



CATÓLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# QUESTIONÁRIO DE LITERACIA EM SAÚDE MENTAL (LSMq) VERSÃO JOVEM-ADULTO: UM ESTUDO MULTICULTURAL ENTRE PORTUGAL E A TAILÂNDIA

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Inês Madruga Rocha*

Porto, julho de 2020



CATÓLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# QUESTIONÁRIO DE LITERACIA EM SAÚDE MENTAL (LSMq) VERSÃO JOVEM-ADULTO: UM ESTUDO MULTICULTURAL ENTRE PORTUGAL E A TAILÂNDIA

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Inês Madruga Rocha*

Trabalho efetuado sob a orientação de

Prof.<sup>a</sup> Doutora Luísa Campos e Prof. Doutor Pedro Dias

Porto, julho de 2020

## AGRADECIMENTOS

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Luísa Campos e ao Prof. Doutor Pedro Dias, por serem modelos de competência, rigor científico, conhecimento brilhante e excelência. À Prof.<sup>a</sup> Doutora Luísa Campos por me ter ensinado a percorrer o caminho certo e não o mais fácil, por exigir sempre o melhor de mim e por me ensinar que somos capazes de vencer os nossos próprios limites quando somos persistentes e resilientes. Ao Prof. Doutor Pedro Dias, por me ensinar que a luta não é ingloria, pela motivação e incentivo ao longo deste processo. Por acreditar que posso sempre ser melhor. A ambos, que orientaram o meu voo e me ensinaram a voar sem medo, obrigada pela confiança, paciência, momentos de reflexão geradores de tanta aprendizagem, apoio e incondicional disponibilidade que possibilitaram a conclusão desta etapa. Obrigada por terem contribuído de forma ímpar para que, o frio na barriga se transformasse em paixão pela área da investigação. *“Keep it simple, less is more.”*

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Vânia Sousa Lima, por ter sido uma inspiração ao longo do meu percurso académico, a todos os níveis. Por toda a aprendizagem impossível de esquecer. Por me ensinar a *“partir a realidade”* e que *“as palavras criam realidade”*. Pelo apoio e suporte ao longo do meu Mestrado e momentos de reflexão que guardarei para sempre, que me permitiram chegar até aqui.

A todos os Professores da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, pelo ensino de excelência, rigor e apoio ao longo do meu percurso académico.

Ao meu Pai, por ser um exemplo de luta diária, persistência e garra aqui ou em qualquer parte do mundo. À minha Mãe, pelo exemplo do que é não baixar os braços. A que protege do mundo, sem nunca esquecer a importância de deixar voar. Ao Tomás, pelo exemplo de simplicidade e superação e por ser, por vezes, quem desempenha o papel de irmão mais velho.

À Catarina, por ser o meu porto de abrigo e pilar, todos os dias. Pela telepatia, cumplicidade e lealdade inexplicáveis. Por nunca faltar o colo, o abraço e as *Mesquitisses*. Por me encorajar sempre e por acreditar mais em mim, do que eu mesma. Por me aconselhar e ouvir melhor do que ninguém. Por me ensinares a respirar fundo. Eu por ti e tu por mim, do início ao fim.

À Babá, Carolina e Mariana por serem as minhas pessoas. As melhores amigas do mundo. Por compreenderem sem questionar. Pelo colo. Pelo amor. Por serem as personagens principais de todos os capítulos do meu livro, de sempre e para sempre.

À Inês, ao Tiago e ao Vasco. Da capa preta para a vida. Pela cumplicidade. Pela amizade e irmandade que finta o sangue. Por nunca serem necessárias palavras. Pelas noites de sono (tão bem) perdidas. Pelas gargalhadas infinitas e por me incentivarem a arriscar sem ter medo.

A 2013, 2015 e 2017. Pelos melhores anos da minha vida. Por serem a prova de que a família também se escolhe. Por serem sinónimo de lar. Por serem a história mais feliz e mágica do meu manto, que ficará para sempre eternizada no tremer da voz, na sola gasta, no silêncio de uma balada e no abraço ledado, passe o tempo que passar.

À Bárbara Moreira, a minha Fada-Madrinha que quis o tempo que se tornasse amiga para sempre. Por ter sido ao longo do meu caminho académico, o colo, a motivação, o modelo e o reflexo de tudo aquilo em que acredito. Por me fazer sentir sempre pequenina e me ter ensinado que a mágica e o amor vivem naquilo em que acreditamos.

À Filipa, por caminhar sempre ao meu lado, por ser um pilar e o abraço-casa. Pela confiança inquebrável e cumplicidade infinitas. As palavras nunca farão jus ao quão especial és.

Às minhas pequeninas, Cláudia, Filipa, Leonor, Margarida e Maria, por confiarem em mim desde o primeiro dia, escolherem sempre ficar e por serem o meu motivo de voltar. Por ter aprendido mais convosco, do que aquilo que ensinei. Seremos sempre família, rebentinhos.

À Mariana e Helena, por serem a surpresa sem hora a marcada e o colo certo no tempo incerto. Por serem a prova que vale sempre a pena dar oportunidade.

Às 10, por tantos momentos felizes que vivemos como se fossemos uma só, que fizeram desta caminhada tão especial. Que sejam as primeiras cinco voltas ao sol, de tantas as que estarão por vir.

À Ana, por ao longo desta etapa festejar tão de perto as minhas conquistas e me amparar em todas as angústias. Obrigada pelo exemplo de simplicidade, pelo apoio e amizade.

À Sofia, por aquilo que o mar de Leça uniu. Por me incentivares e me dares a mão. Pelos cinco anos em que trabalhar e estudar, foram mais fáceis ao teu lado.

À Aninha e Maria, por estarem sempre perto. Por aquilo que nos une ser mais forte do que qualquer cidade separa.

Ao meu Mestre, por acreditar em mim desde o primeiro dia. Por ser tantas vezes como um segundo-pai. Por acreditar que sou capaz de vencer qualquer batalha. 감사합니다 장황히.

## ÍNDICE

LISTA DE TABELAS .....	VI
LISTA DE ANEXOS .....	VII
GLOSSÁRIO .....	VIII
RESUMO .....	IX
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	1
1.1 A importância da Literacia em Saúde Mental .....	1
1.2 A importância da avaliação da Literacia em Saúde Mental .....	2
1.3. A importância dos estudos multiculturais na Literacia em Saúde Mental .....	4
2. MÉTODO .....	6
2.1 Objetivos específicos.....	6
2.2 Amostra .....	6
2.3 Instrumento.....	7
2.4 Procedimentos .....	8
2.4.1 Recolha de dados.....	8
2.4.2 Tratamento de Dados .....	9
3. RESULTADOS .....	10
4. DISCUSSÃO.....	21
5. CONCLUSÕES.....	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	26
ANEXOS.....	34

## **LISTA DE TABELAS**

**Tabela 1** - Caracterização sociodemográfica dos participantes

**Tabela 2** - Análise fatorial exploratória do LSMq – Versão jovem adulto tailandesa

**Tabela 3** - Análise da consistência interna - Versão jovem adulto tailandesa

**Tabela 4** - Diferenças nos níveis de literacia em saúde mental, em função dos países (Portugal e Tailândia)

**Tabela 5** - Diferenças nos níveis de literacia em saúde mental em Portugal, em função do sexo

**Tabela 6** - Diferenças nos níveis de literacia em saúde mental na Tailândia, em função do sexo

**Tabela 7** - Diferenças nos níveis de literacia em saúde mental em Portugal, em função da proximidade a problemas de saúde mental

**Tabela 8** - Diferenças nos níveis de literacia em saúde mental na Tailândia, em função da proximidade a problemas de saúde mental

**Tabela 9** - Diferenças nos níveis de literacia em saúde mental entre Portugal e Tailândia, controlando as variáveis sexo e proximidade com problemas de saúde mental

## **LISTA DE ANEXOS**

**Anexo 1** - Associação entre a variável sexo e os países (Portugal e Tailândia)

**Anexo 2** - Associação entre a variável proximidade a problemas de saúde mental e os países (Portugal e Tailândia)

## **GLOSSÁRIO**

**KMO** - Kaiser-Meyer-Olkin

**LSMq** – Questionário de Literacia em Saúde Mental

## RESUMO

Este estudo, integrado no projeto multicultural “*Expanding Mental Health Literacy*”, teve como objetivo estudar as características psicométricas do LSMq na versão jovem adulto e os níveis de literacia em saúde mental, numa perspetiva multicultural, em Portugal e na Tailândia.

Participaram 566 estudantes universitários, entre 18 e 25 anos. Dos resultados destacam-se: 1) as propriedades psicométricas (estrutura fatorial e consistência interna) da versão tailandesa do LSMq adequadas (que permitiu estudar e comparar os níveis de literacia em saúde mental dos participantes portugueses e tailandeses); 2) os participantes do sexo feminino revelaram níveis mais elevados de literacia nos dois países; 3) os participantes que relataram proximidade a problemas de saúde mental apresentaram níveis superiores de literacia nos dois países; 4) os resultados de uma ANCOVA, controlando o sexo e a proximidade a problemas de saúde mental, indicaram que os níveis de literacia do grupo português são significativamente superiores aos dos tailandeses.

Ao avaliar a literacia em saúde mental, o psicólogo pode contribuir para a compreensão e análise das possíveis áreas que podem ser alvo de prevenção e intervenção. Para essa avaliação, este estudo aponta que o LSMq versão jovem adulto, se constitui como uma ferramenta que poderá ser utilizada no contexto multicultural.

