá estar também na base destes resultados e deste conhecimento elevado dos jovens acerca da Depressão.

Por outro lado, no que concerne à identificação da Esquizofrenia, estes resultados poderão estar associados ao facto de a Esquizofrenia ser uma PM muito associada a estereótipos, constituindo-se como uma perturbação bastante paradigmática (Campos, 2009; Schulze et al., 2003). De facto, sabe-se que a Esquizofrenia representa uma das PM mais referenciada pelos *media* (Rusch et al., 2005) o que pode refletir o facto ser uma das perturbações mais identificadas pelos jovens, apesar de serem passadas muitas imagens negativas acerca da mesma (e.g. perigosidade das pessoas com Esquizofrenia).

Não obstante, apesar de os jovens terem identificado corretamente 2 das 3 PM, a falta de informação relativa a questões de SM, leva a que exista ainda uma notável confusão entre a SM e saúde física (Jorm, 2000), o que poderá justificar o facto de os jovens identificarem o Parkinson, a Paralisia e a Trissomia 21 como PM. De facto, este aspeto foi já observado em diversos estudos, os

quais relataram que após confrontarem jovens com vinhetas representativas de problemas de SM específicos, uma grande proporção dos jovens não conseguiu identificar corretamente os problemas de SM, confundindo os mesmos com doenças físicas (Jorm et al., 1997; Jorm, 2000).

Para além disto, torna-se relevante acrescentar que este foi um aspeto também observado na implementação das sessões de PSM, realizadas no âmbito do presente projeto, no sentido em que quando os jovens foram questionados acerca de quais os problemas de SM e problemas de saúde física que conheciam, se verificou a existência de dificuldade nos mesmos em nomear corretamente os problemas, observando-se uma considerável confusão entre as PM e as doenças físicas. Assim, estes dados poderão salientar o facto de que embora se tenham verificado conhecimentos sobre problemas de SM elevados (e.g. relativamente à importância da procura de ajuda precoce; do consumo de drogas como um fator de risco para o desenvolvimento de PM; de sintomas específicos acerca da perturbação de Ansiedade) nos jovens do 7º ano de escolaridade, os mesmos não têm ainda uma noção explícita das PM (Watson et al., 2004), o que poderá dificultar a identificação de problemas de SM, em si mesmos e nos outros e, conseqüentemente, levar a um atraso na procura de ajuda adequada. De facto, este foi um aspeto observado ao longo das sessões de PSM implementadas, no sentido em que muitos jovens apesar de identificarem alguns problemas de SM corretamente (e.g. Depressão e Esquizofrenia), ou seja, como sendo uma PM, não sabiam quais os sintomas das mesmas – sendo este aspeto discutido de forma mais aprofundada posteriormente.

Já em relação à secção 2 – *Procura de ajuda e competências de primeira ajuda* - no momento prévio à intervenção, os resultados apontaram para conhecimentos e intenções comportamentais relativos à procura de ajuda e competências de primeira ajuda elevados, nos jovens do 7º ano de escolaridade. Estes resultados poderão ser analisados à luz do que tem vindo a ser referenciado na literatura, bem como dos dados obtidos na secção 1 – *Conhecimentos sobre problemas de saúde mental*. De facto, na análise da secção 1 foram observados conhecimentos elevados sobre problemas de SM nos jovens, bem como estereótipos reduzidos - o que de acordo com a literatura representa um facilitador na procura de ajuda, no sentido em que elevados conhecimentos e estereótipos reduzidos possibilitam aos jovens uma maior capacidade em procurar ajuda – sem rejeitar o estigma - e saber onde obter essa ajuda (Jorm, 2000; 2012; OMS, 2010). De facto, estes dados parecem ter sido observados no presente estudo, uma vez que na análise detalhada dos itens que integram a secção 2, se verificaram valores elevados em todos os itens, nomeadamente na procura de ajuda formal e informal (família, amigos e profissionais da área da SM), bem como na ajuda ao próximo (e.g. ajudar e ouvir um amigo, encorajar a procurar apoio profissional, procurar os pais do amigo e procurar o apoio dos professores).

Desta forma, estes resultados parecem ir de encontro à literatura existente, uma vez que tem vindo a ser referenciado que apesar de os jovens não terem ainda uma noção explícita acerca das PM – o que parece ter sido verificado na anterior análise referente à identificação de 3 problemas de saúde

mental - os estereótipos inerentes às mesmas não são tão negativos como se verifica nos adultos (Corrigan & Watson, 2002; Farrer et al., 2008; Watson et al., 2004) – o que, por sua vez, poderá levar a uma maior facilidade em recorrer ao apoio de outros - formal ou informal -, pois não receiam tanto o estigma. Assim, estes resultados parecem salientar a importância de investir na PSM nesta fase desenvolvimental, a fim de promover um aumento de conhecimentos sobre problemas de SM, bem como a manutenção e o desenvolvimento destas competências – procura de ajuda e predisposição para ajudar o próximo -, que ainda não se encontram afetadas pelo estigma, tão presente na sociedade.

Por último, no que respeita à secção 3 – *Estratégias de autoajuda*- os resultados obtidos sugerem a existência de níveis elevados de estratégias de autoajuda, nos jovens do 7º ano de escolaridade. Estes resultados parecem estar relacionados com os dados obtidos nas 2 primeiras secções, uma vez que, tal como é referenciado na literatura, conhecimentos elevados acerca de problemas de SM possibilitam, não só uma maior capacidade em procurar ajuda, como também, a aquisição de comportamentos mais adequados e promotores de SM, assim como uma maior capacidade em procurar informação sobre a SM (Canadian Alliance on Mental Inness and Mental Health, 2004; Jorm, 2000; 2012). Os dados obtidos na análise detalhada parecem reforçar este facto, no sentido em que os jovens demonstraram possuir conhecimentos elevados em todos os itens que integram a presente secção, nomeadamente no que refere às estratégias para promover a SM (e.g. praticar exercício físico, dormir bem, fazer algo que gostemos, ter uma alimentação equilibrada, bem como falar com as outras pessoas acerca dos próprios problema).

H1: Os jovens do 7º ano de escolaridade do género feminino apresentam níveis superiores de literacia em saúde mental, comparativamente aos do género masculino.

No que respeita à H1: “*Os jovens do 7º ano de escolaridade do género feminino apresentam níveis superiores de literacia em saúde mental, comparativamente aos do género masculino*”, de acordo com os resultados obtidos, a mesma é parcialmente aceite.

Relativamente à secção 1 - *Conhecimentos sobre problemas de saúde mental* - de acordo com os resultados obtidos, parecem não existir diferenças entre o género feminino e o género masculino. Quanto à identificação de 3 PM, num conjunto de 7 problemas de saúde, apenas se verificaram diferenças ao nível da identificação do Parkinson como sendo uma PM, tendo sido o género feminino a apresentar valores mais elevados. Assim, os resultados sugerem que os jovens do género feminino identificam maioritariamente o Parkinson como sendo uma PM, comparativamente aos jovens do género masculino. Estes resultados parecem não se assemelhar ao que tem vindo a ser referenciado na literatura, uma vez que tem vindo a ser salientado que o género feminino apresenta conhecimentos mais elevados sobre problemas de SM, tendo uma melhor perceção acerca da sintomatologia inerente

às PM (Jorm, Cotton, Wright, Harris & McGorry, 2006). No entanto, importa referir que apesar de não ser estatisticamente significativo, na análise detalhada da presente secção, os dados apontaram para conhecimentos mais elevados no género feminino na maioria dos itens. Aliás, na implementação da intervenção de PSM foi possível observar um maior conhecimento acerca de questões relacionadas com a SM no género feminino, bem como um maior interesse, quando comparado com os jovens do género masculino.

Quanto à secção 2 - *Procura de ajuda e competências de primeira ajuda* - os dados obtidos apontaram para conhecimentos e intenções comportamentais de procura de ajuda e competências de primeira ajuda, mais elevados no género feminino. Estes resultados parecem ir de encontro ao que tem vindo a ser referido na literatura, salientando a título de exemplo o estudo “*Influence of gender on mental health literacy in young Australians*”, referido inicialmente, que com o objetivo avaliar os efeitos do género na LSM de jovens dos 12 aos 25 anos de idade, administrou um questionário – adaptado do questionário da Mental Health Literacy de Jorm e colaboradores (1997) – a 1207 jovens (539 do sexo masculino e 668 do sexo feminino), através do qual foi possível compreender que o género masculino se encontra mais relutante em procurar ajuda profissional, recorrendo a comportamentos menos adequados para lidar com os problemas de SM (e.g. maior tendência para recorrer ao uso de álcool) (Cotton, Wright, Harris, Jorm & McGorry, 2006). Para além disto, recorrendo à análise detalhada dos itens que integram a presente secção, os resultados parecem ir de encontro ao referido pela OMS (2013), que refere que o género feminino apresenta uma maior facilidade em abordar assuntos relacionados com a SM, bem como em prestar ajuda ao próximo. Por outro lado, o facto de, de acordo com a OMS (2011), o estigma se encontrar mais presente no género masculino, poderá justificar a maior resistência do género masculino em procurar ajuda, bem como em ajudar o próximo. De facto, reforçando este aspeto, na análise detalhada verificaram-se valores mais elevados no género masculino, no que refere ao estereótipo de que “*Só os adultos têm perturbações mentais*”, quando comparado com o género feminino

Numa outra perspetiva, de acordo com Chandra e Minkovitz (2006), os jovens que apresentam uma maior tendência em procurar o apoio dos pais quando se deparam com algum problema de SM, têm uma maior probabilidade de recorrer ao apoio dos serviços de saúde. Assim, tendo em consideração o facto de se ter verificado uma percentagem significativamente mais elevada dos jovens do género feminino que mencionaram que se tivessem um problema de SM procurariam a ajuda da família, poderá também estar associado com o facto de os dados obtidos apontarem para conhecimentos mais elevados de procura de ajuda (e.g. procurar apoio na família) e competências de primeira ajuda (e.g. ajudar um amigo) no género feminino.

A acrescentar ao anteriormente referido, os resultados obtidos na presente secção – *Procura de ajuda e competências de primeira ajuda* - poderão reforçar a importância de ter em consideração as diferenças de género, aquando da realização de uma intervenção centrada PSM, especificamente ao

nível das barreiras e dos facilitadores na procura de ajuda (Gulliver et al., 2010; MacLean, Hunt & Sweeting, 2013). De facto, nas sessões de PSM foi possível observar, no género masculino, uma maior resistência em procurar apoio tanto formal como informal, bem como em apoiar o próximo perante um problema de SM – o que parece ter sido verificado na análise detalhada dos itens que compõem a presente secção, uma vez que na maioria dos itens os valores foram mais elevados no género feminino.

Por último, no que respeita à secção 3 - *Estratégias de autoajuda* - os resultados obtidos apontaram para a inexistência de diferenças entre ambos os géneros. Estes resultados parecem não ir de encontro ao que tem vindo a ser referenciado na literatura, no sentido em que, como já vários autores têm vindo a salientar, os jovens do género masculino têm uma maior tendência para recorrer a estratégias de autoajuda, evitando a procura de apoio formal (Chandra & Minkovitz, 2006). No entanto, estes resultados poderão estar associados ao facto de (1) na secção 1 – *Conhecimentos sobre problemas de saúde mental*, ambos os género terem demonstrado conhecimentos elevados e estereótipos reduzidos e (2) na secção 3 – *Procura de ajuda e competência de primeira ajuda* - apesar de se terem verificado diferenças significativas no score total entre os géneros, na análise detalhada, ambos os géneros demonstraram possuir conhecimentos e intenções de procura de ajuda e competências de primeira ajuda elevados.

Desta forma, no presente o estudo, poderá não se ter verificado diferenças ao nível da seção 3 – *Estratégias de autoajuda*, porque os jovens do género masculino também apresentaram conhecimentos sobre problemas de SM elevados e estereótipos reduzidos, bem como conhecimentos de procura de ajuda elevados. De facto, nos estudos em que tem vindo a ser referido que o género masculino recorre a mais estratégias de autoajuda, é igualmente referido que os mesmos apresentam conhecimentos mais reduzidos e estereótipos mais elevados, quando comparados com o género feminino – o que, consequentemente poderá dificultar a procura de ajuda forma e informal, levando a que recorram a mais estratégias de autoajuda, por vezes prejudiciais (e.g. abuso de álcool) (Chandra & Minkovitz, 2006; Loureiro et al., 2013). Não obstante, importa referir que na análise detalhada da presente secção ambos os grupos apresentaram conhecimentos de estratégias de autoajuda elevados (e.g. praticar exercício físico, ter uma alimentação equilibrada e dormir bem) – o que, uma vez mais, poderá estar relacionado com o facto de ambos os géneros terem apresentado conhecimentos elevados sobre problemas de SM.

H2: Os jovens do 7º 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.

No que concerne à H2: “*Os jovens do 7º 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.*”, de acordo com os resultados obtidos, esta é parcialmente aceite.

Quanto à secção 1 - *Conhecimentos sobre problemas de saúde mental* - os resultados obtidos sugerem que os jovens que referiram conhecer alguém com um problema de SM, apresentam conhecimentos mais elevados, quando comparados com os jovens que referiram não ter conhecimento. Estes resultados poderão estar relacionados com o facto de o contacto com pessoas que sofrem de PM, por si só, ter impacto nos conhecimentos sobre SM e, conseqüentemente, no estigma associado às PM (Furnham & Blythe, 2012; Lopez et al., 2008). De facto, sabe-se atualmente que a proximidade a problemas de SM seja pessoal, familiar ou profissional, promove o aumento de conhecimentos e a redução de estereótipos comumente associados às PM (Alexander & Link, 2003; Corrigan, 2001; Furnham & Blythe, 2012) – o que parece ser comprovado na análise detalhada dos itens que integram a secção 1, uma vez que os mesmos parecem apontar, não só para conhecimentos superiores nos jovens que mencionaram ter conhecimento de alguém com um problema de SM, como também para estereótipos mais reduzidos.

Ainda com base na análise detalhada, verifica-se que os itens nos quais se observaram diferenças estatisticamente significativas correspondem a conhecimentos específicos acerca dos problemas de SM, nomeadamente a Depressão, a Ansiedade e a Esquizofrenia. Esta é uma questão importante de salientar, no sentido em que parece reforçar, uma vez mais, o papel da proximidade a problemas de SM, não só nos conhecimentos mais transversais aos problemas de SM (e.g. fatores de risco), como também nos conhecimentos sobre PM específicas (e.g. sintomas). A acrescentar a isto, poderá ser importante refletir novamente acerca do impacto da crise socioeconómica no aumento da incidência da Depressão e da Ansiedade no nosso país (OPSM, 2012; 2013), o que poderá ter levado a que os jovens tenham tido um maior contacto com estas problemáticas específicas.

Quanto à identificação de 3 problemas de SM apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas na identificação da Trissomia 21 como sendo uma PM, tendo-se observado valores mais elevados nos jovens que mencionaram ter conhecimento de alguém com um problema de SM. Estes resultados poderão estar relacionados com o anteriormente referido, nomeadamente o facto de existir ainda uma notável confusão entre as PM e as doenças físicas (Jorm, 2000). De facto, na realização da intervenção de PSM foi possível observar esta confusão em relação à Trissomia 21, tendo sido mencionado por vários jovens que a pessoa que conheciam com um

problema de SM sofria de Trissomia 21 – tendo sido esta questão trabalhada ao longo das sessões, pelo que será abordada de forma mais pormenorizada posteriormente.

Em relação à secção 2 – *Procura de ajuda e competências de primeira ajuda* - os dados obtidos apontaram para níveis mais elevados de conhecimentos e intenções comportamentais de procura de ajuda e competências de primeira ajuda, nos alunos que mencionaram ter conhecimento de alguém com um problema de SM, comparativamente aos alunos que referiram não ter conhecimento.

Estes resultados poderão estar relacionados com o facto de o aumento de conhecimentos e a redução do estigma, resultantes do contacto com problemas de SM – o que parece ter sido observado na análise da secção 1 - possibilitarem uma maior capacidade em procurar ajuda e em fornecer ajuda ao próximo (Alexander & Link, 2003; Corrigan, 2001; Furnham & Blythe, 2012). Assim, o facto de os jovens terem proximidade a alguém com um problema de SM, poderá ter permitido aos mesmos adquirir uma maior compreensão acerca destas problemáticas, do impacto que as mesmas têm sobre o funcionamento psicossocial das pessoas, bem como um maior conhecimento acerca de como obter ajuda formal e/ou informal e de como prestar ajuda adequadamente. De facto, tal como referido inicialmente, numa sociedade em que não se receie o estigma, a procura de ajuda transforma-se num processo bastante mais fácil de realizar (OMS, 2010). Assim, os resultados adquiridos através do presente estudo, parecem reforçar a importância de investir na implementação de programas de PSM, centrados no contacto com pessoas que sofrem de perturbações mentais, visto esta estratégia se revelar eficaz, englobando tanto a educação e sensibilização como a interação entre os indivíduos (Clement, et al., 2010; Corrigan & Gelb, 2006; Corrigan & Shapiro, 2010; Rüsch et al., 2005). No entanto, visto esta estratégia se revelar mais difícil de concretizar (e.g. dificuldade em ser aplicada a amostras elevadas), poderão ser utilizadas estratégias mais práticas e mais fáceis de aplicar, como a utilização de vídeos que demonstrem uma experiência de contacto com alguém com um problema de SM – o que, de acordo com vários autores, tem igualmente eficácia, no aumento da LSM e redução do estigma (Clement, Nieuwenhuizen, Kassam, Flach, & Anisha, 2010).

Finalizando, em relação aos conhecimentos de *Estratégias de autoajuda* (secção 3), os resultados sugerem a inexistência de diferenças entre os alunos que referiram conhecer alguém com um problemas de SM e os alunos que mencionaram não conhecer. Estes resultados poderão ser analisados com recurso à teoria do Otimismo Irrealista de Weinstein (1884 cit. in Ogden, 2004), no sentido em que embora ocorra um aumento dos conhecimentos sobre SM – o que parece ter sido verificado na análise da secção 1 – *Conhecimentos sobre problemas de saúde mental* -, os jovens poderão manter os comportamentos de risco para o desenvolvimento de problemas de SM, não investindo em comportamentos positivos e promotores da SM, visto terem uma perceção errada do próprio risco e da sua susceptibilidade para desenvolverem um problema de SM. Assim, tendo em consideração esta teoria, os jovens poderão ter uma perceção desadequada de que estão menos susceptíveis a desenvolver este tipo de problemáticas. Desta forma, o aumento de conhecimentos

especificamente relacionados com a prevalência dos problemas de SM, tanto nesta fase desenvolvimental como na população geral, bem como do papel dos comportamentos promotores de SM poderá desempenhar um importante papel na redução desta possível errada percepção por parte dos jovens. De facto, tal como referido inicialmente, cerca de metade das PM desenvolvem-se a partir dos 14 anos de idade (Corrigan & Watson, 2002), de entre as quais se pode destacar as perturbações de Ansiedade, a Depressão, as perturbações Alimentares, bem como as Dependências – visto serem os problemas de SM com uma maior probabilidade de se desenvolverem durante a juventude (Assis et al., 2009; OMS, 2001; Souza et al., 2012).

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 H3: “*Após a implementação da intervenção de promoção de saúde mental, o grupo experimental apresentará níveis superiores de literacia em saúde mental.*”, de acordo com os resultados obtidos, a mesma é parcialmente aceite.

No que respeita à secção 1 - *Conhecimentos sobre problemas de saúde mental*, os resultados apontaram para um impacto positivo no grupo experimental. Especificamente, após a implementação da intervenção de PSM o grupo experimental demonstrou conhecimentos mais elevados sobre problemas de SM, bem como estereótipos mais reduzidos. Recorrendo à análise detalhada da presente secção, é possível observar-se que embora os jovens já demonstrassem conhecimentos elevados no momento da pré-intervenção, após a implementação da intervenção os resultados apontaram para um aumento significativo na maioria dos itens (e.g. procura de ajuda precoce, características de PM específicas – Esquizofrenia, Depressão, Ansiedade -, fatores de risco, sinais e sintomas das PM).

Já no que concerne à identificação de 3 PM, num conjunto de 7 problemas de saúde, os resultados obtidos sugerem um aumento significativo do número de alunos do grupo experimental que identificaram a Ansiedade, a Depressão e a Esquizofrenia como PM, tendo-se verificado uma redução significativa no número de jovens que identificou a Paralisia, o Parkinson e o AVC como PM.

Neste âmbito, importa referir, novamente, que tanto nas sessões de PSM, como nos resultados obtidos no momento prévio à intervenção, os jovens demonstraram alguma confusão entre os problemas de SM e as doenças físicas. Assim, tendo sido esta, uma questão trabalhada ao longo das sessões (e.g. preenchimento de quadros nos quais eram diferenciadas PM e doenças físicas), os resultados obtidos parecem indicar um impacto positivo da intervenção no que toca à identificação de problemas de saúde SM mental específicos, bem como na diferenciação entre as PM e as doenças físicas.

Tendo por base o exposto, os resultados parecem ir de encontro aos dados obtidos nos estudos já realizados, com metodologias semelhantes à do presente estudo (e.g. metodologia de avaliação pré-

pós), através dos quais se verificou um aumento dos conhecimentos sobre problemas de SM, dos fatores de risco para o desenvolvimento de uma PM, bem como uma diminuição do estigma associado às PM (Taker & Dobie, 2008).

Já no que respeita à secção 2 – *Procura de ajuda e competências de primeira ajuda* - os resultados obtidos sugerem a inexistência de diferenças entre a pré e a pós intervenção no grupo experimental. Estes resultados parecem não se assemelhar ao que tem vindo a ser referenciado na literatura, visto observar-se em vários estudos, centrados na LSM, um aumento dos conhecimentos dos vários tipos de ajuda disponíveis e de como obter essa ajuda, bem como uma maior predisposição para ajudar o próximo (Loureiro et al., 2013; Jorm, 2012; Pinfold, Stuart, Thornicroft & Arboleda-Flórez, 2005). Para além disto, o facto de ter ocorrido um aumento dos conhecimentos e uma redução do estigma poderia levar a uma maior capacidade em procurar apoio e em ajudar o próximo, no sentido em que vários autores têm referenciado que através do aumento dos conhecimentos e da redução do estigma, os jovens não receiam tanto procurar ajuda e demonstram-se mais disponíveis para apoiar o outro (Acuna & Balis, 2005; Jorm et al., 2006; OMS, 2001; 2010). No entanto, estes dados podem dever-se ao facto de os jovens já possuírem, no pré-teste, conhecimentos de procura de ajuda e competências de primeira ajuda elevados.

Por último, no que concerne à secção 3 - *Estratégias de autoajuda* - os resultados revelam que, após a implementação da intervenção de PSM, o grupo experimental apresentou conhecimentos de estratégias de autoajuda mais elevados, comparativamente à pré-intervenção.