**Palavras-chave:** Estudo multicultural; literacia em saúde mental, LSMq; Portugal; Tailândia.

## **ABSTRACT**

This study is part of the cross-cultural project “Expanding Mental Health Literacy” and it aimed to study the MHLq’s young adult version psychometric properties as well as the mental health literacy’s levels in Portugal and Thailand, in a cross-cultural perspective.

This investigation involved 566 university students, aged between 18 and 25 years old. The results that stand out are as follows: 1) the psychometric properties (factor structure and internal consistency) of the MHLq’s Thai version were appropriate (which allowed to study and compare the mental health literacy’s levels between portuguese and thai participants); 2) the female students revealed a higher mental health literacy’s level in both countries; 3) participants who reported proximity to mental health problems also presented higher mental health literacy’s levels in both countries; 4) while controlling the sex and proximity, the ANCOVA’s results indicated significant higher mental health literacy’s levels in the portuguese group, in comparison to the thai group.

When evaluating mental health literacy, the psychologist can contribute to the understanding and analysis of possible areas that could be targeted in both prevention and intervention. Thus, this study points out the utility of the MHLq’s young adult version in the cross-cultural context.

**Key Words:** Cross-cultural study; mental health literacy, MHLq; Portugal; Thailand.

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1.1 A importância da Literacia em Saúde Mental

O conceito de literacia em saúde mental define-se pelo conjunto de conhecimentos e crenças sobre problemas de saúde mental que auxiliam no seu reconhecimento, gestão ou prevenção (Jorm et al., 1997; Jorm, 2012). Este conceito integra as dimensões de 1) reconhecimento dos problemas de saúde mental; 2) de conhecimento relativamente às formas de prevenção; 3) de conhecimento das opções de procura de ajuda; 4) de conhecimento quanto aos tratamentos disponíveis; 5) de conhecimento de estratégias de autoajuda e, finalmente, 6) de conhecimento de competências de primeiros socorros (Jorm et al., 1997; Jorm, 2012). A literacia em saúde mental contribui, desta forma, para a compreensão dos problemas de saúde mental, da promoção, obtenção e manutenção da saúde mental, da diminuição do estigma relativo aos problemas de saúde mental, e, por último, para o aumento da eficácia da procura de ajuda (Wei et al., 2015).

Como refere Jorm (2012), os problemas de saúde físicos são identificados com maior facilidade, comparativamente com os problemas de saúde mental, levando a que nem sempre o indivíduo reconheça e previna estes últimos problemas. Das diferentes possíveis consequências, poderá enfatizar-se, portanto, a inadequação de procura de ajuda, a procura de ajuda tardia e a desconfiança relativamente ao tratamento indicado pelo que, alguns indivíduos podem não usufruir do tratamento correto quando não se encontram familiarizados com os problemas de saúde mental (Jorm et al., 2006; Jorm, 2012; Jorm, 2019).

Para compreender a pertinência da literacia em saúde mental, importa considerar a prevalência dos problemas em saúde mental. Segundo a World Health Organization (WHO) (2017), estima-se que 2.6% e 3.6% da população mundial possuam problemas relacionados com depressão e ansiedade, respetivamente.

Especificamente, em Portugal 5,7% (578234 casos) apresentam problemas relacionados com depressão e 4,9% (502 452 casos) têm problemas de ansiedade. Já na Tailândia, 4,4% (2 885 221 casos) apresentam problemas relacionados com a depressão e 3,5% (2 275 400 casos) apresentam problemas de ansiedade (WHO, 2017).

No que diz respeito aos estudantes universitários, os estudos apontam para uma prevalência de problemas de saúde mental alta, principalmente associada à depressão e ansiedade (Tomoda et al., 2000; Wong et al., 2006; Zivin et al., 2009).

A prevalência de problemas de saúde mental nos jovens adultos varia conforme os fatores sociais e demográficos a que são expostos, como por exemplo, o nível socioeconómico baixo, o impacto das questões inerentes à vida universitária, como as expectativas académicas e sociais e fatores que se podem constituir de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental (Cleary et al., 2011; Hunt & Eisenberg, 2010; Yu & Williams, 1999).

Do exposto, a literacia em saúde mental ganhou relevo na literatura, constituindo-se como um pré-requisito para promover o reconhecimento e intervenção precoces em problemas de saúde mental, que podem levar a comportamentos que beneficiem a saúde mental, proporcionando resultados positivos a longo prazo (Dias et al., 2018; Furnham & Swam, 2018; Gulliver et al., 2019; Jorm et al., 1997; Jorm, 2019; Kelly et al., 2007; Lauber et al., 2005), tornando-se, desta forma, fundamental a sua avaliação.

## **1.2 A importância da avaliação da Literacia em Saúde Mental**

Ao avaliar os níveis de literacia em saúde mental é possível identificar que as conceções que são associadas aos problemas de saúde mental são consideradas um dos principais obstáculos ao reconhecimento e intervenção precoces (WHO, 2005). Assim, avaliar a literacia em saúde mental é importante para identificar possíveis lacunas no que diz respeito ao conhecimento, para posteriormente, ser possível desenvolver intervenções destinadas a promover a literacia em saúde mental (Dias et al., 2018).

Jorm e colaboradores (1997) desenvolveram a *Vignette Interview* com o objetivo de avaliar a literacia em saúde mental. Esta entrevista é composta pela apresentação de vinhetas que descrevem indivíduos com problemas de saúde mental, sendo colocadas questões aos participantes relacionadas com a compreensão e reconhecimento os problemas apresentados (Jorm et al., 1997). A partir desta ferramenta de avaliação da literacia em saúde mental foram desenvolvidas outras, que consideraram as limitações que se destacam desta abordagem, isto é, o facto da literacia em saúde mental não ser avaliada como construto e a sua administração longa que não possui um sistema de pontuação em escala (O'Connor et al., 2014; O'Connor & Casey., 2015).

Assim, a vantagem da avaliação através de escalas centra-se na capacidade de ser uma avaliação precisa que permite interpretar e comparar significativamente resultados entre indivíduos, o que leva ao aumento da utilização entre investigadores e profissionais (O'Connor et al., 2014).

Ao longo da última década, diferentes instrumentos foram desenvolvidos para avaliar a literacia em saúde mental (Jung et al., 2016). Não obstante, poucas são as medidas que avaliam todos os elementos que compõem o conceito de literacia em saúde mental, proposto por Jorm e colaboradores (1997). Assim, por um lado, a maioria dos instrumentos avaliam o conhecimento relativamente a um número restrito de problemas de saúde mental e o estigma associado, por outro, uma minoria avalia a procura de ajuda (Wei et al., 2016). Em contexto internacional, e apenas direcionando o foco para instrumentos que avaliem a literacia em saúde mental como construto, Wei e colaboradores (2016) destacam o *Mental Health Knowledge Schedule* (MAKS) (Evans-Lacko et al., 2010), o *Multiple-Choice Knowledge of Mental Illnesses Test* (MC-KOMIT) (Compton et al., 2011) e o *Mental Health Knowledge Questionnaire* (MHKQ) (Wang et al., 2013) pela qualidade das características das propriedades psicométricas e pelo facto de avaliarem o construto da literacia em saúde mental.

Em Portugal, adaptado da versão para adolescentes e jovens do *Survey of Mental Health Literacy in Young People - Interview Version* (Jorm et al., 1997), destaca-se, o Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (QuALiSMental) (Loureiro et al., 2012) que avalia a literacia em saúde mental de adolescentes e jovens em Portugal (Loureiro et al., 2013) e que permite comparar a literacia em saúde mental de diferentes contextos culturais, sociais e económicos (Loureiro, 2015).

Em 2016, Campos e colaboradores desenvolveram o Questionário de Literacia em Saúde Mental (LSMq) - versão jovens, propondo-se a avaliar a literacia em saúde mental de acordo com o conceito proposto por Jorm e colaboradores (2012), adaptando-o mais tarde, para a população jovem adulta (Dias et al., 2018).

O LSMq - versão jovem adulto é uma medida de autorrelato válida e fiável, de aplicação rápida, que avalia a literacia em saúde mental e as dimensões do conhecimento de problemas de saúde mental, crenças erradas/estereótipos, competências de procura de ajuda e de primeira ajuda e, por último, estratégias de autoajuda.

No estudo de adaptação do LSMq para a população jovem adulta, verificou-se que os participantes do sexo feminino e os que referiram ter proximidade a problemas de saúde mental apresentaram níveis mais elevados de literacia em saúde mental, maiores conhecimentos sobre problemas de saúde mental, sobre competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda e de estratégias de autoajuda. Na dimensão das crenças erradas/estereótipos, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as duas variáveis anteriormente mencionadas (Dias et al., 2018).

Este questionário pode ser utilizado para delinear e avaliar programas de promoção da literacia em saúde mental e, ainda, como ferramenta de triagem para identificar a necessidade de intervenção em diferentes contextos (Dias et al., 2018).

Na sequência da publicação do instrumento, foi iniciado um projeto multicultural “*Expanding Mental Health Literacy*” que tem como objetivo estudar a literacia em saúde mental em diferentes culturas, tipos de população e grupos etários, no qual o presente estudo se integra.

### **1.3. A importância dos estudos multiculturais na Literacia em Saúde Mental**

Considerando a possibilidade de os conceitos diferirem entre culturas, a investigação multicultural viabiliza a sua comparação numa perspetiva sistémica, permitindo compreender e dar resposta a questões relacionadas com os comportamentos, crenças, práticas e eventuais problemáticas (Draguns, 1996; Fields, 2010; Miller & Sheu, 2008; Olatundun, 2009). Este tipo de investigação, considera a singularidade de cada cultura, ao mesmo tempo que considera as semelhanças que possam existir entre culturas, simultaneamente (Olatundun, 2009).