Estes resultados sugerem um impacto positivo da intervenção de PSM, no sentido em que poderá ter aumentado a consciência dos jovens face à dimensão dos problemas de SM, da prevalência das PM nesta fase desenvolvimental, bem como do papel dos comportamentos para a PSM. De facto, recorrendo à análise detalhada dos itens que compõem a presente secção, é possível verificar-se a existência de um aumento significativo em 4 dos 5 itens avaliados. Desta forma, importa salientar que as estratégias de autoajuda foram especificamente trabalhadas durante as sessões de PSM, o que justificar este aumento de conhecimentos de estratégias de autoajuda nos jovens do grupo experimental.

Assim, os resultados obtidos parecem ir de encontro ao que tem vindo a ser referenciado na literatura, salientando a importância de investir em intervenções de PSM com esta população alvo, visto nesta fase desenvolvimental as atitudes e comportamentos face à SM serem mais facilmente moldáveis (Corrigan & Watson, 2002; Farrer et al., 2008).

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

Quanto à H4: “*No grupo de controlo, entre o pré e o pós-teste, não se esperam alterações significativas ao nível da literacia em saúde mental.*”, de acordo com os resultados obtidos aceitamos a hipótese de investigação.

No que concerne à secção 1 – *Conhecimentos sobre problemas de saúde mental* - os resultados indicaram a inexistência de diferenças estatisticamente significativas no grupo de controlo entre a pré e a pós-avaliação, ao nível dos conhecimentos sobre problemas de SM. Relativamente à identificação de 3 PM, os resultados obtidos apontam para uma redução significativa do número de alunos que identificaram o Parkinson como sendo PM, embora se tenha verificado também um aumento significativo dos alunos que identificaram a Trissomia 21 como um problema de SM.

Quanto à secção 2 – *Procura de ajuda e competências de primeira ajuda*, os resultados obtidos sugerem a inexistência de diferenças no grupo de controlo, entre o pré e o pós-teste.

Finalizando, quanto à secção 3 – *Estratégias de autoajuda*, não se verificaram diferenças significativas entre o pré e o pós-teste, no grupo de controlo. Os resultados obtidos parecem reforçar o impacto positivo da intervenção, no sentido em que, contrariamente ao grupo experimental, no momento da pós-avaliação não se verificou um aumento das estratégias de autoajuda no grupo que não beneficiou da intervenção – assunto que será discutido de forma mais detalhada posteriormente.

Analisando os resultados na sua globalidade, os mesmos parecem ir de encontro aos estudos realizados, que utilizam um grupo experimental e um grupo de controlo, no sentido em que nos mesmos também não se verificaram diferenças no grupo em que não foi implementada a intervenção (Naylor, et al., 2009).

Assim, os resultados parecem reforçar a importância da utilização de estudos que integrem uma metodologia rigorosa, com grupos de controlo e com uma avaliação pré-pós, no sentido em que os mesmos possibilitam uma melhor compreensão dos resultados obtidos, bem como da eficácia da intervenção implementada. De facto, no presente estudo recorrendo à análise tanto do grupo experimental, como do grupo de controlo, na pré e pós-avaliação permite diferenciar os resultados obtidos em ambos os grupos e reforçar a importância e o impacto das intervenções de PSM na LSM dos jovens.

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

Uma vez que no momento da pré-intervenção não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo experimental e o grupo de controlo, nas 3 secções do questionário, será realizada uma comparação entre ambos os grupos no momento da pós-avaliação. Tendo por base os resultados obtidos, a H5: “*No pós-teste o grupo experimental apresentará um nível superior de literacia em saúde mental, comparativamente ao grupo de controlo*” é parcialmente aceite.

Assim, no que respeita à secção 1- *Conhecimentos sobre problemas de saúde mental* - no momento da pós-avaliação, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Especificamente, o grupo experimental apresentou conhecimentos sobre problemas de SM mais elevados, bem como estereótipos mais reduzidos, quando comparado com o grupo de controlo.

Especificamente no que respeita à redução dos estereótipos, observada apenas no grupo experimental, esta poderá estar relacionada com o facto de os estereótipos relativos a problemas de SM terem sido especificamente trabalhados nas sessões de PSM implementadas - o que permitiu abordar os estereótipos mais comumente associados às PM, bem como esclarecer dúvidas específicas dos jovens – e poderá ter levado a uma maior sensibilização e compreensão nos alunos do grupo experimental, face a esta problemática. Assim, estes resultados parecem ir de encontro à literatura existente, nomeadamente no impacto positivo das ações de PSM nos estereótipos associados às PM. Sendo ainda importante salientar que, embora não tenha ocorrido no grupo de controlo do presente estudo, de acordo com vários autores na ausência deste tipo de intervenções, os estereótipos tendem a aumentar (Corrigan & Shapiro, 2010; Jorm, et al., 2006; Rusch, et al., 2005).

Quanto à identificação de 3 PM num conjunto de 7 problemas de saúde, os resultados obtidos apontam para um aumento dos jovens do grupo experimental que identificaram a Depressão e a Esquizofrenia como sendo PM, comparativamente com os jovens do grupo de controlo. Por outro lado, parece existir um aumento dos jovens do grupo de controlo que identificaram o AVC e a Paralisia como sendo PM, quando comparados com os jovens do grupo experimental. Estes resultados reforçam, uma vez mais, a importância de investir em intervenções de PSM, uma vez que os mesmos sugerem um impacto positivo nos conhecimentos sobre problemas de SM nos jovens que beneficiaram da intervenção. De facto, a diferenciação entre as PM e as doenças físicas, bem como os conhecimentos específicos acerca da Depressão, Esquizofrenia e Ansiedade foram conteúdos trabalhados ao longo das duas sessões de PSM, o que poderá estar na base da diferença de resultados obtidos entre o grupo experimental e o grupo de controlo, no momento da pós-intervenção. Assim, os resultados parecem ir de encontro ao que é reforçado na literatura, no sentido em que a implementação de intervenções centradas na PSM possibilita o aumento de conhecimentos de problemas de SM específicos, bem como a sintomatologia inerente aos mesmos (Jorm, 2000; 2012; Li et al., 2012; Wei et al., 2013).

No que concerne à secção 2 – *Procura de ajuda e competências de primeira ajuda* – os resultados obtidos sugerem a inexistência de diferenças significativas entre o grupo experimental e o grupo de controlo após a implementação da intervenção de PSM. Embora estes resultados não vão de encontro ao que tem vindo a ser salientado na literatura, o mesmo pode dever-se ao facto de os jovens de ambos os grupos já terem demonstrado possuir elevados níveis de conhecimentos de procura de ajuda e competências de primeira ajuda, no momento prévio à implementação da ação de PSM.

Paralelamente, importa referir o facto de que alguns itens da presente secção poderão ter influenciado os jovens a responder de forma socialmente desejável, nomeadamente nos itens referentes à predisposição para ajudar o próximo.

Finalizando, em relação às *Estratégias de autoajuda (secção 3)*, os resultados obtidos indicam diferenças estatisticamente significativas entre o grupo experimental e o grupo de controlo, após a intervenção. Assim, após a implementação da intervenção de PSM o grupo experimental parece apresentar níveis mais elevados de estratégias de autoajuda, quando comparado com o grupo de controlo. Estes resultados parecem salientar o impacto positivo da intervenção de PSM, sendo de salientar, novamente, o facto de as estratégias de autoajuda terem sido especificamente trabalhadas durante as sessões, através de dinâmicas e da discussão em grupo, o que poderá ter possibilitado aos jovens do grupo experimental adquirir estratégias de autoajuda mais adequadas, bem como o esclarecimento de dúvidas específicas.

Em suma, analisando os resultados globalmente, os mesmos parecem reforçar o impacto que intervenções de PSM têm na literacia em saúde mental dos adolescentes. Assim, estes resultados permitem salientar a importância de continuar a investir nesta área, com esta população-alvo e neste contexto. Paralelamente, os resultados reforçam a literatura existente, no que concerne à eficácia das intervenções de PSM a curto-prazo na LSM dos jovens (Campos, 2013). Assim, sendo a juventude uma fase desenvolvimental de risco para o desenrolar de PM (OMS, 2010) e tendo em consideração que muitos dos jovens se encontram a lidar pela primeira vez com este tipo de problemas - é fundamental que os mesmos adquiram conhecimentos e competências necessárias para lidar com os problemas de SM, para procurar ajuda e fornecer o apoio adequado aos pares, bem como para adquirirem comportamentos adequados e promotores de SM. Algo que se torna bastante difícil de realizar se não forem implementadas medidas que tenham em vista o aumento da literacia em saúde mental e a redução do estigma associado às PM (Watson et al., 2004).

8. Conclusão

Os resultados obtidos na presente dissertação demonstraram que os jovens do 7º ano de escolaridade, na pré-intervenção, apresentavam níveis elevados de LSM. Entre a pré e a pós intervenção (1) o grupo experimental demonstrou um aumento significativo de conhecimentos sobre problemas de SM e de estratégias de autoajuda, bem como uma redução significativa dos estereótipos;

(2) no grupo de controlo não se verificaram diferenças significativas nas 3 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.

No que refere à influência do género na LSM dos jovens, os jovens do género feminino apresentaram níveis mais elevados de procura de ajuda e competências de primeira ajuda, comparativamente ao género masculino. Já em relação à influência da proximidade a problemas de SM na LSM, os alunos que referiram ter conhecimento de alguém com um problema de SM apresentam níveis mais elevados de conhecimentos sobre problemas de SM, bem como de procura de ajuda e competências de primeira ajuda.

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 e uma maior compreensão face aos problemas de SM e toda a sua complexidade, o desenvolvimento de intenções comportamentais mais adequadas, bem como a redução dos estereótipos associados às PM. Para além disto, importa destacar que os resultados obtidos neste estudo, parecem reforçar a literatura existente, no sentido em que tem vindo a ser referenciado que intervenções realizadas a curto-prazo têm eficácia nas atitudes comportamentais (Campos, 2013; Campos, Palha, Dias, Veiga, Lima, Costa & Duarte, 2012). Assim, o presente projeto parece reforçar que intervenções a curto-prazo também têm eficácia neste âmbito. Desta forma, poderá ser importante refletir acerca da metodologia utilizada no presente projeto, no sentido em que a estrutura e elaboração da intervenção implementada parecem ir de encontro às preferências dos jovens desta faixa-etária quando participam neste tipo de intervenções. Especificamente, de acordo com dados da literatura, os jovens mencionam ter preferência por intervenções que sejam levadas a cabo por um profissional da área da saúde mental, que sejam realizadas na própria turma e envolvam os alunos em atividades práticas, bem como que apresentem uma grande variedade de tópicos (Woolfson et al., 2008). Paralelamente, importa salientar que como referem Corrigan e Shapiro (2010) existem três grandes estratégias a utilizar no âmbito da PSM, sendo estas: (1) instruir diretamente os indivíduos com estereótipos, (2) educar e sensibilizar o público acerca de questões relacionadas com problemas de SM, bem como (3) promover o contacto com pessoas que sofrem de problemas de SM – sendo esta última aquela que se revela mais eficaz, no sentido em que engloba tanto a educação e sensibilização como a interação entre os indivíduos. No entanto, visto que esta última estratégia se torna mais difícil de concretizar (e.g. elevados custos e difícil de aplicar a amostras elevadas), já vários autores mencionaram que, como alternativa, o simples facto de utilizar vídeos que demonstrem uma experiência de contacto com alguém com um problema de SM, tem eficácia na redução do estigma – sendo desta forma, um método mais prático a nível de custos e com maior facilidade de aplicação (Clement, Nieuwenhuizen, Kassam, Flach, & Anisha, 2010). Desta forma, uma vez que a utilização de vídeos (e.g. a retratar jovens com problemas de SM específicos, bem como com figuras de referência para a faixa-etária, como o Boss AC), foi uma das

estratégias utilizadas na implementação da intervenção de PSM do presente projeto, poderá ser importante refletir acerca do impacto que a mesma poderá ter tido nos resultados obtidos.