Dana (2003) refere que os psicólogos empregam os conceitos “*Etic*” e “*Emic*” (ética e émica) (Pike, 1967) para especificar o *locus* da investigação multicultural e a origem dos instrumentos de medição. *Ética* implica uma estrutura ampla para descrever e comparar diferentes culturas, nas quais os instrumentos são desenvolvidos, de modo externo ao conceito de cultura; *Émica* centra-se na compreensão emergente dentro de um idioma e cultura, de modo a compreender o contexto em que se insere a população que nele está inerente (Dana, 2003; Draguns & Tanaka-Matsumi, 2003). Estes dois conceitos descrevem, portanto, perspetivas diferentes, no entanto sobrepostas e de valor e importância equivalentes (Berry, 1999).

Numa perspetiva multicultural, para ser possível comparar dois países é necessário analisar se as ferramentas de avaliação são válidas (Miller & Sheu, 2008). As diferenças entre países poderão revelar-se ao nível da compreensão relativamente a diferentes conceitos, a problemas de tradução ou outros erros de medição (Zhou et al., 2019).

O principal objetivo dos estudos multiculturais relativamente à saúde mental é a comparação válida de fenómenos psicopatológicos em todo o mundo (Rogler, 1989). Alcançar este objetivo implica enfrentar vários desafios metodológicos, que decorrem da necessidade de associar o processo de investigação às características culturais dos grupos estudados (Rogler, 1989). É importante, por isso, referir que as adaptações dos métodos de

avaliação abrangem todo o processo de pesquisa, desde o pré-teste e o planeamento do estudo, à recolha de dados e à tradução de instrumentos, para a instrumentação de medidas e para a análise e interpretação de dados (Rogler, 1989).

O procedimento de tradução e adaptação de um instrumento, não envolve apenas o processo de tradução, pelo que envolve também, uma avaliação minuciosa da sua adaptação e validação (Beaton et al., 2002; Sousa & Rojjanasrirat, 2011).

Relativamente ao processo de tradução, este pode dividir-se em várias categorias, no entanto, a que se destaca é a categoria simétrica (Sousa & Rojjanasrirat, 2011). Esta é considerada pela literatura a mais recomendada pois dirige-se à fiabilidade, ao significado e ao cariz coloquial do idioma de origem (o idioma original do instrumento) e ao idioma de destino (o idioma desejado) (Sousa & Rojjanasrirat, 2011). Assim, o objetivo não é a tradução literal, mas obter a equivalência do instrumento tanto para o idioma de origem, como para o de destino (Sousa & Rojjanasrirat, 2011). O processo de tradução simétrica, tal como referem os autores, é a categoria que facilita a comparação de respostas de indivíduos de uma cultura para outra. Este procedimento é iniciado por pelo menos dois tradutores bilíngues, pelo que é expectável que dominem a terminologia das áreas de conteúdo da construção do instrumento desejado (Sousa & Rojjanasrirat, 2011; Sousa et. al, 2005).

Quanto ao processo de validação do instrumento, proposto por Sousa e Rojjanasrirat (2011), este permite identificar os itens potencialmente problemáticos e reavaliá-los para que seja possível, posteriormente, interpretar de forma equivalente nas culturas a serem estudadas (Sperber, 2004).

No que diz respeito ao processo de adaptação de um instrumento, para que seja possível a aplicação de um instrumento entre culturas, é esperado que os itens além de serem traduzidos em termos linguísticos, sejam também adaptados culturalmente de modo a manter a validade de conteúdo do instrumento em diferentes culturas (Sperber, 2004). Guillemin e colaboradores (1993) referem que o processo de adaptação deve considerar: 1) onde será utilizado o instrumento; 2) a fonte, isto é, onde foi desenvolvido; 3) o idioma; e 4) a cultura.

Do exposto, e considerando a pertinência de se promover a literacia em saúde mental, a importância de se desenvolverem instrumentos que avaliem todos os seus componentes e o desenvolvimento de estudos multiculturais neste âmbito, o presente estudo integrado no projeto multicultural “*Expanding Mental Health Literacy*” pretende estudar as características psicométricas do LSMq na versão jovem adulto e os níveis de literacia em saúde mental, numa perspetiva multicultural, em Portugal e na Tailândia.

## 2. MÉTODO

### 2.1 Objetivos específicos

Com vista a atingir o objetivo geral anteriormente referido, foram definidos os seguintes objetivos específicos: 1) estudar as características psicométricas da versão tailandesa do LSMq (versão jovem adulto), comparando-as com as da versão portuguesa; 2) comparar os níveis de literacia em saúde mental de um grupo de jovens adultos portugueses e de um grupo de jovens adultos tailandeses, considerando o papel das variáveis sexo e proximidade a problemas de saúde mental.

### 2.2 Amostra

A amostra foi selecionada considerando como critérios de inclusão: jovens adultos de ambos os sexos, entre os 18 e 25 anos, a frequentar o ensino superior.

A amostra desta investigação foi constituída por um total de 566 participantes, de nacionalidade portuguesa ( $n=181$ )<sup>1</sup>, com uma média de idades de 20.5 ( $DP=1.89$ ) e de nacionalidade tailandesa ( $n=385$ ), com uma média de idades de 20.30 ( $DP=1.29$ ).

Os dados dos participantes do grupo português foram recolhidos no âmbito de um projeto anterior, que teve como objetivo estudar as características psicométricas do LSMq (Dias et al., 2018).

**Tabela 1**

*Caracterização sociodemográfica dos participantes*

Variáveis sociodemográficas	Portugal	Tailândia
	n/%	n/%
Sexo		
Feminino	114 (63%)	273 (70.9%)
Masculino	66 (37%)	106 (27.5%)
Idade média	20.5 ( $DP=1.89$ )	20.30 ( $DP=1.29$ )
Proximidade a problemas de saúde mental		
Sim	89 (49.2%)	107 (27.9%)
Não	92 (50.8%)	276 (72.1%)

<sup>1</sup> Parte da amostra selecionada do estudo da versão original do LSMq (Dias et al., 2018), tendo sido selecionados, para o presente estudo, apenas os participantes que cumpriram os critérios de inclusão.

Quanto à amostra do grupo português, 63% (n=114) eram do sexo feminino. Deste grupo, 50.8% (n=92) referiu não ter proximidade a problemas de saúde mental.

No que respeita o grupo tailandês, 70.9% (n=273) eram do sexo feminino. Neste grupo, 72.1% (n=276) mencionou não ter proximidade a problemas de saúde mental.

## 2.3 Instrumento

### Questionário de Literacia em Saúde Mental – Versão Jovem Adulto (LSMq)

O LSMq é constituído por duas partes. A primeira parte, consiste na recolha de dados sociodemográficos. Em Portugal, foram recolhidos dados relativamente ao sexo, idade, estado civil, nacionalidade, residência, habilitações académicas, profissão/ocupação dos participantes e proximidade a problemas de saúde mental. Na recolha de dados da Tailândia, para além destes dados, foram acrescentadas questões relativamente ao curso e ano de curso frequentados pelos participantes.

A segunda parte do questionário avalia a literacia em saúde mental. O LSMq é composto por 29 itens cotados numa escala de *likert* de 1 a 5 (em que “1” corresponde a discordo muito, “2” discordo, “3” não concordo, nem discordo, “4” concordo e “5” concordo muito). Este questionário está organizado em quatro dimensões: 1) conhecimentos sobre problemas de saúde mental (11 itens no total: 2, 3, 9, 12, 16, 20, 22, 24, 25, 27, 28); 2) crenças erradas/estereótipos (8 itens no total, dos quais é feita a soma dos valores dos itens 6r, 10r, 11, 13r, 14, 15r, 21r e 23r, sendo a pontuação de alguns inversa [r]); 3) competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda (6 itens no total: 4, 5, 8, 17, 18 e 29); e 4) estratégias de autoajuda (4 itens no total: 1, 7, 19, 26) (Dias et al., 2018).

No que respeita as características psicométricas do instrumento, no grupo português, estas foram estudadas a partir do número de participantes da versão original (n=356) (Dias et al., 2018). A validade de construto avaliada pela análise fatorial exploratória, revelou uma estrutura fatorial adequada, numa perspetiva multidimensional do construto de literacia em saúde mental. A consistência interna avaliada com o *Alpha* de Cronbach, apresentou para o *score* total um  $\alpha = .84$ ; para o Fator 1 - conhecimentos sobre problemas de saúde mental um  $\alpha = .74$ ; para o Fator 2 - crenças erradas /estereótipos um  $\alpha = .72$ ; para o Fator 3 - competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda um  $\alpha = .71$ ; e no Fator 4 - estratégias de autoajuda, que inclui apenas 4 itens, um  $\alpha = .60$  (Dias et al., 2018).

O resultado em cada uma das dimensões, bem como no *score* total do questionário, reflete os níveis de literacia em saúde mental, sendo que a maioria dos itens do Fator 2 – crenças

erradas/estereótipos – são cotados de forma invertida, de modo a que pontuações mais elevadas correspondam a níveis inferiores de crenças erradas/estereótipos, logo níveis superiores de literacia em saúde mental.

## **2.4 Procedimentos**

### **2.4.1 Recolha de dados**

#### **Recolha de dados em Portugal**

Os dados relativos à versão portuguesa do LSMq (versão jovem adulto) foram recolhidos no âmbito de uma dissertação de Mestrado (Almeida, 2014) integrada no projeto de investigação do projeto “*Expanding Mental Health Literacy*”.

Foi solicitada autorização à Comissão de Ética, ao Conselho de Direção do Estabelecimento de ensino, através do envio de carta/por correio eletrónico e/ou telefonicamente, onde foi descrito o âmbito do projeto, os objetivos e procedimentos de recolha de dados.