Não obstante, o presente estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente o facto de amostra ser reduzida (N=170), bem como o facto de que alguns itens do questionário utilizado poderão ter influenciado os jovens a responder de forma socialmente desejável, nomeadamente ao nível da predisposição para ajudar o próximo.

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. Especificamente tem vindo a ser referenciado na literatura que os jovens com um menor nível socioeconómico têm mais dificuldades de acesso à educação e informação sobre SM, o que pode levar a uma maior dificuldade em lidar com um problema de SM (Amone-P'Olak, 2009; Kavanagh et al., 2008; Kneesebeck 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 demonstrado que os jovens que frequentam o ensino privado apresentam níveis superiores de literacia em saúde mental.

Paralelamente, poderia ser importante desenvolver intervenções centradas na PSM, que envolvam os pais dos adolescentes, pois vários estudos têm vindo a demonstrar que uma reduzida literacia em saúde mental dos pais tem um impacto negativo na literacia dos jovens, tendo considerável influência na procura de ajuda formal (Loureiro et al., 2013)

Num outro âmbito, poderia ser pertinente realizar ações de PSM junto dos professores, a fim de fornecer informação adequada sobre SM e sensibilizar para a importância da SM dos jovens. Neste âmbito, importa referir que foi já realizado em Portugal um estudo com esta população-alvo, especificamente o “*P’UPA: Professores UPA Fazem a Diferença*”, que teve como objetivo geral “ (...) contribuir para o aumento do conhecimento sobre problemas de saúde mental (mental health literacy) junto de professores do ensino básico e secundário, no sentido de sensibilizar para a necessidade de intervenção precoce na perturbação mental; diminuir atitudes estigmatizantes e discriminatórias; e sensibilizar para a necessidade de promoção de saúde mental.” (ENCONTRAR+SE, 2013).

Finalizando, 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 pertinente e prioritário tendo em consideração o impacto da crise socioeconómica na incidência de problemas de saúde mental em Portugal (OPSM, 2012, 2013).

Referências Bibliográficas

- Acuna, C. & Bolis, M. (2005). La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: Amenazas y Perspetivas. Consultado em: <http://www.eutimia.com/ops/leg-estigmatizacion-esp.pdf>
- Adington, D., Berzins, S. & Yeo, M. (2012). Psychosis Literacy in a Canadian Health Region: Results From a General Population Sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(6), 381-388.
- Alexander, L. & Link, B. (2003). The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Journal of Mental Health*, 12 (3), 271 -289. doi: 10.1080/0963823031000118267
- Almeida, M., Campos, L. & Palha, F. (2009). Perceções dos estudantes universitários face às doenças mentais pré e pós movimento UPA 08. II Congresso de Reabilitação e Inclusão na Saúde Mental. Consultado em: http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/2914/4/com-nac_2009_FEP_1581_Campos_Lu%c3%adsa_03.pdf
- Alonso, F., Ramírez, F., Misol, R., Bentata, L., Campayo, J., Franco, C. & García, J. (2012). Prevención de los transtornos de la salud mental. *Revista de Atención Primaria*, 22 (1), 52-57.
- Assis, S., Avanci, J., Pesce, R. & Ximenes, L. (2009). The situation of Brazilian children and adolescents with regard to mental health and violence. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 349-361.
- 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.
- Bennett, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brundtland, G. (2000). La salud mental en el siglo XXI. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4), 411.
- Campos, L. (2009). *Doença Mental e prestação de cuidados*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

- Campos, L., Palha, F., Dias, P. & Costa, N. (2012). UPA FAZ A DIFERENÇA – Ações de Sensibilização Pró-Saúde Mental. Relatório não publicado. Porto
- 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.
- Campos, L., Palha, F., Dias, P., Veiga, E., Lima, V., Costa, N. & Duarte, A.(2012). Upa Faz a Diferença – Ações de Sensibilização Pró-Saúde Mental junto de Jovens entre os 15 e os 18 anos: Diferenças de Género. . In Pais-Ribeiro, J., Leal, I., Pereira, A. & Monteiro, S. (Eds), *Psicologia e Promoção da Saúde em doenças crónicas*. 1ª Edição, (pp. 53-59). Lisboa: Placebo Editora LDA.
- 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.
- Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health. Disponível em: http://www.camimh.ca/files/literacy/LIT_REVIEW_MAY_6_07.pdf.
- Cardoso, L. & Galera, S. (2011). Mental Health Care Today. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 45 (3), 687-691.
- Carvalho, G. (2006). Criação de ambientes favoráveis para a promoção de estilos de vida saudáveis. In Pereira, B. & Carvalho, G. (Eds), *Atividade física, saúde e lazer*. (pp. 19 – 37). Lisboa: Lidel Edições Técnicas Lda.
- Chandra, A. & Minkovitz (2006). Stigma starts early: Gender differences in teen willingness to use mental health services. *Journal of Adolescent Health*, 38. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.08.011

Clement, S., Nieuwenhuizen, A., Kassam, A., Flach, C., Lazarus, A., Castro, M., McCrone, P., Norman, I. & Thornicroft G. (2012). Filmed v. live social contact interventions to reduce stigma: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 201, 57-64. doi: 10.1192/bjp.bp.111.093120

Coordenação Nacional Para a Saúde Mental (2007). Resumo Executivo - Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Consultado em: http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionalsaudental2007-2016_resumoexecutivo.pdf

Comissão das Comunidades Europeias (2005). LIVRO VERDE: Melhorar a saúde mental da população - Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia. Consultado em: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_p_t.pdf

Comissão Europeia e Ministério da Saúde Português (2010). Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for better Mental Health and Wellbeing. Lisboa: Comissão Europeia e Ministério da Saúde.

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.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/CC4ABF07-1E93-4181-9E9E-3B54D4C6C6A6/0/RELAT%C3%93RIOFINAL_ABRIL2007.pdf

Conselho Nacional de Saúde Mental (2002). Propostas e Recomendações. Consultado em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/09A78652-E5CE-4D4A-B5DA-57F0BEB010C4/0/Recom2002.pdf>

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., 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., Markowitz, F. & Watson, A. (2004). Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 481-491.
- Corrigan, P. & Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Corrigan, P. & Watson, A. (2004). At Issue: Stop the Stigma: Call Mental Illness a Brain Disease. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 477-479.
- Corrigan, P. & Gelb, B. (2006). Three Programs That Use Mass Approaches to Challenge the Stigma of Mental Illness. Consultado em: <http://ps.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=91339>
- Corrigan, P. (2012). Where Is the Evidence Supporting Public Service Announcements to Eliminate Mental Illness Stigma? *Psychiatryonline*, 63 (2), 79-82.
- Costa, M. & Bigras, M. (2007). Personal and collective mechanisms for protecting and enhancing the quality of life during childhood and adolescence. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5), 1101-1109.
- Cotton, S., Wright, A., Harris, M., Jorm, A. & McGorry, P. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 790-796.
- Dias, M., Duque, A., Silva, M. & Durá, E. (2004). Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 463-473.
- 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 a 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&i d linha investigacao=1&dado_pedido=Descricao&tab=dg
- European Pact for Mental Health and Well-being. Consultado em: <http://saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/02/pactoeuropeu-saudemental.pdf>

- 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-
- Ferreira, M., Alvim, N., Teixeira, M. & Veloso, R. (2007). The Knowledge of adolescents: Lifestyle and care for their health. *Revista Texto & Contexto - Enfermagem*, 16(2), 217-224.
- Frunham, A. & Blythe, C. (2012). Schizophrenia literacy: The effect of direct experience with the illness. *Psychiatry Res.* doi:10.1016/j.psychres.2011.12.025
- Gaspar, T., Pais-Ribeiro, J., Matos, M. & Leal, I. (2008). Promoção da qualidade de vida em crianças e adolescentes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9(1), 55-71.
- Giardin, A. & Schetinger, M. (2010). A concepção dos alunos do ensino médio a respeito de doenças mentais. Consultado em: http://paginas.ufrgs.br/encresidenciais2010/programacao/arquivos_artigos/A_CONCEPCAO_DOS_ALUNOS_DO_ENSINO.pdf.
- Giannakopoulos, G., Assimopoulos, H., Petanidou, D., Tzavara, C., Kolaitis, G. & Tsiantis, J. (2012). Effectiveness of a school-based intervention for enhancing adolescents' positive attitudes towards people with mental illness. *Mental Illness*, 4(16), 79-83. doi:10.4081/mi.2012.e16
- Gomes, J. (2009). Health Promotion Schools: an approach to promote health and health education in the school community. *Educação*, 32(1), 84-91.
- Gomes, J., Cravo, L. & Gaspar, P. (2010). Projeto "Pensar Saudável, Viver Saudável": uma (boa) prática de educação para a saúde baseada na formação pelos pares. Consultado em: <http://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/350/1/Projeto%20Pensar%20Saud%c3%a1vel%20Viver%20Saud%c3%a1vel%20%20uma%20boa%20pr%c3%a1tica%20de%20EpS%20baseada%20na%20forma%c3%a7%c3%a3o%20pelos%20pares%20%282%29.pdf>
- Gulliever, A., Griffiths, K. & Christensen, H. (2012). Barriers and facilitators to mental health help-seeking for young elite athletes: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 12(157). doi: 10.1186/1471-244X-12-157

- 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 Neuropsiquiatría*, 89, 67-79.
- Jorm, A. (2000). Mental health literacy. Public Knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401. doi: 10.1192/bjp.177.5.396
- Jorm, A. (2012). Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health. *American Psychologist*, 67(3), 231-243. doi: 10.1037/a0025957
- Jorm, A., Barney, L., Christensen, H., Highet, N., Kelly, C. & Kitchener, B. (2006). Australian and Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know New. *Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 3-5.
- Mezzich, J. & Bhugra, D. (2012). Mental health promotion: Guidance and strategies. *European Psychiatry*, 27, 81-86.
- Kay, R, Opler, A. & Fiezbein, A. (1987). The positive and negative síndrome scale (PANNS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bull*, 13, 261-276.
- Li, H. (2012). Mental Health Literacy, Stigma, and Early Intervention. *Asian Journal of Psychiatry*, 5, 209-210.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. & Aparicio, A. (2005). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 43(83), 43-83.
- 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
- Loureiro, L., Mendes, A., Barroso, T., Santos, J., Oliveira, R. & Ferreira, R. (2012). Mental health literacy of teenagers and youth: concepts and challenges. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6),157-166.

- MacLean, A., Hunt, K. & Sweeting, H. (2013). Symptoms of Mental Health Problems: Children's and Adolescents' Understandings and Implications for Gender Differences in Help Seeking. *Children & Society*, 27, 161-173. doi:10.1111/j.1099-0860.2011.00406.x
- Maddaleno, M., Morello, P. & Infante-Espínola, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Publica Mex*, 45(1), 132-139.
- Martins, M. (2004). Fatores de risco psicossociais para a saúde mental Consultado em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium29/33.pdf>
- Matos, M. (2004). Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, 3(22), 449-462.
- McCarthy, J., Bruno, M. & Fernandes, T. (2011). Evaluating Mental Health Literacy and Adolescent Depression: What Do Teenagers "Know?". *The Professional Counselor: Research and Practice*, 1(2), 133-142.
- 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>
- Ministério da Educação e Ciência (s.d). Consultado em: <http://www.dgide.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=36>
- Ministério da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010 Volume II - Orientações Estratégicas. Consultado em: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf
- Ministério da Saúde (2006). Programa Nacional de Saúde Escolar. Consultado em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-0DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdeEscolar.pdf>
- Ministério da Saúde (2007). [Em linha]. Consultado em: http://saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/02/cnsm_repraticaclinicasaudemental_csp.pdf

Ministério da Saúde e Divisão de Saúde Escolar (2006). [Em linha]. Consultado em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-0DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdeEscolar.pdf>

Moreira, V. & Melo, A. (2008). “Minha doença é Invisível”: Revisitando o Estigma de ser Doente Mental. *Interação em Psicologia*, 12 (2), 307 – 314.

Moysés, S., Moysés, S. & Krempel, M. (2004). Assessing the building process of health promotion public policies: the experience of Curitiba. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 627-641.

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.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012). Relatório de Primavera 2012 – Crise&Saúde. Um País em Sofrimento. Consultado em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012_OPSS.pdf

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>

Periago, M. (2005). La salud mental: una prioridade de salud pública en la Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 223-225.

Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P. Farmer, P. & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: Evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *British Journal of Psychiatry*, 182, 142-146.

Pinfold, V., Stuart, H., Thornicroft, G. & Arboleda-Flórez, J. (2005). Working with young people: The impact of mental health awareness programs in schools in the UK and Canada. *World Psychiatry*, 4(1), 48-52.

Portugal é o país da Europa com mais doentes mentais. (2010, 19 de novembro). Jornal Expresso. Consultado em: <http://expresso.sapo.pt/portugal-e-o-pais-da-europa-com-mais-doentes-mentais=f616434>

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%CC%A7a%CC%83o_PNSM.pdf

Quartilho, M. (2010). Saúde Mental. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Realy, N. & Jorm, A. (2012). Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: Changes in Australia over 8 years. *Psychiatry Research* 197, 302–306. doi:10.1016/j.psychres.2012.01.011

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.

Rickwood, D., Deane, F. & Wilson, C. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Getting There:Proto-Psychiatry*, 187(7), 35-39.

Rodrigues, V., Carvalho, A., Gonçalves, A. & Carvalho, G. (2007). Consultado em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6651/1/Situacoes%20de%20risco.pdf>

Rodríguez, A. (2002). Salud Mental: Situación y Tendencias. *Revista de Salud Pública*, 4(1), 74-88.

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](http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004)

Santos, O. (2010). Health literacy: empowering the person with overweight for the control and reduction of body weight. Consultado em: [http://rdpc.uevora.pt/bitstream/10174/2320/1/\(2010\)%20Literacia%20em%20sa%C3%BAde%20-%20capacitando%20a%20pessoa%20com%20excesso%20de%20peso%20para%20o%20controlo%20e%20redu%C3%A7%C3%A3o%20da%20carga%20ponderal.pdf](http://rdpc.uevora.pt/bitstream/10174/2320/1/(2010)%20Literacia%20em%20sa%C3%BAde%20-%20capacitando%20a%20pessoa%20com%20excesso%20de%20peso%20para%20o%20controlo%20e%20redu%C3%A7%C3%A3o%20da%20carga%20ponderal.pdf)

- 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 Psychiatr Scand*, 107, 142-150.
- Silva, R., Catrib, A., Collares, P. & Cunha, S. (2011). More than educate.... health promoting actions and healthful environments in the perception of teachers from municipal public school. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 24(1), 63-72.
- Simões, C. (2012) Resiliência, Saúde e Desenvolvimento. In Matos, M. & Tomé, G. (Eds), *Aventura Social: Promoção de Competências e do Capital Social para um Empreendedorismo com Saúde na Escola e na Comunidade*. 1ª Edição, (pp.21-50) Lisboa: Placebo, Editora LDA.
- 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.
- Souza, L., Maragalhoni, T., Quincoses, M., Jansen, K., Cruzeiro, A., Ores, L., Silva, R. & Pinheiro, R. (2012). Psychological well-being of young people 18 to 24 years of age and associated factors. *Caderno de Saúde Pública*, 28(6), 1167-1174.
- 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.
- Thornicroft, 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 Psicopatologia Fundamental*, 12(1), 141-160. doi: 10.1016/S0140-673(08)61817-6

- Tomaras, V., Ginieri-Coccosis, M., Vaassiliadou, M., Malliori, M., Ferentinos, S., Soldatos, C. & Tylee, A. (2011). *Annals of General Psychiatry*, 10(33), 1-10.
- Trejos-Castillo, E. & Gutiérrez-Restrepo, M. (2012). Salud Mental en la Niñez y la Adolescencia. *Revistas CES Psicología*, 5(1).
- Torres, C., Barbosa, S., Pinheiro, P. & Vieira, N. (2010). Health and popular education with adolescents. *Revista Rene*, 11(4), 47-56.
- 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.
- Watson, A. & Corrigan, P. (2005). Challenging Public Stigma: A Targeted Approach. In Corrigan, Patrick W. (Ed), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. (pp. 281-295). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Watson, A., Otey, E., Westbrack, A., Gardner, A., Lamb, T., Corrigan, P. & Fenton, W. (2004). Changing Middle Schoolers' Attitudes About Illness Trough Education. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 563-572.
- 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
- World Health Organization (2010). Mental Health Promotion in Young People – an Investment for the Future. Consultado em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/121135/E94270.pdf

World Health Organization (2003). Caring for children and adolescents with mental disorders. Consultado em: http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf

World Health Organization (2008). European Pact For Mental Health and Well-being. Consultado em: <http://saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/02/pactoeuropeu-saudemental.pdf>

World Health Organization (2011). Evidence for gender responsive actions to promote mental health. Young people's health as a whole-of-society response. Consultado em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/158102/316637_WHO_brochure_226x226_1-mental-health.pdf

World Health Organization (2013). Gender and women's mental health: Gender disparities and mental health: The Facts. Consultado em: http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/

World Health Organization (2005). Mental Health Policy and Service Guidance Package - Child and adolescent mental health policies and plans. Consultado em: http://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf

World Health Organization [Em linha]. Consultado em: <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>

Wright, A, Jorm, A. & Mackinnon, A. (2012). Labels used by young people to describe mental disorders: which ones predict effective help-seeking choices? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47, 917–926. doi: 10.1007/s00127-011-0399-z

Wyn, J., Cahill, H., Holdsworth, R., Rowling, L. & Carson, S. (2000). MindMatters, a whole-school approach promoting mental health and wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, (34), 594-601.

ANEXOS

Anexo 1. Características sociodemográficas dos participantes

Tabela 1.1
Distribuição dos participantes por cidade de residência

Cidade de residência	N	%
Porto	81	47.6
Matosinhos	76	44.7
Leça da Palmeira	6	3.5
Maia	4	2.4
Vila Nova de Gaia	3	1.8

Tabela 1.2
Frequências do problema de saúde mental referido

Qual o problema de que sofre a referida pessoa	N	%
Depressão	8	4.7
Trissomia 21	16	9.4
Deficiência mental	9	5.3
Alzheimer	11	6.5
Autismo	1	.6
Não sei	7	4.1
Esquizofrenia	1	.6
Síndrome de Tourette	1	.6
Deficiência motora	1	.6
AVC	1	.6
Bulimia	1	.6
Parkinson	2	1.2
Paralisia	3	1.8
Amnésia	1	.6
Ansiedade	1	.6
Trissomia 21 + Autismo	1	.6
Depressão + Trissomia 21	1	.6
Dislexia	1	.6
Atraso mental	3	1,8
Hiperatividade	1	.6
Cegueira	1	.6

Tabela 1.3
Frequências da relação com a pessoa com o referido problema

Relação com a pessoa com o referido problema de saúde mental	N	%
Familiar	31	18.2
Amigo(a)	31	18.2
Eu próprio(a)	1	.6
Outra	12	7.1
Vários	1	.6

Anexo 2. Equivalência do grupo experimental e grupo de controlo no que refere às variáveis sociodemográficas

Tabela 2.1
Equivalência dos grupos quanto ao género

Tipo de grupo	Masculino		Feminino		X ²	p*
	N	%	N	%		
Grupo experimental	41	47.1	43	53.1	.596	.440
Grupo de controlo	46	52.9	38	46.9		

*Qui-Quadrado; p≤.05

Tabela 2.2
Equivalência dos grupos quanto à cidade de residência

Cidade de residência	Grupo de controlo		Grupo experimental		X ²	p*
	N	%	N	%		
Porto	45	55.6	36	44.4		
Vila Nova de Gaia	0	.0	3	100.0	8.509	.075
Matosinhos	34	44.7	42	55.3		
Maia	1	25.0	3	75.0		
Leça da Palmeira	5	83.3	1	16.7		

*Qui-Quadrado; p≤.05

Tabela 2.3
Equivalência dos grupos quanto à profissão do encarregado de educação

Tipo de grupo	Profissão do encarregado de educação					
	Relacionada com a saúde		Não relacionada com a saúde		X ²	p*
	N	%	N	%		
Grupo experimental	6	40.0	75	50.7	.621	.431
Grupo de controlo	9	60.0	73	49.3		

*Qui-Quadrado; $p \leq .05$

Tabela 2.4
Equivalência dos grupos quanto à situação profissional do encarregado de educação

Tipo de grupo	Situação profissional do encarregado de educação					
	Sim		Não		X ²	p*
	N	%	N	%		
Grupo experimental	71	47.7	13	65.0	2.123	.145
Grupo de controlo	78	52.3	7	35.0		

*Qui-Quadrado; $p \leq .05$

Anexo 3. Equivalência do grupo experimental e o grupo de controlo quanto às variáveis referentes à proximidade a problemas de saúde mental

Tabela 3.1
Equivalência dos grupos quanto à proximidade a problemas de saúde mental

Tipo de grupo	Proximidade a problemas de saúde mental							
	Sim		Não		Não sei		X ²	p*
	N	%	N	%	N	%		
Grupo experimental	44	57.9	25	44.6	15	41.7	2.123	.145
Grupo de controlo	32	42.1	31	55.4	21	58.3		

*Qui-Quadrado; $p \leq .05$

Tabela 3.2

Equivalência entre os grupos quanto ao problema de saúde mental da pessoa mencionada

Problema referido	Grupo de controlo		Grupo experimental		X ²	p*
	N	%	N	%		
Depressão	6	75.0	2	25.0		
Trissomia 21	0	0.0	16	100.0		
Deficiência mental	6	66.7	3	33.3		
Alzheimer	5	45.5	6	54.5		
Autismo	0	0.0	1	100.0		
Não sei	6	85.7	1	14.3		
Esquizofrenia	0	0.0	1	100.0		
Síndrome de Tourette	1	100.0	0	0.0	40.608	.004
Deficiência motora	1	100.0	0	0.0		
AVC	0	0.0	1	100.0		
Bulimia	1	100.0	0	0.0		
Parkinson	0	0	2	100.0		
Paralisia	2	66.7	1	33.3		
Amnésia	1	100.0	0	0.0		
Ansiedade	0	0	1	100.0		
Trissomia 21 + Autismo	0	0	1	100.0		
Depressão + Trissomia 21	0	0	1	100.0		
Dislexia	1	100.0	0	0.0		
Atraso mental	0	0.0	3	100.0		
Hiperatividade	1	100.0	0	0.0		
Cegueira	1	100.0	0	0.0		

*Qui-Quadrado; p≤.05

Anexo 4. 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 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, nem discordo	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, nem discordo	Concordo	Concordo muito

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

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

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

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

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

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

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

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

33. Situações de grande stress podem causar perturbações mentais.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	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 5. LMSq – 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|__|__|__|__|

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, nem discordo	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, nem discordo	Concordo	Concordo muito

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

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

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

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

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

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

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

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

33. Situações de grande stress podem causar perturbações mentais.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	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 6. Pedido de Autorização à Comissão Nacional de Proteção 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 confidencialidade no tratamento.