Foi disponibilizada colaboração da equipa de investigação e a participação do grupo português foi solicitada a partir da aplicação do LSMq, pelo que foi assinado um consentimento informado. No formulário de consentimento informado foi apresentada uma breve descrição do objetivo do projeto e do questionário a ser respondido. Foi, ainda, assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados, assim como o direito de desistência em qualquer momento da investigação. A aplicação do LSMq nos participantes do grupo português foi autoadministrada aos participantes em contexto educacional.

#### **Recolha de dados da Tailândia**

Para a recolha de dados da Tailândia, foi solicitada uma autorização à Comissão de Ética do estabelecimento de ensino e seguiram-se os procedimentos orientadores para este tipo de processo (Beaton et al., 2000; Geisinger, 1994): 1) tradução; 2) revisão semântica; 3) retroversão; 4) comparação das versões de retroversão com as originais; e 5) reflexão falada.

A tradução foi realizada por dois bilíngues, especialistas na área da saúde mental e a retroversão realizada por outros dois bilíngues, sendo um deles, profissional na área da saúde mental.

O processo de revisão semântica foi realizado pelos dois investigadores responsáveis pelo estudo e por cinco especialistas e investigadores na área da saúde mental (dois professores de psiquiatria, um professor assistente em avaliação psicológica, um professor em

saúde mental e um psicólogo clínico sénior). Em seguida, a versão tailandesa foi ainda revista por um especialista em desenvolvimento de instrumentos de avaliação e linguística, bem como pelos investigadores da versão portuguesa. No final, foi realizado um estudo piloto, com 15 participantes com as características do público-alvo a que se destina o LSMq (versão jovem adulto) – estudantes universitários - para verificar se os itens eram compreensíveis, se as instruções eram adequadas, e o tempo de administração (Geisinger, 1994). Após os procedimentos anteriormente descritos, a versão tailandesa foi revista e aprovada pela equipa de investigação portuguesa.

A recolha de dados iniciou-se em janeiro de 2020 e terminou em março de 2020, tendo sido realizada presencialmente junto das Associações de Estudantes e online (devido à situação de pandemia pela COVID-19).

#### **2.4.2 Tratamento de Dados**

Para a primeira etapa, os procedimentos executados foram os seguintes:

1. Com recurso ao programa *IBM SPSS Statistics v.26.0* (IBM Corporation, 2019), os dados foram organizados a partir de uma base de dados.

2. Recorreu-se à estatística descritiva para a análise dos dados sociodemográficos, nomeadamente o sexo, idade, a ocupação e a proximidade a problemas de saúde mental, a partir de uma análise de frequências.

3. Uma vez que a questão relativamente à proximidade a problemas de saúde mental não se encontrava formulada da mesma forma na versão portuguesa e na versão tailandesa do questionário, essa variável foi recodificada, tendo sido criada uma nova variável dicotómica indicando se o participante referiu ter ou não proximidade a problemas de saúde mental.

Considerando o objetivo específico de “*Estudar as características psicométricas da versão tailandesa do LSMq (versão jovem adulto), comparando-as com as da versão portuguesa*”, a segunda etapa compreendeu os seguintes procedimentos:

1. Com o objetivo de identificar a estrutura fatorial do LSMq na versão tailandesa, foi realizada uma análise fatorial exploratória, com rotação *varimax*. Para avaliar a adequabilidade da amostra, para realização da análise fatorial exploratória, foram realizados os testes de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e de *Bartlett*. Esta abordagem permitiu confirmar se os itens avaliados são pertinentes para o construto, independente do grupo (Byrne, 2010), assim como se os diferentes grupos respondem aos itens de maneira semelhante, não havendo vieses de resposta a um ou mais itens (Sass, 2011).

2. Para a análise da fidelidade do instrumento – consistência interna - foi utilizado o *Alpha de Cronbach*.

Considerando o objetivo específico de “*Comparar os níveis de literacia em saúde mental de um grupo de jovens adultos portugueses e de um grupo de jovens adultos tailandeses, considerando o papel das variáveis sexo e proximidade a problemas de saúde mental*”, a última etapa do tratamento de dados compreendeu os seguintes procedimentos:

1. Com o objetivo de compreender se existiam diferenças nos níveis de literacia em saúde mental em função dos países, em função do sexo e em função da proximidade a problemas de saúde mental, foi utilizado o Teste *T* para Amostras Independentes.

2. Para compreender se existia associação entre as variáveis sexo e proximidade a problemas de saúde mental e os países realizou-se o Teste do Qui-Quadrado, indicado para analisar a associação entre duas variáveis nominais.

3. Para compreender se existiam diferenças nos níveis de literacia em saúde mental, controlando as covariantes sexo e proximidade a problemas de saúde mental, foi realizada uma análise de covariância (ANCOVA).

### **3. RESULTADOS**

Os resultados serão apresentados seguindo a ordem dos objetivos específicos apresentados anteriormente.

#### **I. Análise psicométrica do LSMq num grupo de jovens estudantes universitários tailandeses**

O resultado do teste KMO (.863) demonstra um bom grau de ajuste para aplicação da análise fatorial exploratória, indicando a adequação da amostra, sendo ratificado pelo teste de esfericidade *de Bartlett* que foi de 3419.142 ( $p = .00$ ).

No que concerne à análise fatorial exploratória com rotação *varimax*, esta manteve todos os fatores relativamente à versão original, sendo que a estrutura de quatro fatores foi a solução mais viável em termos de variância explicada e saturação dos itens nos fatores. Na versão tailandesa o Fator 2 e o Fator 3 não correspondem às mesmas dimensões da versão original. Assim, o Fator 2 corresponde à dimensão “competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda” e o Fator 3 corresponde à dimensão “crenças erradas /estereótipos”. A tabela 2 apresenta a estrutura fatorial do LSMq – versão jovem adulto, incluindo os 29 itens.

**Tabela 2***Análise fatorial exploratória do LSMq – Versão jovem adulto tailandesa*

	<b>Fator 1</b>	<b>Fator 2</b>	<b>Fator 3</b>	<b>Fator 4</b>
<b>LSMq – Versão Jovem Adulto Itens</b>	Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	Competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda	Crenças erradas /estereótipos	Estratégias de auto-ajuda
27.	<b>.654</b>			
20.	<b>.639</b>		-.226	
3.	<b>.572</b>			.220
9.	<b>.570</b>	.222		
25.	<b>.557</b>		-.274	
28.	<b>.547</b>	.256	-.202	
16.	<b>.542</b>	.345		
24.	<b>.530</b>			
12.	<b>.522</b>		.227	
22.	<b>.511</b>	.281		
10.	.393		<b>.388</b>	
2.	<b>.389</b>			
29.	.216	<b>.777</b>		
17.	.262	<b>.744</b>	-.213	
8.		<b>.736</b>		
5.	.207	<b>.691</b>	-.246	
14.	.320	<b>.410</b>	-.369	.251
11.		.395	<b>-.293</b>	.244
15.			<b>.787</b>	
13.			<b>.739</b>	
6.	-.243		<b>.649</b>	
21.		-.216	<b>.451</b>	-.256
23.			<b>.377</b>	
19.	.234			<b>.744</b>
7.				<b>.698</b>
1.	.223			<b>.615</b>

26.			-202	<b>.571</b>
18.		<b>.362</b>	.223	.527
4.		<b>.255</b>	.288	.498
R <sup>2</sup> (%)	14.23	11.02	10.00	9.38

Nota: A negrito estão representados os itens retidos em cada Fator.

A partir da análise fatorial exploratória anterior foram extraídos quatro fatores que explicam 44,64% da variância. O Fator 1 explica 14.23% da variância e integra os itens 2, 3, 9, 10, 12, 16, 20, 22, 24, 25, 27 e 28. O Fator 2 explica 11.02% da variância e integra os itens 4, 5, 8, 11, 14, 17, 18 e 29. O Fator 3 explica 10.00% da variância e integra os itens 6, 13, 15, 21 e 23. Por fim, o Fator 4 explica 9.38% da variância e integra os itens 1, 7, 19 e 26.

### Tabela 3

*Análise da consistência interna do LSMq - Versão jovem adulto tailandesa*

	País	
	Tailândia (n)	Portugal (n)
	385	356
<b>Fator 1</b>	$\alpha = .81$	$\alpha = .74$
Conhecimentos sobre problemas de saúde mental		
<b>Fator 2</b>	$\alpha = .73$	$\alpha = .71$
Competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda		
<b>Fator 3</b>	$\alpha = .72$	$\alpha = .72$
Crenças erradas /estereótipos		
<b>Fator 4</b>	$\alpha = .73$	$\alpha = .60$
Estratégias de auto-ajuda		
<b>Score Total (LSMq)</b>	$\alpha = .86$	$\alpha = .84$

O item 10 foi removido da dimensão do Fator 3 na versão tailandesa (Fator 2 na versão portuguesa), devido ao baixo valor de *Alpha de Cronbach* representado num  $\alpha = .69$ . Este item indicava um valor de correlação com o total da escala  $= .15$ .

Após a sua remoção, o valor de *Alpha de Cronbach* aumentou para  $\alpha = .72$ , indicando uma fiabilidade aceitável (Cortina, 1993). Com a remoção do item 10 na versão tailandesa, o instrumento passou a incluir 28 itens.

A consistência interna do LSMq - Versão jovem adulto tailandesa, avaliada com o *Alpha de Cronbach* apresentou um  $\alpha = .81$  para o Fator 1; um  $\alpha = .72$  para o Fator 2; um  $\alpha = .73$  para o Fator 3; e um  $\alpha = .73$  para o Fator 4; e um  $\alpha = .86$  para o *score* total. Os resultados da consistência interna avaliada pelo *Alpha de Cronbach* variaram entre  $.72$  e  $.86$ , pelo que indicaram uma fiabilidade aceitável (Cortina, 1993).