Rua de São Bento, 148-3º • 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

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

Rua de São Bento, 148-3º • 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.

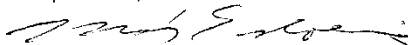
Transferências de dados para países terceiros: Não há.

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)

Anexo 7. Pedido de Autorização ao Ministério da Educação

nta-feira, 26 de Abril de 2012

12:44

qui

Page 1 of 1

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 Luisa Brites Parreira Coelho Vieira de Campos

E-mail do interlocutor:

abrir_saudemental@porto.ucp.pt

Faculdade de Educação e
Psicologia - Universidade
Católica Portuguesa

[Sair](#)

Área reservada

- Dados da entidade
- Consultar inquéritos
- 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 "UPA Faz a Diferença" [6, 7] - projecto implementado pela ENCONTRAR+ SE, uma IPSS que visa contribuir para o desenvolvimento dos serviços de saúde em Portugal.

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

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

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

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

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

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

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

Objectivos:

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

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

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

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

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

Periodicidade:

Pontual

Data do início do período de recolha de dados:

07-11-2011

Data do fim do período de recolha de dados:

30-11-2013

Universo:

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

Unidade de observação:

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

Método de recolha de dados:

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

Inquérito registado no Sistema Estatístico Nacional:

Não

Inquérito aplicado pela entidade:

Sim

Instrumento de inquirição:

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

Nota metodológica:

Outros documentos:

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

Data de registo:

18-10-2011

Versão:

2 (2)

Dados adicionais

Estado:

Aprovado

Avaliação:

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

vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos de qualidade técnica e metodológica para tal devendo, no entanto, ter em atenção as observações aduzidas.

Com os melhores cumprimentos

Isabel Oliveira

Directora de Serviços de Inovação Educativa
DGDC

Observações:

a) Deverá ser obtida a autorização expressa dos encarregados de educação dos alunos com menos de 18 anos a inquirir .

b) Nos procedimentos a efectuar no âmbito deste projecto devem ser respeitadas todas as considerações da Comissão Nacional de Protecção de Dados , inscritas na autorização nº 11098/2011,

Outras observações:

Sem observações.

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

Anexo 8. 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 abordados 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 9. 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 10. 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 11. 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 12. Conhecimentos sobre problemas de saúde mental (PRÉ-TESTE)

Tabela 12.1.

Conhecimentos sobre problemas de saúde mental – score total (pré-teste)

<i>Conhecimentos sobre problemas de saúde mental</i>	Amostra total		
	N	M	DP
	147	3.59	.352

Tabela 12.2.

Conhecimentos sobre problemas de saúde mental – análise detalhada (pré-teste)

Itens	Amostra total		
	N	M	DP
16. Quanto mais cedo forem identificadas e tratadas as perturbações mentais, melhor.	169	4.34	.838
27. O consumo de drogas pode causar perturbações mentais.	169	4.08	.886
11. Uma pessoa com perturbação de ansiedade pode entrar em pânico perante situações de que tenha medo.	168	4.01	.841
33. Situações de grande <i>stress</i> podem causar perturbações mentais.	169	3.84	.766
14. O consumo de álcool pode causar perturbações mentais.	169	3.83	.873
3. Uma pessoa com depressão sente-se muito infeliz.	168	3.82	1.109
7. Uma perturbação mental não afeta o comportamento.	168	3.77	.960
4. Em casos de esquizofrenia, é comum as pessoas terem ideias delirantes (isto é, podem acreditar que estão a ser constantemente perseguidas e observadas).	160	3.74	.841
28. Uma perturbação mental afeta os pensamentos.	169	3.72	.831
15. Uma perturbação mental não afeta os sentimentos.	167	3.57	.997
25. A duração dos sintomas é um dos aspetos importantes para sabermos se uma pessoa tem, ou não tem, uma perturbação mental	165	3.56	.718
23. Uma pessoa com perturbação de ansiedade evita situações que lhe causem desconforto.	166	3.49	.761
18. O mau funcionamento do cérebro pode levar ao aparecimento de perturbações mentais.	164	3.46	.916
22. Um dos sintomas da depressão é a falta de interesse ou prazer pela maioria das coisas	167	3.43	.914
31. Uma pessoa com esquizofrenia pode ver e ouvir coisas que mais ninguém vê e ouve.	162	3.38	.871

Anexo 13. Procura de ajuda e competências de primeira ajuda (PRÉ-TESTE)

Tabela 13.1.

Procura de ajuda e competências de primeira ajuda – score total (pré-teste)

<i>Procura de ajuda e competências de primeira ajuda</i>	Amostra total		
	N	M	DP
	161	4.26	.487

Tabela 13.2.

Procura de ajuda e competências de primeira ajuda – análise detalhada (pré-teste)

Itens	Amostra total		
	N	M	DP
5. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda da minha família.	169	4.64	.641
1. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, oferecia-me para ajudar	168	4.63	.672
13. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu ouvia-o sem julgar ou criticar.	169	4.37	.857
10. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria ajuda profissional (psicólogo e/ou psiquiatra).	170	4.33	.834
6. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um psicólogo	170	4.32	.774
19. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um médico.	167	4.25	.789
24. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu não podia fazer nada para o ajudar	170	4.24	.740
20. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda dos meus amigos	168	3.90	.937
8. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com os pais dele.	167	3.89	.941
29. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com o diretor de turma ou outro professor	169	3.89	1.00

Anexo 14. Estratégias de autoajuda (PRÉ-TESTE)

Tabela 14.1.

Estratégias de autoajuda – score total (pré-teste)

<i>Estratégias de autoajuda</i>	Amostra total		
	N	M	DP
	161	4.26	.487

Tabela 14.2.

Estratégias de autoajuda – análise detalhada (pré-teste)

Itens	Amostra total		
	N	M	DP
9. Dormir bem ajuda a melhorar a saúde mental	169	3.93	.894
2. Fazer exercício físico ajuda a melhorar a saúde mental	168	3.89	1.00
30. Fazer algo que goste ajuda a melhorar a saúde mental	169	3.80	.890
40. Falar com outras pessoas sobre os meus problemas ajuda a melhorar a saúde mental.	170	3.72	.962
21. Ter uma alimentação equilibrada ajuda a melhorar a saúde mental	166	3.60	.894

Anexo 15. Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo ao nível da literacia em saúde mental (PRÉ-TESTE)

Tabela 15.1.

Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo no que refere aos Conhecimentos sobre problemas de saúde mental - score total (pré-teste)

	Grupo experimental	Grupo de controlo	t (144)
	(N=76) Média (DP)	(N=72) Média (DP)	
<i>Conhecimentos sobre problemas de saúde mental</i>	3.63 (.316)	3.55 (.386)	- 1.309*

*p=.192

Tabela 15.2.

Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo no que refere à Procura de ajuda e competências de primeira ajuda – score total (pré-teste)

	Grupo experimental	Grupo de controlo	t (159)
	(N=78) Média (DP)	(N=83) Média (DP)	
<i>Procura de ajuda e competências de primeira ajuda</i>	4.25 (.438)	4.26 (.532)	.147***

***p=.883

Tabela 15.3.

Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo no que refere às Estratégias de autoajuda – score total (pré-teste)

	Grupo experimental	Grupo de controlo	t (161)
	(N=83) Média (DP)	(N=80) Média (DP)	
<i>Estratégias de autoajuda</i>	3.77 (.639)	3.81 (.632)	.341***

***p=.734

Anexo 16. Diferenças de género ao nível da literacia em saúde mental (PRÉ-TESTE)

Tabela 16.1.

Diferenças de género quando aos conhecimentos sobre problemas saúde mental – score total (PRÉ-TESTE)

	Conhecimentos sobre problemas de saúde mental			<i>t</i> (142)	<i>p</i> *
	N	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Género Masculino	73	3.55	.383	-1.537	.13
Género Feminino	71	3.64	.314		

*T Test; $p \leq .05$

Tabela 16.2. Diferenças de género quanto aos conhecimentos sobre problemas de saúde mental – análise detalhada (PRÉ-TESTE)

Itens	Género Masculino			Género feminino			<i>U</i>	<i>p</i> *
	N	<i>M</i>	<i>DP</i>	N	<i>M</i>	<i>DP</i>		
4. Em casos de Esquizofrenia, é comum as pessoas terem ideias delirantes (isto é, podem acreditar que estão a ser constantemente perseguidas ou observadas	82	3.62	.796	76	3.88	.879	2569.000	.042
11. Uma pessoa com perturbação de ansiedade pode entrar em pânico perante situações de que tenha medo.	86	3.80	.905	80	4.25	.703	2481.500	.001
14. O consumo de álcool pode causar perturbações mentais	86	3.95	.880	81	3.69	.846	2793.000	.017
3. Uma pessoa com depressão sente-se muito infeliz	86	3.80	1.015	81	4.52	.726	2666.000	.004
7. Uma perturbação mental não afeta o comportamento.	85	3.80	1.056	80	3.85	1.202	3196.000	.408
15. Uma perturbação mental não afeta os sentimentos.	85	3.44	1.005	81	3.72	.855	3157.500	.333
18. O mau funcionamento do cérebro pode levar ao aparecimento de perturbações mentais	84	3.49	.951	80	3.70	.973	2875.000	.072
22. Um dos sintomas da depressão é a falta de interesse ou prazer pela maioria das coisas.	84	3.37	.915	81	3.47	.909	3296.000	.712
23. Uma pessoa com perturbação de ansiedade evita situações que lhe causem desconforto	83	3.43	.768	81	3.57	.741	3034.000	.239
25. A duração dos sintomas é um dos aspetos importantes para sabermos se uma pessoa tem, ou não tem, uma perturbação mental.	84	3.46	.648	79	3.66	.783	2818.000	.068
27. O consumo de drogas pode causar perturbações mentais.	87	4.08	.967	80	4.07	.792	3315.500	.565
28. Uma perturbação mental afeta os pensamentos.	86	3.67	.913	81	3.77	.746	3299.000	.526

33. Situações de grande <i>stress</i> podem causar perturbações mentais.	87	3.90	.778	80	3.80	-.753	3176.000	.292
Estereótipos								
12. As pessoas com perturbação mental são de famílias com pouco dinheiro	87	1.49	.847	81	1.37	.766	3270.500	.308
26. A depressão não é uma verdadeira perturbação mental.	84	2.54	1.035	80	2.64	.931	3124.500	.415
17. Só os adultos têm perturbações mentais	86	1.59	.757	80	1.41	.741	2905.000	.045

*Teste Mann-Whitney; $p \leq .05$

Tabela 16.3.

Diferenças de género quanto à identificação de 3 perturbações mentais específicas (pré-teste)

Lista de identificação	Género feminino		Género masculino		p^*
	N (%)		N (%)		
Ansiedade	39 (48.1%)		43 (49.4%)		$p = .88$
Depressão	60 (74.1%)		72 (82.8%)		$p = .19$
Esquizofrenia	61 (75.3%)		62 (71.3%)		$p = .60$
Paralisia	50 (61.7%)		49 (56.3%)		$p = .53$
Parkinson	60 (74.1%)		52 (59.8%)		$p = .05$
AVC	21 (25.9%)		27 (31.0%)		$p = .50$
Trissomia 21	34 (42.0%)		38 (43.7%)		$p = .88$

*Teste Qui-Quadrado; $p \leq .05$

Tabela.16.4.