A análise da consistência interna da versão portuguesa, foi realizada com a amostra original ( $n=356$ ) (Dias et al., 2018). A consistência interna do LSMq - Versão jovem adulto portuguesa (Dias et al., 2018), avaliada com o *Alpha de Cronbach* apresentou um  $\alpha = .74$  para o Fator 1; um  $\alpha = .71$  para o Fator 2; um  $\alpha = .72$  para o Fator 3; e um  $\alpha = .60$  para o Fator 4; e um  $\alpha = .84$  para o *score* total. Os resultados da consistência interna avaliada pelo *Alpha de Cronbach* variaram entre  $.60$  e  $.84$  (Dias et al., 2018).

## II. Diferenças nos níveis de literacia em saúde mental entre Portugal e Tailândia, considerando o papel das variáveis sexo e proximidade a problemas de saúde mental

### 1) Diferenças nos níveis de literacia em saúde mental, em função dos países

**Tabela 4**

*Diferenças nos níveis de literacia em saúde mental, em função dos países (Portugal e Tailândia)*

	País		
	Portugal (n) Média (DP)	Tailândia (n) Média (DP)	
<b>Fator 1</b>	181	385	$t(564) = 4.08^{**}$
Conhecimentos sobre problemas de	4.04 (DP=.41)	3.88 (DP=.45)	

---

saúde mental			
<b>Fator 2</b>	181	385	$t(564) = 2.54^*$
Crenças erradas /estereótipos	4.18 (DP=.55)	4.06 (DP=.50)	
<b>Fator 3</b>	181	385	$t(564) = -2.52$
Competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda	3.98 (DP=.53)	3.99 (DP=.50)	
<b>Fator 4</b>	181	385	$t(564) = -.92$
Estratégias de auto- ajuda	4.19 (DP=.49)	4.23 (DP=.52)	
<b>Score Total</b>	181	385	$t(564) = 2.75^*$
(LSMq)	4.09 (DP=.35)	4.00 (DP=.36)	

---

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

Existem diferenças significativas nos níveis de literacia em saúde mental, entre os participantes do grupo português e os participantes do grupo tailandês, relativamente ao Fator 1,  $t(564) = 4.08$ ,  $p = .00$  Fator 2,  $t(564) = 2,54$ ,  $p = .01$  e ao score total  $t(564) = 2,75$ ,  $p = .01$ .

Os participantes do grupo português revelaram ter conhecimentos significativamente superiores de problemas de saúde mental (Fator 1), um menor número de crenças erradas/estereótipos (Fator 2) e níveis globais de literacia em saúde mental mais elevados do que os participantes do grupo tailandês (score total).

## 2) Diferenças nos níveis de literacia em saúde mental em Portugal e na Tailândia, em função do sexo

**Tabela 5**

*Diferenças nos níveis de literacia em saúde mental em Portugal, em função do sexo*

	Sexo		
	Feminino	Masculino	
	(n) Média (DP)	(n) Média (DP)	
<b>Fator 1</b>	114	66	$t(178) = -2.94^{**}$
Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	4.10 (DP=.39)	3.92 (DP=.42)	
<b>Fator 2</b>	114	66	$t(178) = -2.02^*$
Crenças erradas /estereótipos	4.24 (DP=.52)	4.07 (DP=.57)	
<b>Fator 3</b>	114	66	$t(178) = -2.35^*$
Competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda	4.05 (DP=.53)	3.86 (DP=.53)	
<b>Fator 4</b>	114	66	$t(178) = -3.56^{**}$
Estratégias de auto-ajuda	4.29 (DP=.45)	4.04 (DP=.51)	
<b>Score Total</b>	114	66	$t(178) = -3.67^{**}$
(LSMq)	4.16 (DP=.33)	3.97 (DP=.34)	

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

Existem diferenças significativas nos níveis de literacia em saúde mental, nos participantes do grupo português, em função do sexo, no Fator 1,  $t(178) = -2.94$   $p = .00$ ; Fator 2,  $t(178) = -2.02$   $p = .04$ ; Fator 3,  $t(178) = -2.35$   $p = .02$ ; Fator 4,  $t(178) = -3.56$   $p = .00$ ; e no *score* total,  $t(178) = -3.67$   $p = .00$ .

As participantes do sexo feminino revelaram ter conhecimentos significativamente superiores sobre problemas de saúde mental (Fator 1), um número significativamente inferior

de crenças erradas/estereótipos (Fator 2), níveis superiores nas competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda (Fator 3), em conhecimentos de estratégias de autoajuda (Fator 4), e níveis globais de literacia em saúde mental mais elevados (*score* total) do que os participantes do sexo masculino.

**Tabela 6**

*Diferenças nos níveis de literacia em saúde mental na Tailândia, em função do sexo*

	Sexo		
	Feminino (n) Média (DP)	Masculino (n) Média (DP)	
<b>Fator 1</b>	273	106	$t(377) = -2.07^*$
Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	3.90 (DP=.43)	3.80 (DP=.49)	
<b>Fator 2</b>	273	106	$t(158.4) = -3.09^{**}$
Crenças erradas /estereótipos	4.11 (DP=.46)	3.92 (DP=.58)	
<b>Fator 3</b>	273	106	$t(377) = -2.04^*$
Competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda	4.03 (DP=.45)	3.91 (DP=.61)	
<b>Fator 4</b>	273	106	$t(377) = -1.67$
Estratégias de auto-ajuda	4.27 (DP=.49)	4.18 (DP=.57)	
<b>Score Total</b>	273	106	$t(154.3) = -2.87^*$
(LSMq)	4.04 (DP=.32)	3.91 (DP=.42)	

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

Existem diferenças significativas face aos níveis de literacia em saúde mental, nos participantes do grupo tailandês em função do sexo, relativamente ao Fator 1,  $t(377) = -2,07$   $p = .04$ ; ao Fator 2,  $t(158,4) = -3,09$   $p = .00$ ; Fator 3,  $t(377) = -2,04$   $p = .04$ ; e ao *score* total,  $t(154,3) = -2,87$   $p = .01$ .

As participantes do sexo feminino revelaram ter conhecimentos significativamente superiores sobre problemas de saúde mental (Fator 1), um número significativamente inferior de crenças erradas/estereótipos (Fator 2) e conhecimentos significativamente superiores em competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda (Fator 3), e níveis globais de literacia em saúde mental mais elevados (*score* total) do que os participantes do sexo masculino.

### 3) Diferenças nos níveis de problemas de saúde mental em Portugal e na Tailândia, em função da proximidade a problemas de saúde mental

**Tabela 7**

*Diferenças nos níveis de literacia em saúde mental em Portugal, em função da proximidade a problemas de saúde mental*

<b>Proximidade a Problemas de Saúde Mental</b>			
	Sim	Não	
	(n)	(n)	
	Média (DP)	Média (DP)	
<b>Fator 1</b>	89	92	$t(179) = -3,98^{**}$
Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	4,14 (DP=.43)	3,92 (DP=.36)	
<b>Fator 2</b>	89	92	$t(179) = -2,62^*$
Crenças erradas /estereótipos	4,28 (DP=.52)	4,08 (DP=.55)	
<b>Fator 3</b>	89	92	$t(159,6) = .77$
Competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda	3,95 (DP=.61)	4,01 (DP=.44)	
<b>Fator 4</b>	89	92	$t(179) = -3,17^{**}$
Estratégias de auto-ajuda	4,31 (DP=.44)	4,09 (DP=.51)	

<b>Score Total</b>	89	92	$t(179) = -3.29^{**}$
(LSMq)	4.17 (DP=.35)	4.01 (DP=.33)	

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

Existem diferenças significativas nos níveis de literacia em saúde mental, nos participantes do grupo português em função da proximidade a problemas de saúde mental, relativamente ao Fator 1,  $t(179) = -3.98$   $p = .00$ ; ao Fator 2,  $t(179) = -2.62$   $p = .01$ ; Fator 4,  $t(179) = -3.17$   $p = .00$ ; e ao *score* total,  $t(179) = -3.29$   $p = .00$ .

Os participantes do grupo português que referiram ter proximidade a problemas de saúde mental revelaram ter conhecimentos significativamente superiores sobre problemas de saúde mental (Fator 1), um número significativamente inferior de crenças erradas/estereótipos (Fator 2) e conhecimentos significativamente superiores de estratégias de autoajuda (Fator 4), e níveis globais de literacia em saúde mental mais elevados (*score* total) do que os participantes do mesmo grupo que referem não ter proximidade a problemas de saúde mental.

### Tabela 8

*Diferenças nos níveis de literacia em saúde mental na Tailândia, em função da proximidade a problemas de saúde mental*

	Proximidade a Problemas de Saúde Mental		
	Sim	Não	
	(n)	(n)	
	Média (DP)	Média (DP)	
<b>Fator 1</b>	107	276	$t(152.4) = -1.52$
Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	3.94 (DP=.55)	3.85 (DP=.40)	
<b>Fator 2</b>	107	276	$t(381) = -2.83^*$
Crenças erradas /estereótipos	4.18 (DP=.42)	4.01 (DP=.53)	
<b>Fator 3</b>	107	276	$t(381) = 1.41$
Competências de primeira ajuda e comportamentos de	3.94 (DP=.58)	4.01 (DP=.48)	

procura de ajuda			
<b>Fator 4</b>	107	276	$t(381) = 2.26^*$
Estratégias de auto-ajuda	4.14 (DP=.61)	4.28 (DP=.47)	
<b>Score Total</b>	107	276	$t(381) = -.96$
(LSMq)	4.03 (DP=.41)	3.99 (DP=.34)	

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

Existem diferenças significativas nos níveis de literacia em saúde mental, nos participantes do grupo tailandês, em função da proximidade a problemas de saúde mental, relativamente ao Fator 2,  $t(381) = -2.83$   $p = .01$ ; e ao Fator 4,  $t(381) = 2.26$   $p = .03$ .