Diferenças de género ao nível da Procura de ajuda e competências de primeira ajuda – score total (pré-teste)

Procura de ajuda e competências de primeira ajuda	Amostra total			t (157)	p^*
	N	M	DP		
Género Masculino	80	4.16	.533	-2.525	.01
Género Feminino	79	4.35	.424		

*T Test; $p \leq .05$

Tabela 16.5.

Diferenças de género quanto às Estratégias de autoajuda – score total (pré-teste)

<i>Estratégias de autoajuda</i>	Amostra total			<i>t</i> (159)	<i>p</i> *
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Género Masculino	84	3.73	0.671	-1.265	.21
Género Feminino	77	3.85	0.585		

*T Test; $p \leq .05$

Tabela 16.6.

Diferenças de género quanto às Estratégias de autoajuda – micro análise (pré-teste)

Itens	Género Masculino			Género Feminino			<i>U</i>	<i>p</i> *
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
21. Ter uma alimentação equilibrada ajuda a melhorar a saúde mental	85	3.45	.906	79	3.75	.854	2764.000	.037
9. Dormir bem ajuda a melhorar a saúde mental	76	3.90	.977	56	3.99	.803	3390.000	.706
2. Fazer exercício físico ajuda a melhorar a saúde mental	75	3.91	1.019	56	3.86	.984	3292.500	.625
30. Fazer algo que goste ajuda a melhorar a saúde mental	86	3.76	.894	81	3.85	.896	3312.000	.563
40. Falar com outras pessoas sobre os meus problemas ajuda a melhorar a saúde mental	87	3.67	.948	81	3.78	.987	3289.000	.433

*Teste Mann-Whitney; $p \leq .05$

Anexo 17. Diferenças na Literacia em Saúde Mental, em relação à proximidade a problemas de saúde mental

Tabela 17.1.

Diferenças ao nível dos conhecimentos sobre problemas de saúde mental, em relação à proximidade a problemas de saúde mental- score total (pré-teste)

Proximidade a problemas de saúde mental	Conhecimentos sobre problemas de saúde mental			<i>t</i> (112)	<i>p</i> *
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Sim	65	3.69	.318	3.017	.003
Não	49	3.49	.393		

*T Test; $p \leq .05$

Tabela 17.2.

Diferenças nos conhecimentos sobre problemas de saúde mental em relação à proximidade a alguém com problemas de saúde mental – análise detalhada (PRÉ-TESTE)

<i>Proximidade a problemas de saúde mental</i>										
Itens	Sim			Não			U	p*		
	N	M	DP	N	M	DP				
11. Uma pessoa com perturbação de ansiedade pode entrar em pânico perante situações de que tenha medo.	76	4.18	.725	55	3.82	.884	1593.000	.011		
16. Quanto mais cedo forem identificadas e tratadas as perturbações mentais, melhor.	75	4.16	.906	56	4.52	.726	1775.000	.093		
14. O consumo de álcool pode causar perturbações mentais.	75	3.92	.926	56	3.79	.889	1928.500	.394		
4. Em casos de esquizofrenia, é comum as pessoas terem ideias delirantes (isto é, podem acreditar que estão a ser constantemente perseguidas e observadas).	72	3.99	.864	52	3.50	.754	1319.500	.003		
3. Uma pessoa com depressão sente-se muito infeliz	74	3.93	1.220	56	3.73	1.000	1733.000	.095		
7. Uma perturbação mental não afeta o comportamento.	74	3.78	1.010	56	3.75	1.066	2063.000	.965		
15. Uma perturbação mental não afeta os sentimentos.	75	3.60	1.103	55	3.58	.896	1985.000	.702		
18. O mau funcionamento do cérebro pode levar ao aparecimento de perturbações mentais	73	3.49	1.029	55	3.44	.898	1982.500	.898		
22. Um dos sintomas da depressão é a falta de interesse ou prazer pela maioria das coisas.	74	3.51	1.024	55	3.38	.799	1863.000	.297		
23. Uma pessoa com perturbação de ansiedade evita situações que lhe causem desconforto	74	3.47	.848	54	3.52	.720	1939.500	.759		
25. A duração dos sintomas é um dos aspetos importantes para sabermos se uma pessoa tem, ou não tem, uma perturbação mental.	73	3.58	.832	55	3.65	.615	1873.500	.481		
27. O consumo de drogas pode causar perturbações mentais.	76	4.13	.929	55	3.91	.967	1783.500	.123		
28. Uma perturbação mental afeta os pensamentos.	75	3.79	.905	56	3.68	.789	1901.000	.317		
31. Uma pessoa com esquizofrenia pode ver e ouvir coisas que mais ninguém vê e ouve.	72	3.39	.972	53	2.25	.757	1737.500	.348		
33. Situações de grande <i>stress</i> podem causar perturbações mentais.	76	3.96	.807	55	3.73	.781	1765.000	.104		
Estereótipos										

12. As pessoas com perturbação mental são de famílias com pouco dinheiro	76	1.30	.611	56	1.57	.951	1830.000	.082
26. A depressão não é uma verdadeira perturbação mental.	73	2.30	1.076	55	2.80	.970	1439.000	.004
17. Só os adultos têm perturbações mentais.	75	1.37	.712	56	1.55	.784	1795.500	.090

*Teste Mann-Whitney; $p \leq .05$

Tabela 17.3.

Diferenças na identificação de 3 perturbações mentais específicas, em relação à proximidade a alguém com problemas de saúde mental (pré-teste)

Lista de identificação	Proximidade a problemas de saúde mental		p^*
	Sim N(%)	Não N(%)	
Ansiedade	31(40.8%)	29 (51.8)%	$p=.07$
Depressão	60 (78.9%)	44 (78.6%)	$p=.83$
Esquizofrenia	60 (78.9%)	37 (66.1%)	$p=.25$
Paralisia	51 (67.1%)	30 (53.6%)	$p=.19$
Parkinson	47 (61.8%)	41 (73.2%)	$p=.37$
AVC	23 (30.3%)	15 (26.8%)	$p=.90$
Trissomia 21	40 (52.6%)	19 (33.9%)	$p=.05$

*Teste Qui-Quadrado; $p \leq .05$

Tabela 17.4.

Diferenças ao nível da Procura de ajuda e competências de primeira ajuda, em relação à proximidade a problemas de saúde mental – score total (pré-teste)

Proximidade a problemas de saúde mental	Procura de ajuda e competências de primeira ajuda			t (124)	p^*
	N	M	DP		
Sim	71	4.36	.450	2.256	.026
Não	55	4.15	.573		

*T Test; $p \leq .05$

Tabela 17.5.

Diferenças ao nível das Estratégias de autoajuda em relação à proximidade a problemas de saúde mental – score total (pré-teste)

Proximidade a problemas de saúde mental	Estratégias de autoajuda			t (124)	p*
	N	M	DP		
Sim	74	3.81	0.606	0.759	.0449
Não	52	3.72	0.726		

*T Test; $p \leq .05$

Tabela 17.6.

Diferenças ao nível das Estratégias de autoajuda, em relação à proximidade a problemas de saúde mental – análise detalhada (pré-teste)

Itens	Proximidade a problemas de saúde mental								U	p*
	Sim			Não			U	p*		
	N	M	DP	N	M	DP				
30. Fazer algo que goste ajuda a melhorar a saúde mental	76	3.76	.894	55	3.85	.896	1676.500	.042		
21. Ter uma alimentação equilibrada ajuda a melhorar a saúde mental	75	3.55	.874	56	3.68	.996	1820.500	.391		
9. Dormir bem ajuda a melhorar a saúde mental	76	3.97	.923	56	3.93	.850	2053.500	.715		
2. Fazer exercício físico ajuda a melhorar a saúde mental	75	3.85	1.049	56	4.00	.804	2080.500	.924		
40. Falar com outras pessoas sobre os meus problemas ajuda a melhorar a saúde mental	76	3.82	1.029	56	3.59	.930	1811.000	.126		

*Teste Mann-Whitney; $p \leq .05$

Anexo 18. Impacto da intervenção de promoção de saúde mental na Literacia em Saúde Mental (PÓS-TESTE)

Tabela 18.1.

Diferenças significativas no grupo experimental quanto aos conhecimentos sobre problemas de saúde mental – micro análise (PRÉ-TESTE e PÓS-TESTE)

Itens	Pré-teste			Pós-teste			Z	p*
	N	M	DP	N	M	DP		
11. Uma pessoa com perturbação de ansiedade pode entrar em pânico perante situações de que tenha medo.	84	4.08	.662	73	3.88	.985	-1.814	.070
16. Quanto mais cedo forem identificadas e tratadas as perturbações mentais, melhor.	85	4.38	.723	73	4.56	.850	-2.278	.023
14. O consumo de álcool pode causar perturbações mentais.	85	3.74	.966	72	4.31	.882	-4.054	<.001
4. Em casos de esquizofrenia, é comum as pessoas terem ideias delirantes (isto é, podem acreditar que estão a ser constantemente perseguidas e observadas).	81	3.83	.877	72	4.49	.769	-4.740	<.001
3. Uma pessoa com depressão sente-se muito infeliz	84	3.85	1.081	73	4.08	1.102	-.830	.407
7. Uma perturbação mental não afeta o comportamento.	84	3.76	.977	73	3.88	.985	-1.042	.297
15. Uma perturbação mental não afeta os sentimentos.	85	3.64	.986	73	3.86	1.097	-1.446	.148
18. O mau funcionamento do cérebro pode levar ao aparecimento de perturbações mentais	83	3.45	.966	72	3.54	1.125	-.394	.694
22. Um dos sintomas da depressão é a falta de interesse ou prazer pela maioria das coisas.	84	3.52	.911	72	4.06	.837	-3.694	<.001
23. Uma pessoa com perturbação de ansiedade evita situações que lhe causem desconforto	83	3.42	.655	71	3.93	.724	-3.524	<.001
25. A duração dos sintomas é um dos aspetos importantes para sabermos se uma pessoa tem, ou não tem, uma perturbação mental.	84	3.58	.715	72	4.25	.801	-4.707	<.001
27. O consumo de drogas pode causar perturbações mentais.	85	4.01	.945	71	4.39	.746	-3.160	.002
28. Uma perturbação mental afeta os pensamentos.	85	3.76	.718	72	3.69	1.070	-.474	.635
31. Uma pessoa com esquizofrenia pode ver e ouvir coisas que mais ninguém vê e ouve.	84	3.48	.885	73	4.38	.738	-5.425	<.001
33. Situações de grande <i>stress</i> podem causar perturbações mentais.	85	3.80	.784	73	4.26	.688	-4.031	<.001
Estereótipos								
12. As pessoas com perturbação mental são de famílias com pouco dinheiro	85	1.44	.731	72	1.46	.804	-.154	.878
26. A depressão não é uma verdadeira perturbação mental.	84	2.68	.984	70	2.16	1.211	-2.977	.003
17. Só os adultos têm perturbações mentais.	85	1.33	.521	73	1.45	.602	-1.281	.281

*Teste Wilcoxon; $p \leq .05$

Tabela 18.2.

Diferenças no grupo experimental quanto à Procura de ajuda e competências de primeira ajuda – score total (pré-teste e pós-teste)

Tipo de Grupo	Pré-teste			Pós-teste			<i>t</i>	<i>p</i> *
	N	M	DP	N	M	DP		
Grupo experimental	69	4.25	.43	69	4.33	.45	(68) -1.695	.09

*T Test; $p \leq .05$

Tabela 18.3.