Os participantes do grupo tailandês que referiram ter proximidade a problemas de saúde mental, revelaram ter um número significativamente inferior de crenças erradas/estereótipos (Fator 2) e conhecimentos significativamente superiores de estratégias de autoajuda (Fator 4), do que os participantes do mesmo grupo que referem não ter proximidade a problemas de saúde mental.

#### 4) Associação entre países, sexo e proximidade a problemas de saúde mental

Existe uma associação estatisticamente significativa entre o sexo e o país (Portugal e Tailândia),  $\chi^2(1) = 4.34$ ,  $p = .04$  (Cf. Anexo 1) e entre a proximidade a problemas de saúde mental e o país (Portugal e Tailândia), face aos níveis de literacia em saúde mental,  $\chi^2(1) = 24.44$ ,  $p = .00$  (Cf. Anexo 2).

Na Tailândia, a maioria dos participantes que revelaram não ter proximidade a problemas de saúde mental (75%) é superior do que os participantes que conhece (54.6%). Já em Portugal, a maioria dos participantes que revelaram ter proximidade a problemas de saúde mental (45,4%) é superior aos participantes que referem não ter (25%).

Na Tailândia, o sexo feminino (70.5%) é superior ao masculino (61.6%), enquanto que em Portugal, o sexo masculino (38.4%) é superior ao feminino (29.5%).

Assim, verificou-se que, as variáveis sexo e proximidade a problemas de saúde mental não apresentaram uma distribuição equivalente em Portugal e na Tailândia.

**5) Diferenças nos níveis de literacia em saúde mental entre Portugal e Tailândia, controlando as variáveis sexo e proximidade a problemas de saúde mental**

**Tabela 9**

*Diferenças nos níveis de literacia em saúde mental entre Portugal e Tailândia, controlando as variáveis sexo e proximidade a problemas de saúde mental (ANCOVA)*

	País		
	Portugal (n) Média (DP)	Tailândia (n) Média (DP)	
<b>Fator 1</b>	180	377	$F(1.553) = 11.34^{**}$
Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	4.03 (DP=.41)	3.88 (DP=.45)	
<b>Fator 2</b>	180	377	$F(1.553) = 3.68$
Crenças erradas /estereótipos	4.18 (DP=.54)	4.06 (DP=.51)	
<b>Fator 3</b>	180	377	$F(1.553) = .06$
Competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda	3.98 (DP=.53)	4.00 (DP=.51)	
<b>Fator 4</b>	180	377	$F(1.553) = .58$
Estratégias de auto-ajuda	4.20 (DP=.49)	4.24 (DP=.51)	
<b>Score Total</b>	180	377	$F(1.553) = 5.63^*$
(LSMq)	4.09 (DP=.35)	4.00 (DP=.35)	

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

Existem diferenças estatisticamente significativas face aos níveis de literacia em saúde mental entre os participantes do grupo português e os participantes do grupo tailandês, nomeadamente no Fator 1,  $F(1.553) = 11.34$   $p = .00$  e no *score* total,  $F(1.553) = 5.63$   $p = .02$ , quando controladas as variáveis sexo e proximidade a problemas de saúde mental.

Assim, verificou-se que os participantes do grupo português apresentaram conhecimentos significativamente superiores sobre problemas de saúde mental e um nível global de literacia em saúde mental significativamente superiores aos dos participantes do grupo tailandês, quando controladas as variáveis sexo e proximidade a problemas de saúde mental.

#### 4. DISCUSSÃO

O presente estudo, integrado no projeto multicultural “*Expanding Mental Health Literacy*”, teve como objetivo principal estudar as características psicométricas do LSMq na versão jovem adulto e os níveis de literacia em saúde mental, numa perspetiva multicultural, em Portugal e na Tailândia.

A investigação envolveu 566 participantes, entre os 18 e os 25 anos, a frequentar o ensino superior. A discussão seguirá a ordem dos objetivos específicos definidos.

Num primeiro momento, *compararam-se as características psicométricas da versão portuguesa e tailandesa do LSMq (versão jovem adulto)*, no que concerne à validade de construto e fiabilidade do instrumento.

Quanto à validade de construto, verificou-se que a versão tailandesa do LSMq (versão jovem adulto) se aproximou da versão original (Dias et al., 2018).

Quanto à fiabilidade do instrumento, foi estudada a consistência interna, através da determinação do coeficiente de *Alpha de Cronbach*. Inicialmente verificou-se que item 10 (indivíduos com problemas de saúde mental pertencem a famílias com baixos recursos económicos) apresentava um baixo valor de *Alpha de Cronbach* representado num  $\alpha = .69$ , pelo que foi removido. Por um lado, este resultado pode ser consequência do processo de tradução e recodificação do LSMq para esta cultura, visto que, este procedimento se constitui como um desafio quanto à adaptação cultural, preservação do significado e intenção original dos itens de modo a que se mantenham compreensíveis (Sperber, 2004). Por outro lado, este resultado pode ser explicado, como refere a literatura, pelo baixo nível socioeconómico da Tailândia, o que por sua vez, pode ser compreendido como um fator que influencia os conhecimentos sobre problemas de saúde mental (Chee et al., 2009; Loo et al., 2012; Siriwanarangsarn et al., 2004; Yiengprugsawan et al., 2016).

Os valores, na versão tailandesa, variam entre .72 e .86, aproximando-se dos da versão original, excetuando-se os da dimensão das estratégias de autoajuda, cujo valor da versão tailandesa ( $\alpha = .73$ ) foi superior ao da versão original ( $\alpha = .60$ ) (Dias et al., 2018). Estes

resultados indicam que a versão tailandesa do LSMq possui uma fiabilidade adequada (Cortina, 1993).

Partindo dos resultados relativos à validade e fiabilidade – estrutura fatorial e valores de *Alpha de Cronbach* – verifica-se, assim, que a versão tailandesa do LSMq – jovem adulto parece ter propriedades psicométricas adequadas para ser utilizado, isto é, para a avaliação dos níveis de literacia em saúde mental em populações com características semelhantes às da amostra estudada.

Após o estudo das características psicométricas do LSMq (jovem adulto), foi possível realizar-se a *comparação dos níveis de literacia em saúde mental de um grupo de jovens adultos portugueses e de um grupo de jovens adultos tailandeses, considerando o papel das variáveis sexo e proximidade a problemas de saúde mental*. Para o estudo deste objetivo realizaram-se diferentes análises, estudando-se, num primeiro momento, as variáveis sexo e proximidade a problemas de saúde mental, separadamente. Assim, a discussão relativa a este objetivo centrar-se-á, em primeiro lugar, nas diferenças dos níveis de literacia em saúde mental em Portugal e na Tailândia, em função do sexo; em seguida, serão analisados em função da proximidade a problemas de saúde mental; e, por último, discutir-se-ão os resultados, entre Portugal e a Tailândia, controlando as referidas variáveis. Ao longo da discussão, será dado especial destaque à exploração dos resultados da Tailândia, uma vez que é a primeira vez que o LSMq é administrado nesta cultura.

Quanto às diferenças nos níveis de literacia em saúde mental, em função do sexo, verificou-se que os participantes tailandeses do sexo feminino apresentaram níveis superiores de literacia em saúde mental em todas as dimensões à exceção dos conhecimentos relativos às estratégias de autoajuda, que não foram significativos. Verifica-se, portanto, que os resultados da Tailândia foram de encontro aos de Portugal. Estes resultados são consonantes com a literatura, uma vez que a literatura sugere que o sexo desempenha um papel significativo na literacia em saúde mental (Lauber et al., 2005). De acordo com a revisão da literatura de Wong e colaboradores (2012), a investigação indica que indivíduos do sexo feminino tendem a apresentar níveis superiores de literacia em saúde mental, quando comparados com indivíduos do sexo masculino. A literatura refere que enquanto os indivíduos do sexo feminino apresentam uma maior consciencialização e conhecimento dos problemas de saúde mental, os do sexo masculino tendem a desconhecer as problemáticas e a adiar a procura de

ajuda, estigmatizando os problemas de saúde mental (Addis & Mahalik, 2003; Cotton et al., 2006; Lee et al., 2015; Ng & Chan, 2000).

No que concerne às diferenças nos níveis de literacia em saúde mental, em função da proximidade a problemas de saúde mental, na Tailândia verificou-se que os participantes que referiram ter proximidade a problemas de saúde mental apresentaram níveis superiores de literacia em saúde mental, nomeadamente, quanto aos conhecimentos acerca de problemas de saúde mental e de conhecimentos de estratégias de autoajuda. Novamente, verificou-se que os resultados da Tailândia foram de encontro aos de Portugal. Este resultado pode ser explicado pelo facto de a proximidade a problemas de saúde mental estar associada a maiores conhecimentos de problemas de saúde mental (Reavley et al., 2014).

Destes resultados, conclui-se que, o estudo do papel do sexo e da proximidade a problemas de saúde mental, realizado na Tailândia e em Portugal separadamente, apontou para a capacidade discriminativa do instrumento em diferentes contextos, reforçando a adequação das propriedades psicométricas do LSMq na versão tailandesa.