Diferenças no grupo experimental quanto à Procura de ajuda e competências de primeira ajuda – análise detalhada (pré-teste e pós-teste)

Itens	Pré-teste			Pós-teste			<i>Z</i>	<i>p</i> *
	N	M	DP	N	M	DP		
5. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda da minha família.	84	4.68	.519	74	4.48	.835	-1.690	.091
1. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, oferecia-me para ajudar	83	4.72	.477	75	4.61	.634	-4.71	.637
13. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu ouvia-o sem julgar ou criticar.	84	4.37	.773	74	4.52	.884	-1.773	.076
10. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria ajuda profissional (psicólogo e/ou psiquiatra).	85	4.35	.767	75	4.23	.936	-.974	.329
6. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um psicólogo	85	4.26	.774	75	4.41	.779	-1.546	.122
19. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um médico.	83	4.20	.793	74	4.11	1.035	-.345	.730
24. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu não podia fazer nada para o ajudar	85	4.13	.768	75	4.39	.779	-7.129	<.001
20. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda dos meus amigos	84	3.93	.929	74	4.10	.819	-1.389	.165
8. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com os pais dele.	82	3.77	.998	75	4.11	.891	-3.341	.001
29. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com o diretor de turma ou outro professor	85	3.85	.982	75	3.93	.969	-.898	.369

*Teste Wilcoxon; $p \leq .05$

Tabela 18.4.

Diferenças no grupo de controlo quanto aos Conhecimentos 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 de controlo	60	3.55	.32	60	3.70	.39	(60) -1.620	.111

*T Test; $p \leq .05$

Tabela 18.5.

Diferenças no grupo de controlo quanto aos Conhecimentos sobre problemas de saúde mental – análise detalhada (pré-teste e pós-teste)

Itens	Pré-teste			Pós-teste			Z	p*
	N	M	DP	N	M	DP		
11. Uma pessoa com perturbação de ansiedade pode entrar em pânico perante situações de que tenha medo.	84	3.94	.986	75	3.83	.665	-1.260	.208
16. Quanto mais cedo forem identificadas e tratadas as perturbações mentais, melhor.	84	4.31	.944	74	4.34	.848	-.312	.755
14. O consumo de álcool pode causar perturbações mentais.	84	3.92	.764	74	3.81	.771	-1.216	.224
4. Em casos de esquizofrenia, é comum as pessoas terem ideias delirantes (isto é, podem acreditar que estão a ser constantemente perseguidas e observadas).	79	3.66	.799	73	3.53	.709	-1.350	.177
3. Uma pessoa com depressão sente-se muito infeliz	84	3.79	1.141	75	3.49	1.083	-1.172	.241
7. Uma perturbação mental não afeta o comportamento.	84	3.77	.949	74	3.70	.840	-1.190	.234
15. Uma perturbação mental não afeta os sentimentos.	82	3.50	1.009	73	3.34	1.145	-1.433	.152
18. O mau funcionamento do cérebro pode levar ao aparecimento de perturbações mentais	81	3.47	.867	73	3.40	.595	-1.158	.247
22. Um dos sintomas da depressão é a falta de interesse ou prazer pela maioria das coisas.	83	3.33	.912	74	3.28	.944	-.548	.584
23. Uma pessoa com perturbação de ansiedade evita situações que lhe causem desconforto	83	3.55	.845	75	3.41	.773	-1.280	.200
25. A duração dos sintomas é um dos aspetos importantes para sabermos se uma pessoa tem, ou não tem, uma perturbação mental.	81	3.54	.725	75	3.63	.749	-1.193	.233
27. O consumo de drogas pode causar perturbações mentais.	84	4.14	.823	75	4.05	.889	-1.180	.238
28. Uma perturbação mental afeta os pensamentos.	84	3.68	.933	75	3.72	.894	-.978	.328
31. Uma pessoa com esquizofrenia pode ver e ouvir coisas que mais ninguém vê e ouve.	78	3.28	.851	73	3.29	.889	-.943	.346

33. Situações de grande <i>stress</i> podem causar perturbações mentais.	84	3.88	.751	75	3.76	.867	-1.141	.254
Estereótipos								
12. As pessoas com perturbação mental são de famílias com pouco dinheiro	85	1.44	.879	74	1.39	.658	-.221	.825
26. A depressão não é uma verdadeira perturbação mental.	82	2.48	.984	75	2.68	1.029	-1.331	.183
17. Só os adultos têm perturbações mentais.	83	1.69	.896	73	1.68	.760	-.458	.647

*Teste Wilcoxon; $p \leq .05$

Tabela 18.6.

Diferenças no grupo de controlo quanto aos conhecimentos de 3 perturbações mentais, num conjunto de 7 problemas de saúde (pré-teste e pós-teste)

Problemas de saúde	Pré-teste		Pós-teste		p^*
	N (%)		N (%)		
Ansiedade	54 (63.5%)		49 (57.6%)		1.00
Depressão	69 (81.2%)		55 (64.7%)		.18
Esquizofrenia	63 (74.1%)		57 (67.1%)		1.00
Paralisia	46 (54.1%)		44 (51.8%)		.50
Parkinson	53 (62.4%)		26 (30.6%)		<.01
AVC	29 (34.1%)		23 (27.1%)		.82
Trissomia 21	27 (31.8%)		36 (42.4%)		.01

*McNemar Test; $p \leq .05$

Tabela 18.7.

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 de controlo	71	4.26	.53	71	4.30	.55	(68) -0.337	.74

*T Test; $p \leq .05$

Tabela 18.8.

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		
5. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda da minha família.	85	4.60	.743	74	4.43	.664	-2.414	.016
1. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, oferecia-me para ajudar	85	4.53	.810	75	4.61	.634	-.039	.969
13. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu ouvia-o sem julgar ou criticar.	85	4.36	.937	74	4.74	.763	-.187	.852
10. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria ajuda profissional (psicólogo e/ou psiquiatra).	85	4.31	.900	75	4.39	.695	.525	.525
6. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um psicólogo	85	4.39	.773	75	4.44	.721	-.617	.537
19. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um médico.	84	4.30	.788	74	4.23	.837	-1.527	.127
24. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu não podia fazer nada para o ajudar	85	4.13	.768	75	4.28	.894	-7.384	<.001
20. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda dos meus amigos	84	3.88	.949	74	4.11	.869	-1.915	.056
8. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com os pais dele.	85	4.34	.700	75	4.17	.928	-2.042	.041
29. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com o diretor de turma ou outro professor	84	3.94	1.022	75	4.03	.972	-.721	.471

*Teste Wilcoxon; $p \leq .05$

Tabela 18.9.

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 de controlo	70	3.81	.62	70	3.81	.60	(69) -0.186	.85

*T Test; $p \leq .05$

Tabela 18.10.

Diferenças no grupo de controlo quanto às Estratégias de autoajuda – análise detalhada (pré-teste e pós-teste)

Itens	Pré-teste			Pós-teste			U	p*
	N	M	DP	N	M	DP		
21. Ter uma alimentação equilibrada ajuda a melhorar a saúde mental	81	3.47	.838	75	3.51	.860	-.240	.810
9. Dormir bem ajuda a melhorar a saúde mental	84	3.95	.863	75	3.88	.821	-.457	.648
2. Fazer exercício físico ajuda a melhorar a saúde mental	84	3.99	.988	75	3.76	.863	-2.122	.034
30. Fazer algo que goste ajuda a melhorar a saúde mental	85	3.87	.910	75	3.99	.862	-1.449	.147
40. Falar com outras pessoas sobre os meus problemas ajuda a melhorar a saúde mental	85	3.78	.956	75	3.92	.784	-1.051	.293

*Teste Mann-Whitney; $p \leq .05$

Anexo 19: Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo ao nível da Literacia em Saúde Mental (PÓS-TESTE)

Tabela 19.1

Diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo ao nível dos conhecimentos sobre problemas de saúde mental – análise detalhada (PÓS-TESTE)

Itens	Grupo Experimental			Grupo de Controlo			U	p*
	N	M	DP	N	M	DP		
11. Uma pessoa com perturbação de ansiedade pode entrar em pânico perante situações de que tenha medo.	73	3.88	.985	75	3.83	.665	1746.000	<.001
16. Quanto mais cedo forem identificadas e tratadas as perturbações mentais, melhor.	73	4.56	.850	74	4.34	.848	2196.000	.024
14. O consumo de álcool pode causar perturbações mentais.	72	4.31	.882	74	3.81	.771	1675.000	<.001
4. Em casos de esquizofrenia, é comum as pessoas terem ideias delirantes (isto é, podem acreditar que estão a ser constantemente perseguidas e observadas).	72	4.49	.769	73	3.53	.709	981.000	<.001
3. Uma pessoa com depressão sente-se muito infeliz	73	4.08	1.102	75	3.49	1.083	1838.500	<.001
7. Uma perturbação mental não afeta o comportamento.	73	3.88	.985	74	3.70	.840	2310.500	.109
15. Uma perturbação mental não afeta os sentimentos.	73	3.86	1.097	73	3.34	1.145	1935.500	.003
18. O mau funcionamento do cérebro pode levar ao aparecimento de perturbações mentais	72	3.54	1.125	73	3.40	.595	2176.000	.055
22. Um dos sintomas da depressão é a falta de interesse ou prazer pela maioria das coisas.	72	4.06	.837	74	3.28	.944	-3.694	<.001
23. Uma pessoa com perturbação de ansiedade evita situações que lhe causem desconforto	71	3.93	.724	75	3.41	.773	1730.500	<.001
25. A duração dos sintomas é um dos aspetos importantes para sabermos se uma pessoa tem, ou não tem, uma perturbação mental.	72	4.25	.801	75	3.63	.749	1519.000	<.001
27. O consumo de drogas pode causar perturbações mentais.	71	4.39	.746	75	4.05	.889	2079.000	.013
28. Uma perturbação mental afeta os pensamentos.	72	3.69	1.070	75	3.72	.894	2626.500	.761
31. Uma pessoa com esquizofrenia pode ver e ouvir coisas que mais ninguém vê e ouve.	73	4.38	.738	73	3.29	.889	918.500	<.001

33. Situações de grande <i>stress</i> podem causar perturbações mentais.	73	4.26	.688	75	3.76	.867	1842.500	<.001
Estereótipos								
12. As pessoas com perturbação mental são de famílias com pouco dinheiro	72	1.46	.804	74	1.39	.658	2612.000	.818
26. A depressão não é uma verdadeira perturbação mental.	70	2.16	1.211	75	2.68	1.029	1832.000	.001
17. Só os adultos têm perturbações mentais.	73	1.45	.602	73	1.68	.760	2309.000	.088

* Teste Mann-Whitney; $p \leq .05$

Tabela 19.2.

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 Experimental			Grupo de controlo			U	p*
	N	M	DP	N	M	DP		
5. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda da minha família.	74	4.48	.835	74	4.43	.664	2473.5000	.316
1. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, oferecia-me para ajudar	75	4.61	.634	75	4.61	.634	2583.000	.457
13. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu ouvia-o sem julgar ou criticar.	74	4.52	.884	74	4.74	.763	2510.000	.381
10. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria ajuda profissional (psicólogo e/ou psiquiatra).	75	4.23	.936	75	4.39	.695	258.000	.506
6. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um psicólogo	75	4.41	.779	75	4.44	.721	2702.5000	.880
19. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um médico.	74	4.11	1.035	74	4.23	.837	2609.5000	.699
24. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu não podia fazer nada para o ajudar	75	4.39	.779	75	4.28	.894	2566.000	.566
20. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda dos meus amigos	74	4.10	.819	74	4.11	.869	2636.500	.786
8. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com os pais dele.	75	4.11	.891	75	4.17	.928	2590.500	.546
29. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com o diretor de turma ou outro professor	75	3.93	.969	75	4.03	.972	2551.000	.537

*Teste Mann-Whitney; $p \leq .05$