Quanto ao resultado principal da *comparação dos níveis de literacia em saúde mental de um grupo de jovens adultos portugueses e de um grupo de jovens adultos tailandeses, considerando o papel das variáveis sexo e proximidade a problemas de saúde mental*, as variáveis foram controladas, uma vez que, como estas variáveis não se distribuíram de forma equivalente em Portugal e na Tailândia.

Relativamente à relação entre os níveis de literacia em saúde mental entre Portugal e a Tailândia, controlando o sexo e a proximidade a problemas de saúde mental, os resultados indicaram que os participantes portugueses apresentaram conhecimentos significativamente superiores sobre problemas de saúde mental e um nível global de literacia em saúde mental significativamente superior. Importa referir que, o facto de os resultados não apontarem para diferenças significativas nas restantes dimensões pode sugerir que, estas podem aproximar-se entre os países, ao nível do seu conhecimento. Estes resultados podem também sugerir que o baixo nível socioeconómico que a literatura retrata na Tailândia pode dificultar a qualidade da prestação de serviços de saúde mental e dificultar o seu acesso, o que parece acontecer devido à falta de profissionais e aos elevados custos dos serviços que levam a população a afastar-se dos mesmos (Chee et al., 2009; Siriwanarangsana et al., 2004; Zivin et al., 2009). Níveis reduzidos de literacia em saúde mental podem afetar negativamente a compreensão, o reconhecimento e a procura de intervenções nos problemas de saúde mental, o que também

pode justificar este resultado (Jorm et al., 2006; Kelly et al., 2007, Rickwood & Thomas, 2012).

## 5. CONCLUSÕES

Este estudo teve como objetivo principal estudar as características psicométricas do LSMq na versão jovem adulto e os níveis de literacia em saúde mental, numa perspetiva multicultural, em Portugal e na Tailândia.

É um estudo pioneiro contribuindo para a exploração dos níveis de literacia em saúde mental, especificamente num país como a Tailândia. Contribuiu também, para a exploração dos níveis de literacia em saúde mental numa perspetiva multicultural, uma vez que o aumento da diversidade cultural contribui para os estudos multiculturais destacando-se como objeto de pesquisa as comparações entre grupos culturais do mesmo país e de países diferentes (Byrne et al., 2009), neste caso entre Portugal e a Tailândia.

Deste estudo, salientam-se os seguintes resultados: 1) o LSMq versão jovem adulto tailandesa apresenta características psicométricas que se aproximam do LSMq versão jovem adulto portuguesa, uma vez que quando comparados os grupos, a validade e fiabilidade do LSMq são, globalmente, semelhantes; 2) tanto em Portugal como na Tailândia as participantes do sexo feminino e os que referiram proximidade a problemas de saúde mental apresentaram níveis superiores de literacia em saúde mental e, por último, 3) os jovens estudantes universitários portugueses apresentaram níveis superiores de literacia em saúde mental, quando controladas as variáveis sexo e proximidade a problemas de saúde mental.

Relativamente às investigações futuras, quanto à validade do LSMq, poderá ser pertinente considerar se o valor de item 10 (indivíduos com problemas de saúde mental pertencem a famílias com baixos recursos económicos) se deveu ao processo de tradução do instrumento ou a questões culturais. Assim, considerando as diferenças ao nível da estrutura linguística entre Portugal e a Tailândia, poderá ser relevante avaliar qualitativamente a compreensibilidade dos itens e a sua adequabilidade à cultura da Tailândia.

Ainda relativamente às características psicométricas do LSMq, seria pertinente no futuro realizar uma análise fatorial confirmatória já que uma das suas vantagens consiste na possibilidade de avaliar a invariância da estrutura e dos parâmetros de determinado instrumento em vários grupos em simultâneo (Damásio, 2013). A invariância estatística pode, assim, fornecer informações importantes para a investigação, já que avalia a equivalência

psicométrica de um construto, neste caso o LSMq em Portugal e na Tailândia (Putnick & Bornstein, 2016).

Relativamente ao sexo, como é referido na revisão da literatura de Galdas e colaboradores (2005), a sua influência pode ser percecionada de diferentes formas, no entanto, os autores referem que a formulação de hipóteses pode ser concretizada para além dos estudos comparativos entre o sexo feminino e o masculino. Assim sendo, futuramente, poderia ser interessante estudar os níveis de literacia no sexo masculino para compreender o que leva à discrepância entre os sexos e formular hipóteses mais específicas quanto ao sexo masculino e o que conduz a níveis inferiores de literacia em saúde mental.

Considerando este estudo multicultural e os conceitos *Ética* e *Émica* (Pike, 1967), seria pertinente, no futuro, incluir outros países da mesma região geográfica da Tailândia, com a finalidade de analisar mais aprofundadamente a cultura da região. Assim, com base no conceito de *Ética*, seria relevante comparar a cultura da Tailândia com outros países da região, considerando o contexto da população dos diferentes países (*Émica*) (Dana, 2003).

Terminada a investigação é pertinente refletir sobre as suas limitações. A única limitação identificada prende-se com o facto de a recolha de dados na Tailândia ter sido concretizada durante o período pandémico da COVID-19, o que obrigou à recolha ter sido num determinado momento, realizada em regime online.

Este acontecimento pode constituir uma limitação na medida em que, a recolha pode ter sido concretizada sob circunstâncias de maior ansiedade e *stress* derivadas das circunstâncias, que segundo a literatura, apontam ser comuns no surto da COVID-19, sendo mais propensas de se manifestarem em meios onde domine o baixo nível socioeconómico (Rajkumar, 2020). Assim sendo, como investigação futura, seria interessante e pertinente voltar a realizar este estudo com um novo grupo de participantes da Tailândia, para compreender se as circunstâncias anteriormente referidas podem ter influenciado as respostas ao LSMq.

Por último, torna-se pertinente refletir sobre as implicações dos resultados deste estudo para a prática. Assim, ao avaliar a literacia em saúde mental, o papel do psicólogo, pode contribuir para que se compreenda e se estude quais as possíveis áreas que podem ser alvo de prevenção e intervenção. Para esta avaliação, este estudo aponta que o LSMq se constitui como uma ferramenta que pode vir a ser utilizada em contexto multicultural.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.5>
- Almeida, H. (2014). Questionário de literacia em saúde mental: adaptação e estudo das características psicométricas numa amostra de adultos [Master Thesis, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/18326>
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2002). Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures. *American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 12, 1-9.
- Berry, J. W. (1999). Emics and etics: A symbiotic conception. *Culture & Psychology*, 5(2), 165-171. <https://doi.org/10.1177%2F1354067X9952004>
- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: basic concepts, applications, and programming* (2<sup>a</sup> Ed.). Routledge, Taylor & Francis.
- Byrne, B. M., Oakland, T., Leong, F. T., van de Vijver, F. J., Hambleton, R. K., Cheung, F. M., & Bartram, D. (2009). A critical analysis of cross-cultural research and testing practices: Implications for improved education and training in psychology. *Training and Education in Professional Psychology*, 3(2), 94-105. <https://doi.org/10.1037/a0014516>
- Campos, L., Dias, P., Palha, F., Duarte, A., & Veiga, E. (2016). Development and psychometric properties of a new questionnaire for assessing Mental Health Literacy in young people. *Universitas Psychologica*, 15(2), 61-72.
- Cleary, M., G. Walter, & D., Jackson. (2011). ‘Not Always Smooth Sailing’: Mental Health Issues Associated with the Transition from High School to College. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(4), 250–254. <https://doi.org/10.3109/01612840.2010.548906>
- Compton, M. T., Hankerson-Dyson, D., & Broussard, B. (2011). Development, item analysis, and initial reliability and validity of a multiple-choice knowledge of mental illnesses test for lay samples. *Psychiatry research*, 189(1), 141-148. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.041>

- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of applied psychology*, 78(1), 98. <https://doi/10.1037/0021-9010.78.1.98>
- Cotton, S. M., Wright, A., Harris, M. G., Jorm, A. F., & McGorry, P. D. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(9), 790-796. <https://doi.org/10.1080%2Fj.1440-1614.2006.01885.x>
- Damásio, B. F. (2013). Contribuições da Análise Fatorial Confirmatória Multigrupo (AFCMG) na avaliação de invariância de instrumentos psicométricos. *Psico-USf*, 18(2), 211-220. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712013000200005>
- Dana, R. H. (2003). *Multicultural assessment: Research, training, and practice*. Regional Research Institute.
- Dias, P., Campos, L., Almeida, H., & Palha, F. (2018). Mental Health Literacy in Young Adults: Adaptation and Psychometric Properties of the Mental Health Literacy Questionnaire. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 13-18. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071318>
- Draguns, J. G. (1996). Multicultural and cross-cultural assessment of psychological disorder: Dilemmas and decisions. In G. R. Sodowsky, & J. Impara (Eds.), *Multicultural assessment in counseling and psychology* (pp. 37–84). Buros Institute of Mental Measurements.
- Draguns, J. G., & Tanaka-Matsumi, J. (2003). Assessment of psychopathology across and within cultures: issues and findings. *Behaviour research and therapy*, 41(7), 755-776.
- Evans-Lacko, S., Little, K., Meltzer, H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2010). Development and psychometric properties of the mental health knowledge schedule. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(7), 440-448. <https://doi.org/10.1177%2F070674371005500707>
- Fields, A. J. (2010). Multicultural research and practice: Theoretical issues and maximizing cultural exchange. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(3), 196. <https://doi/10.1037/a0017938>

- Furnham, A., & Swami, V. (2018). Mental health literacy: A review of what it is and why it matters. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 7(4), 240–257. <https://doi.org/10.1037/ipp0000094>.
- Galdas, P. M., Cheater, F., & Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: literature review. *Journal of advanced nursing*, 49(6), 616-623. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03331.x>
- Geisinger, K. F. (1994). Cross-cultural normative assessment: translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assessment instruments. *Psychological assessment*, 6(4), 304. <https://doi/10.1037/1040-3590.6.4.304>
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of clinical epidemiology*, 46(12), 1417-1432. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(93\)90142-N](https://doi.org/10.1016/0895-4356(93)90142-N)
- Gulliver, A., Farrer, L., Bennett, K., & Griffiths, K. M. (2019). University staff mental health literacy, stigma and their experience of students with mental health problems. *Journal of Further and Higher Education*, 43(3), 434-442. <https://doi.org/10.1080/0309877X.2017.1367370>
- Herdman, M., Fox-Rushby, J., & Badia, X. (1997). Equivalence and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Quality of Life Research*, 6, 237–247.
- Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of adolescent health*, 46(1), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.08.008>
- IBM Corporation. (2019). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0*. IBM Corporation.
- Jorm, A. F., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>

- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, *67*(3), 231-243. <https://doi/10.1037/a0025957>
- Jorm, A. F. (2019). The concept of mental health literacy. In O. Okan, & U. Bauer (Eds.), *International Handbook of Health Literacy: Research, practice and policy across the life-span* (pp. 53-66). Policy Press.
- Jorm, A. F., Barney, L. J., Christensen, H., Highet, N. J., Kelly, C. M., & Kitchener, B. A. (2006). Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(1), 3-5. <https://doi.org/10.1080%2Fj.1440-1614.2006.01734.x>
- Jung, H., von Sternberg, K., & Davis, K. (2016). Expanding a measure of mental health literacy: Development and validation of a multicomponent mental health literacy measure. *Psychiatry research*, *243*, 278-286. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.034>
- Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Australia*, *187*(S7), S26-S30. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01332.x>
- Lauber, C., Ajdacic-Gross, V., Fritschi, N., Stulz, N., & Rössler, W. (2005). Mental health literacy in an educational elite—an online survey among university students. *BMC Public Health*, *5*(1), 44.
- Lee, H. Y., Lee, J., & Kim, N. K. (2015). Gender differences in health literacy among Korean adults: do women have a higher level of health literacy than men?. *American journal of men's health*, *9*(5), 370-379. <https://doi.org/10.1177%2F1557988314545485>
- Loo, P. W., Wong, S., & Furnham, A. (2012). Mental health literacy: A cross-cultural study from Britain, Hong Kong and Malaysia. *Asia-Pacific Psychiatry*, *4*(2), 113-125. <https://doi.org/10.1111/j.1758-5872.2012.00198.x>
- Loureiro, L. M. D. J. (2015). Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental-QuALiSMental: estudo das propriedades psicométricas. *Revista de Enfermagem Referência*, *serIV* (4), 79-88.

- Loureiro, L. M., Jorm, A. F., Mendes, A. C., Santos, J. C., Ferreira, R. O., & Pedreiro, A. T. (2013). Mental health literacy about depression: a survey of portuguese youth. *BMC psychiatry*, *13*(1), 129.
- Loureiro, L., Pedreiro, A., Correia, S., & Mendes, A. (2012). Reconhecimento da depressão e crenças sobre procura de ajuda em jovens Portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, *7*(7), 13-17.
- Miller, M. J., & Sheu, H. B. (2008). Conceptual and measurement issues in multicultural psychology research. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of Counseling Psychology* (pp. 103-120). John Wiley & Sons Inc.
- Ng, P., & Chan, K. F. (2000). Sex differences in opinion towards mental illness of secondary school students in Hong Kong. *International Journal of Social Psychiatry*, *46*(2), 79-88. <https://doi.org/10.1177%2F002076400004600201>
- O'Connor, M., & Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry research*, *229*(1-2), 511-516. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.064>
- O'Connor, M., Casey, L., & Clough, B. (2014). Measuring mental health literacy—a review of scale-based measures. *Journal of mental health*, *23*(4), 197-204. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.910646>
- Olatundun, I. O. (2009). What is cross-cultural research. *International Journal of Psychological Studies*, *1*(2), 82-96.
- Pike, K. L. (1967). Etic and emic standpoints for the description of behavior. In D. C. Hildum (Ed.), In K. L. Pike, *Language in relation to a unified theory of the structure of human behavior* (p. 37–72). Mouton & Co. <https://doi/10.1037/14786-002>
- Pussetti, C. (2010). Identidades em crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. *Saúde e Sociedade*, *19*, 94-113. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000100008>
- Putnick, D. L., & Bornstein, M. H. (2016). Measurement invariance conventions and reporting: The state of the art and future directions for psychological research. *Developmental review*, *41*, 71-90. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2016.06.004>

- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian journal of psychiatry*, 52 (2020), 102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Reavley, N. J., Morgan, A. J., & Jorm, A. F. (2014). Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(1), 61-69. <https://doi.org/10.1177%2F0004867413491157>
- Rickwood, D., & K. Thomas. (2012). Conceptual Measurement Framework for Help-Seeking for Mental Health Problems. *Psychology Research and Behavior Management*, 5, 173–183.
- Rogler, L. H. (1989). The meaning of culturally sensitive research in mental health. *The American Journal of Psychiatry*, 146 (3), 296–303. <https://doi.org/10.1176/ajp.146.3.296>
- Sass, D. A. (2011). Testing measurement invariance and comparing latent factor means within a confirmatory factor analysis framework. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 29(4), 347-363. <https://doi.org/10.1177%2F0734282911406661>
- Siriwanarangsana, P., Liknapichitkul, D., & Khandelwal, S. K. (2004). Thailand mental health country profile. *International review of Psychiatry*, 16(1-2), 150-158. <https://doi.org/10.1080/09540260310001635195>
- Sousa, V. D., & Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of evaluation in clinical practice*, 17(2), 268-274. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>
- Sousa, V. D., Zauszniewski, J. A., Mendes, I. A., & Zanetti, M. L. (2005). Cross-cultural equivalence and psychometric properties of the Portuguese version of the Depressive Cognition Scale. *Journal of nursing measurement*, 13(2), 87.
- Sperber, A. D. (2004). Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology*, 126, 124-128. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2003.10.016>
- Tomoda, A., Mori, K., Kimura, M., Takahashi, T., & Kitamura, T. (2000). One-year prevalence and incidence of depression among first-year university students in Japan: A

- preliminary study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 54(5), 583-588.  
<https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2000.00757.x>
- Wang J., He Y., Jiang, Q., Cai, J., Wang, W., Zeng, Q., Miao J., Xuejun Q., Chen J., Bian C., MA N., & Zhu Z. (2013). Mental health literacy among residents in Shanghai. *Shanghai archives of psychiatry*, 25(4), 224.
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC psychiatry*, 15(1), 291.
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2016). Measurement properties of tools measuring mental health knowledge: a systematic review. *BMC psychiatry*, 16(1), 297.
- Wong, D. F. K., Lam, A. Y. K., Poon, A., & Chow, A. Y. M. (2012). Gender differences in mental health literacy among Chinese-speaking Australians in Melbourne, Australia. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(2), 178-185.  
<https://doi.org/10.1177%2F0020764010390431>
- Wong, J. G., Cheung, E. P., Chan, K. K., Ma, K. K., & Wa Tang, S. (2006). Web-based survey of depression, anxiety and stress in first-year tertiary education students in Hong Kong. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(9), 777-782.  
<https://doi.org/10.1080%2Fj.1440-1614.2006.01883.x>
- World Health Organization. (2005). *Atlas: Child and Adolescent Mental Health Resources: Global Concerns, Implications for the Future*.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*.
- Yiengprugsawan, V., Leach, L., Berecki-Gisolf, J., Kendig, H., Harley, D., Seubsman, S. A., & Sleigh, A. C. (2016). Caregiving and mental health among workers: Longitudinal evidence from a large cohort of adults in Thailand. *SSM-population health*, 2, 149-154.  
<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.01.004>
- Yu, Y., & Williams, D. R. (1999). Socioeconomic status and mental health. In Aneshensel C.S., & Phelan J.C. (Eds.), *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 151-166). Springer.

Zhou, Y., Lemmer, G., Xu, J., & Rief, W. (2019). Cross-Cultural Measurement Invariance of Scales Assessing Stigma and Attitude to Seeking Professional Psychological Help. *Frontiers in Psychology, 10*, 1249. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01249>

Zivin, K., Eisenberg, D., Gollust, S. E., & Golberstein, E. (2009). Persistence of mental health problems and needs in a college student population. *Journal of affective disorders, 117*(3), 180-185. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.01.001>

## **ANEXOS**

## Anexo 1

*Associação entre a variável sexo e os países (Portugal e Tailândia)*

<b>Sexo</b>				
	Feminino (n=387)	Masculino (n=172)	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>País</b>	n (%)	n (%)	4,34	.04
<b>Portugal</b>	114	66		
Dentro do país	63,3%	36,7%		
Dentro do sexo	29,5%	38,4%		
<b>Tailândia</b>	273	106		
Dentro do país	72,0%	28,0%		
Dentro do sexo	70,5%	61,6%		

## Anexo 2

*Associação entre a variável proximidade a problemas de saúde mental e os países (Portugal e Tailândia)*

<b>Proximidade a Problemas de Saúde Mental</b>				
	Sim (n=196)	Não (n=368)	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>País</b>	n (%)	n (%)	24,44	.00
<b>Portugal</b>	89	92		
Dentro do país	49,2%	50,8%		
Dentro da proximidade	45,4%	25,0%		
<b>Tailândia</b>	107	276		
Dentro do país	27,9%	72,1%		
Dentro da proximidade	54,6%	75,0%		